

RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE
POLÍTICA, DESENVOLVIMENTO E MERCADO DE TRABALHO

Barjas Negri
Regina Faria
Ana Luiza d'Ávila Viana
Organizadores

RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE
POLÍTICA, DESENVOLVIMENTO E MERCADO DE TRABALHO

Autores

Ana Luiza d'Ávila Viana; Barbara Stilwell; Célia Regina Rodrigues Gil;
Cláudio Duarte da Fonseca; Cristiana Leite Carvalho; Félix Rígoli;
Francisco Eduardo de Campos; Heloíza Machado de Souza; Hugo Mercer;
Joana Azevedo da Silva; José Francisco Nogueira Paranaguá de Santana;
Laura Camargo Macruz Feuerwerker; Luis Fernando Rolim Sampaio;
Márcio José de Almeida; Maria Angélica Curia Cerveira; Mario Roberto Dal Poz;
Mónica Padilla; Nilson do Rosário Costa; Orvill Adams;
Paulo Henrique D'Angelo Seixas; Pedro Enrique Brito Quintana;
Pedro Luiz Barros Silva; Raphael Augusto Teixeira de Aguiar;
Regina Celes de Rosa Stella; Regina Faria; Roberto Passos Nogueira;
Ruy G. Bevilacqua; Sábado Nicolau Girardi; Silvia de Almeida Prado Sampaio;
Zelma Francisca Torres

Campinas
Universidade Estadual de Campinas – Unicamp
Instituto de Economia – IE
2002

Obra publicada pelo Instituto de Economia da Unicamp e financiada com recursos do



© Núcleo de Estudos de Políticas Públicas (NEPP)

Projeto Gráfico-visual/Editoração/Normalização
Cromosete Gráfica e Editora Ltda.

Revisão
Sulalmira de Assis

Capa
Moema Cavalcanti

Ficha catalográfica elaborada pelo Centro de Documentação – CEDOC
do Instituto de Economia da UNICAMP

614.0981 R245	Recursos Humanos em Saúde: Política, Desenvolvimento e Mercado de Trabalho/Organizado por Barjas Negri, Regina Faria, Ana Luiza d'Ávila Viana.– Campinas, SP: Unicamp. IE, 2002.
------------------	--

ISBN 85-86215-

1. Política social. 2. Mercado de Trabalho em Saúde. 3. Política de Saúde – Brasil. I. Negri, Barjas (Org.). II. Faria, Regina (Org.). III. Viana, Ana Luiza d'Ávila. IV. Título.



UNICAMP

Universidade Estadual de Campinas
Núcleo de Estudos de Políticas Públicas (NEPP)

<www.nepp.unicamp.br/>

Cidade Universitária "Zeferino Vaz"

Av. Albert Einstein, 1300

☎ (019) 3289-3931, 3788-2495 📠 (019) 3289-4519

✉ nucleo@nepp.unicamp.br

13081-970 – Campinas, São Paulo – Brasil

SUMÁRIO

Sobre os autores	ix
Prefácio	1
<i>Barjas Negri</i> – Ministro de Estado da Saúde	
Apresentação	3
<i>Geraldo Di Giovanni</i> – Coordenador do Núcleo de Estudos de Políticas Públicas (NEPP/UNICAMP)	
<i>Regina Faria</i> – Coordenadora do Projeto	
1 Formação e Educação Continuada em Saúde: Especialização, Atenção Básica e o Desafio da Reforma Curricular	7
1.1. Atenção Básica. Política, Diretrizes e Modelos Coetâneos no Brasil	9
<i>Helóiza Machado de Souza</i> <i>Luis Fernando Rolim Sampaio</i>	
1.2 As Especializações – Histórico e Projeções	33
<i>Ruy G. Bevilacqua</i> <i>Silvia de Almeida Prado Sampaio</i>	
1.3 Atenção Básica e Reforma Curricular	91
<i>Francisco Eduardo de Campos</i> <i>Raphael Augusto Teixeira de Aguiar</i>	
2 Descentralização e Recursos Institucionais para Capacitação de Pessoal	101
2.1 Pólos de Capacitação em Saúde da Família: Alternativas de Desenvolvimento de Recursos Humanos para Atenção Básica	103
<i>Célia Regina Rodrigues Gil</i> <i>Maria Angélica Curia Cerveira</i> <i>Zelma Francisca Torres</i>	
2.2. Experiências Inovadoras de Capacitação de Pessoal para Atenção Básica no Brasil: Balanço, Limites e Possibilidades dos Pólos	127
<i>Regina Faria</i> <i>Ana Luiza d'Ávila Viana</i>	

2.3 Integração Ensino/Serviço: a Experiência da Rede Unida	161
<i>Laura Camargo Macruz Feuerwerker</i>	
<i>Márcio José de Almeida</i>	
3 As Transformações do Trabalho no Contexto da Globalização e do Desenvolvimento Tecnológico Acelerado	187
3.1 Planificación de Recursos Humanos y Reformas del Sector Salud	189
<i>Pedro Enrique Brito Quintana</i>	
<i>Félix Rígoli</i>	
<i>Mónica Padilla</i>	
3.2 Mercado de Trabalho e Regulação das Profissões de Saúde	221
<i>Sábado Nicolau Girardi</i>	
<i>Cristiana Leite Carvalho</i>	
3.3 O Trabalho em Saúde Hoje: Novas Formas de Organização	257
<i>Roberto Passos Nogueira</i>	
3.4 Características do Mercado de Trabalho no Setor Saúde na Década de 1990: Reflexões	275
<i>Pedro Luiz Barros Silva</i>	
<i>Nilson do Rosário Costa</i>	
4 Prioridades para o Desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde	287
4.1. Agenda Nacional de Recursos Humanos em Saúde: Diretrizes e Prioridades	289
<i>Cláudio Duarte da Fonseca</i>	
<i>Paulo Henrique D'Angelo Seixas</i>	
4.2 Agenda das Organizações Internacionais para o Desenvolvimento de RH em Saúde: Novos Problemas e Soluções	323
<i>Mario Roberto Dal Poz</i>	
<i>Barbara Stilwell</i>	
<i>Hugo Mercer</i>	
<i>Orvill Adams</i>	
5 Estratégias de Qualificação, Interiorização e Fixação de Profissionais	343
5.1 Médicos e Mercado de Trabalho: Experiências de Interiorização, Estímulos e Alternativas de Fixação	345
<i>Paulo Henrique D'Angelo Seixas</i>	
<i>Regina Celes de Rosa Stella</i>	
5.2 Estratégias de Qualificação e Inserção de Trabalhadores de Nível Médio na Área de Saúde	373
<i>Joana Azevedo da Silva</i>	

6 Planejamento e Políticas de Recursos Humanos –	
Revisitando os Temas Abordados	403
6.1 Depoimento de um Planejador	405
Entrevistado: José Francisco Nogueira Paranaguá de Santana	
Entrevistadores: <i>Ana Luiza d’Ávila Viana / Hudson Pacífico da Silva</i>	
Apêndice	419
Legislação Citada	421
Glossário	423

SOBRE OS AUTORES*

Ana Luiza d'Ávila Viana

Economista, Doutora em Economia pelo Instituto de Economia da Unicamp. Professora do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP. Consultora de instituições nacionais e internacionais na área de política de saúde.

Barbara Stilwell

Enfermeira, Mestre em Gestão de Mudanças. Cientista do Departamento de Prestação de Serviços de Saúde, Organização Mundial da Saúde, Genebra.

Célia Regina Rodrigues Gil

Enfermeira, Consultora do Departamento de Atenção Básica/Coordenação de Qualificação para a Atenção Básica da Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde. Doutoranda da Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ, Professora Assistente licenciada da Universidade Estadual de Londrina.

Cláudio Duarte da Fonseca

Médico, Mestre em Gestão de Sistemas de Saúde. Secretário de Política de Saúde do Ministério da Saúde.

Cristiana Leite Carvalho

Dentista, graduada pela PUCMinas. Mestre em Saúde Pública pela Johns Hopkins University, EUA. Doutoranda em Saúde Pública pela ENSP/FIOCRUZ. Professora da PUCMinas e assessora da Pró-Reitoria de Pesquisa e de Pós-Graduação da PUCMinas.

Félix Rígoli

Médico, Maestría en Salud Pública. Consultor Regional, Programa de Desarrollo de Recursos Humanos, Organización Panamericana de la Salud (OPS-OMS).

Francisco Eduardo de Campos

Médico, Professor Adjunto do DMPS da Faculdade de Medicina da UFMG e Coordenador do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva – NESCON/UFMG.

* Os currículos abreviados foram apresentados pelos autores no idioma original de seus textos.

Geraldo Di Giovanni

Sociólogo, Coordenador do Núcleo de Estudos de Políticas Públicas (NEPP/UNICAMP). Mestre e Doutor em Sociologia. Professor do Instituto de Economia da UNICAMP. Pesquisador em temas de Políticas Públicas, Políticas Sociais e Sistemas de Proteção Social.

Heloíza Machado de Souza

Enfermeira, graduada pela Universidade Federal de Santa Catarina, especialista em Saúde Pública pela ENSP/FIOCRUZ e mestranda do Mestrado Profissional em Administração em Saúde do Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (IMS/UERJ). Diretora do Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde.

Hudson Pacífico da Silva

Economista, mestrando do Programa de Pós-Graduação em Economia Social do Trabalho no Instituto de Economia da UNICAMP. Pesquisador do Núcleo de Estudos de Políticas Públicas (NEPP/UNICAMP).

Hugo Mercer

Sociólogo. Cientista do Departamento de Prestação de Serviços de Saúde, Organização Mundial da Saúde, Genebra.

Joana Azevedo da Silva

Enfermeira, especialista em Recursos Humanos e em Planejamento do Setor Saúde. Doutora em Saúde Pública, com concentração em Administração Hospitalar. Coordenadora Geral da Política de Recursos Humanos da Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde.

José Francisco Nogueira Paranaguá de Santana

Profissional Nacional da Representação da Organização Pan-Americana da Saúde da Organização Mundial de Saúde no Brasil. Coordenador do Projeto OPAS/BRA-06(DRH). Médico especialista em Medicina Comunitária, Mestre em Medicina Tropical.

Laura Camargo Macruz Feuerwerker

Doutora em Saúde Pública, Coordenadora do Programa de Apoio ao Desenvolvimento dos Projetos UNI, Membro da Secretaria Executiva da Rede UNIDA.

Luís Fernando Rolim Sampaio

Médico, graduado pela Faculdade de Medicina da UFMG, especialista em Gestão Hospitalar pela ENSP/FIOCRUZ e mestrando em Gestão de Sistemas de Saúde pelo Instituto de Saúde Coletiva – ISC – da Universidade Federal da Bahia. Coordenador de Estratégias para o Desenvolvimento e Gestão da Atenção Básica do Departamento de Atenção Básica – Secretaria de Políticas de Saúde/Ministério da Saúde.

Márcio José de Almeida

Doutor em Saúde Pública, Professor da Universidade Estadual de Londrina, Coordenador da Secretaria Executiva da Rede UNIDA.

Maria Angélica Curia Cerveira

Enfermeira, Consultora do Departamento de Atenção Básica/Coordenação de Qualificação para a Atenção Básica da Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde. Especializanda em Saúde da Família pela Universidade de Brasília.

Mario Roberto Dal Poz

Médico, Doutor em Saúde Pública, Coordenador de Recursos Humanos do Departamento de Prestação de Serviços de Saúde, Organização Mundial da Saúde, Genebra. Professor Adjunto do Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro.

Mónica Padilla

Maestría en Investigación y Administración de Salud, Especialista en Desarrollo de Recursos Humanos. Consultora Regional, Programa de Desarrollo de Recursos Humanos, Organización Panamericana de la Salud (OPS-OMS).

Nilson do Rosário Costa

Sociólogo, Pesquisador Titular da ENSP/FIOCRUZ. Mestre em Sociologia Política, Especialização em Planejamento em Saúde e Doutor em Planejamento Urbano e Regional.

Orvill Adams

Economista, Diretor do Departamento de Prestação de Serviços de Saúde, Organização Mundial da Saúde, Genebra.

Paulo Henrique D'Angelo Seixas

Médico Sanitarista, Professor do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. Diretor Técnico da Coordenação Geral da Política de Recursos Humanos do Ministério da Saúde.

Pedro Enrique Brito Quintana

Médico, Maestría en Salud Pública. Coordinador del Programa de Desarrollo de Recursos Humanos, División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud, Organización Panamericana de la Salud (OPS-OMS).

Pedro Luiz Barros Silva

Administrador Público; Coordenador Associado do Núcleo de Estudos de Políticas Públicas (NEPP/UNICAMP); Professor Assistente do Instituto de Economia da UNICAMP. Mestre em Sociologia e Doutor em Ciência Política.

Raphael Augusto Teixeira de Aguiar

Médico. Mestrando em Saúde Pública da UFMG e Pesquisador do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva – NESCON/UFMG.

Regina Celes de Rosa Stella

Médica, Professora Adjunta da Universidade Federal de São Paulo. Coordenadora do Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde do Ministério da Saúde.

Regina Faria

Socióloga. Mestre em Sociologia. Pesquisadora do Núcleo de Estudos de Políticas Públicas (NEPP/UNICAMP). Consultora de organizações nacionais e internacionais em avaliação de políticas sociais e formação de pessoal para o setor público.

Roberto Passos Nogueira

Médico, Doutor em Saúde Coletiva. Pesquisador do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) e do Núcleo de Estudos de Saúde Pública da Universidade de Brasília.

Ruy G. Bevilacqua

Professor Associado do Departamento de Cirurgia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Consultor da Fundação do Desenvolvimento Administrativo – FUNDAP.

Sábado Nicolau Girardi

Médico, graduado pela Universidade Federal de Juiz de Fora. Doutorando em Saúde Pública pela ENSP/FIOCRUZ. Coordenador da Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado e Regulação em Saúde, sediada no NESCON/UFMG.

Silvia de Almeida Prado Sampaio

Socióloga, com Mestrado em Sociologia, e Superintendente Técnica da Fundação do Desenvolvimento Administrativo – FUNDAP.

Zelma Francisca Torres

Socióloga; Mestre em Sociologia; Consultora do Departamento de Atenção Básica/Coordenação de Qualificação para a Atenção Básica – Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde.

PREFÁCIO

Barjas Negri

Ministro de Estado da Saúde

Desde os anos 80 até hoje, o país edificou um sistema público de saúde que se caracteriza por ser o mais integrado e abrangente da América Latina. Advogando o princípio da universalidade e integrando a promoção, a prevenção, a cura e a reabilitação nas ações de saúde, é operacionalizado e gerido pelos municípios e estados da federação e apoiado ainda por inúmeros programas de saúde, com destaque para o Programa de Agentes Comunitários de Saúde e a estratégia da Saúde da Família.

Não obstante sua vasta dimensão quantitativa, o Sistema Único de Saúde enfrenta ainda desafios consideráveis, principalmente em razão da não formação de um novo profissional na área da saúde com vocação e habilidades para servir e liderar toda a gama de ações pelas quais a proteção à saúde se concretiza.

Esse desafio foge, muitas vezes, do raio de intervenção das instituições públicas da área da saúde, pois depende da regulação de outras esferas da atividade pública e civil, como as instituições de ensino e o próprio Ministério da Educação, além dos conselhos e ordens das categorias profissionais envolvidas com o setor, principalmente de médicos e enfermeiros.

Por outro lado, são inúmeras as modificações que ocorreram nesses últimos 20 anos em todo o mundo, tanto nos modos de produção e funcionamento das economias modernas, em função de uma nova revolução tecnológica, com profundas repercussões na estrutura ocupacional – declínio das ocupações tradicionais (no setor industrial) e surgimento de ocupações não-convencionais (no setor serviços) –, quanto na área científica. O aparecimento de novas fronteiras da doença e da cura, fruto do próprio avanço científico, principalmente nas áreas da bioquímica e da genética, revolucionou as práticas médicas e redefiniu muito das premissas do trabalho em saúde.

Como resposta a esses novos desafios, pelo menos duas gerações de reformas (nos anos 80 e 90), de diversos tipos e diferentes modalidades (definidas pelo seu grau de abrangência e vinculação com as reformas do Estado, as funções e áreas de transformações, papel da regulação pública, entre outras), foram implementadas.

As maneiras como essas reformas incidiram na área de recursos humanos são diversificadas, porém é consenso que redefiniram o emprego, trabalho e as formas de contratação em saúde.

Esta publicação – iniciativa importante do Núcleo de Estudos de Políticas Públicas, que se une ao Ministério da Saúde para disseminar e debater a questão dos recursos humanos – visa a proporcionar oportunidade para o exame detalhado e a discussão das iniciativas já desenvolvidas pelas instâncias de governo (federal, estadual e municipal) para o enfrentamento do desafio de formar profissionais para o desenvolvimento e consolidação do Sistema Único de Saúde no país. Ao apresentar as agendas das organizações internacionais para o desenvolvimento de recursos humanos visando à consolidação de sistemas e serviços de saúde mais equânimes e eficientes, permite que se compare o que já fizemos com o que a experiência internacional aponta como tarefas imprescindíveis a uma nova fase na prestação de serviços de saúde e nas intervenções para a melhoria das condições de saúde.

Desejamos que a leitura atenta dos artigos componentes desta coletânea sirva como guia para a construção de uma nova agenda de políticas para a área da saúde e, em específico, para o desenvolvimento de intervenções públicas que propiciem a formação e o desenvolvimento de um trabalho em saúde que cumpra com os compromissos, objetivos e metas do Sistema Único de Saúde em nosso país.

APRESENTAÇÃO

Geraldo Di Giovanni
Regina Faria

A estruturação da pauta e a organização dos artigos que integram esta coletânea sobre desenvolvimento de profissionais para o setor saúde e características do mercado de trabalho, tanto para absorvê-los quanto para formular novas demandas, traduzem um conjunto de preocupações resultantes de duas pesquisas de avaliação realizadas recentemente pelo Núcleo de Estudos de Políticas Públicas (NEPP) da Unicamp.

A primeira delas foi desenvolvida no ano 2000 e consistiu de um “estudo de caso” realizado em um conjunto selecionado de municípios brasileiros com o objetivo de avaliar o impacto da descentralização dos serviços de saúde no aprimoramento gerencial da administração local, nos graus de autonomia alcançados pelos municípios e, finalmente, na capacidade dos municípios de introduzir inovações e realizar investimentos no setor saúde. Os principais resultados indicaram que a experiência de descentralização foi vivenciada pelos municípios como um processo gradual de aprendizagem, no qual cada tipo de enquadramento municipal (incipiente, parcial, semipleno, pleno da atenção básica e pleno do sistema municipal) significou a entrada em uma etapa superior com responsabilidade e autonomia crescentes. Todos os municípios estudados introduziram algum tipo de inovação, utilizando uma combinação de recursos que incluiu PAB fixo (*per capita*), PAB variável (especialmente Programa de Agentes Comunitários de Saúde/ACS) e recursos próprios. As inovações introduzidas com os recursos do Piso da Atenção Básica (PAB) variável contemplaram expansão de programas, incremento de atividades, reestruturação da atenção primária e reorganização da demanda. Já aquelas introduzidas com o apoio do PAB fixo foram iniciativas municipais de redefinição de prioridades e reorganização programática, ancoradas na maior autonomia alcançada pela administração local. O terceiro resultado é surpreendente e contribuiu para um segundo estudo que aprofundou as questões relacionadas com o desenvolvimento de recursos humanos para a saúde. Ao assinalar os principais problemas enfrentados no processo de municipalização dos serviços de saúde, os entrevistados **equipararam** a escassez de recursos financeiros à falta de recursos humanos qualificados para implementar os programas: a renegociação do teto financeiro foi citada em 68% das entrevistas ao lado da **insuficiência de pessoal capacitado, citada em 65% dos casos**.

A segunda investigação relacionada com o tema ocorreu de janeiro de 2001 até meados de 2002 e teve por objetivo avaliar as alternativas institucionais de

capacitação de pessoal para a saúde, analisando os Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal para o PSF (Programa de Saúde da Família). O estudo focalizou as atividades educacionais e as características institucionais dos Pólos, bem como sua relação com o trabalho das equipes do PSF na instância local, objetivando promover o “encontro” entre a capacitação ofertada e as necessidades reais das equipes operacionais. Os resultados mostraram que o aparelho institucional encarregado de capacitar recursos humanos para a saúde é complexo, diversificado e com baixa capacidade para formar profissionais para o atendimento básico resolutivo, principalmente no nível da graduação. Outrossim, mesmo as alternativas concebidas para complementar o sistema educacional oficial não contam com a capilaridade necessária para alcançar as equipes no seu local de trabalho, havendo necessidade inquestionável de descentralização. O estabelecimento de parcerias com as instituições de ensino superior e o aproveitamento das DARES (Diretoria Regional de Saúde) para a disseminação dos cursos são instrumentos capazes de potencializar os mecanismos de descentralização. Finalmente, há necessidade de conceber formatos didático-pedagógicos que viabilizem a capacitação de equipes integradas, em que pese a heterogeneidade de seus componentes.

Nesse contexto, além da publicação dos resultados dos estudos, objetivando informar os deliberantes e disseminar os diagnósticos na busca de medidas mais consensuais e eficazes, o Núcleo de Estudos de Políticas Públicas decidiu organizar este compêndio reunindo a opinião de profissionais de excelência, que trazem para o debate os principais problemas da área de desenvolvimento e aproveitamento profissional de pessoal para a saúde.

O compêndio está estruturado em seis capítulos.

O primeiro capítulo, **Formação e Educação Continuada em Saúde – Especialização, Atenção Básica e Reforma Curricular**, visa à caracterização do contexto no qual ocorrem o desenvolvimento de pessoal e seu exercício profissional, tratando da conhecida disjuntiva entre formação generalista e especialização presente no processo de formação acadêmica. O artigo de Bevilacqua e Prado Sampaio aborda a contradição entre a oferta de especialistas e a demanda popular por generalistas em um quadro profissionalizante no qual a residência médica tem um papel crucial. O artigo de Machado de Souza e Rolim Sampaio apresenta a principal estratégia de mudança do modelo de atenção básica do país, o Programa de Saúde da Família, e seu papel como ponto de inflexão no processo de municipalização da saúde e carro-chefe da demanda por recursos humanos capacitados para a atenção primária. O artigo de Campos e Teixeira de Aguiar trata do descompasso entre a remodelação do sistema de saúde no Brasil (reforma sanitária, implementação do SUS, ênfase na atenção básica) e o ensino médico atual, aplicado a uma medicina segmentada e espelhada em problemas típicos de países desenvolvidos.

O segundo capítulo, **Descentralização e Recursos Institucionais para Capacitação de Pessoal**, aborda a concepção de formatos institucionais descentralizados, e em redes, com adequada capilaridade para atingir o público-alvo dos programas de

capacitação. O artigo de Rodrigues Gil, Curia Cerveira e Torres trata da alternativa de capacitação concretizada pelos Pólos enquanto iniciativa pública condizente com as necessidades da população brasileira. O artigo de Faria e Viana analisa o complexo institucional estruturado para viabilizar a descentralização da capacitação, associando iniciativas do serviço e do ensino na constituição do modelo expresso nos Pólos; examina, por um lado, a qualificação profissional para a atenção básica ofertada em dez estados brasileiros e, por outro, a qualificação demandada por equipes de saúde da família atuantes em 56 municípios de quatro regiões do país. O artigo de Macruz Feuerwerker e Almeida apresenta as inovações introduzidas na área de formação de pessoal e na democratização da saúde pelo projeto UNI que, associado à rede IDA, gerou a experiência da rede UNIDA na articulação ensino-serviço de saúde no país.

O terceiro capítulo, **As Transformações do Trabalho no Contexto da Globalização e do Desenvolvimento Tecnológico**, aborda a organização e regulação das profissões de saúde na atualidade. O artigo de Brito, Padilla e Rígoli apresenta reflexão sobre as experiências de desenvolvimento de recursos humanos e reformas setoriais em saúde pública, principalmente em países americanos, com a cooperação técnica internacional da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e Organização Mundial de Saúde (OMS) nos anos 1990. O artigo de Girardi e Carvalho analisa dados sobre a evolução e estrutura dos mercados de trabalho em saúde no Brasil atual, sob três pontos de vista: exame econômico-setorial, jurídico-institucional e ocupacional. O artigo de Passos Nogueira traz uma reflexão sobre a “composição social do cuidado em saúde”, reforçando as dimensões éticas do tratamento e a diversidade de contextos sociais das relações humanas envolvidas, em contrapartida à “organização social do trabalho em saúde”, com sua lógica predominantemente técnica, sua racionalidade instrumental e práticas institucionais coordenadas. O artigo de Barros Silva e Rosário Costa estabelece um paralelo entre o emprego setorial em saúde no Brasil atual, em vista da política pública de descentralização e do quadro de privatização de serviços, e a dinâmica geral do mercado de trabalho na economia brasileira, com suas características de terceirização, desregulamentação e informalidade.

O quarto capítulo, **Estratégias de Qualificação, Interiorização e Fixação de Profissionais**, apresenta alguns dos programas que objetivam aproximar os profissionais dos beneficiários do serviço de saúde, seja através da capacitação dos recursos humanos locais, seja através da interiorização do pessoal capacitado. O artigo de D’Angelo Seixas e Stella focaliza o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS) como alternativa brasileira às iniciativas internacionais usuais para levar a assistência à saúde a áreas remotas e carentes do país, desde o ano 2000. O artigo de Azevedo da Silva faz a releitura de dois programas emblemáticos para a qualificação de trabalhadores de nível elementar e médio na área de saúde e para a qualidade destes serviços no Brasil: o Programa de Preparação Estratégica para Pessoal de Saúde e o Projeto Larga Escala.

O quinto capítulo, **Prioridades para o Desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde**, assinala a direção das agendas internacionais e da agenda nacional para a

abordagem da formação profissional e distribuição do pessoal de saúde. O artigo de Dal Poz, Stilwell, Mercer e Adams mostra o papel das agências internacionais nos programas de saúde pública de diversos países, num mundo cada vez mais globalizado e interdependente, embora profundamente desigual. O artigo de D'Angelo Seixas e Duarte apresenta os temas estratégicos que deverão compor a agenda de recursos humanos nos anos vindouros, destacando a formação acadêmica, a habilitação de pessoal de nível médio, a educação continuada e o treinamento em serviço, assim como as questões de financiamento, contratação e distribuição de pessoal.

O sexto e último capítulo, **Planejamento e Política de Recursos Humanos: Revisitando os Temas Abordados**, transcreve a entrevista que realizamos com o Dr. José Francisco Nogueira Paranaguá de Santana, para quem “as políticas vão-se constituindo enquanto projetos que vão-se compondo. Nesse sentido, é razoável dizer que sempre houve uma política de formação de pessoal de saúde no país”.

Ao disseminar – esperamos que amplamente – as principais questões que ocupam as agendas dos formuladores e gestores de programas de desenvolvimento e aproveitamento de recursos humanos na saúde, desejamos apoiar o debate democrático e responsável em busca de solução para os problemas que enfrentamos na árdua tarefa de levar saúde e qualidade de vida àqueles que se beneficiam do resultado do nosso trabalho.

1

FORMAÇÃO E EDUCAÇÃO CONTINUADA EM SAÚDE:
ESPECIALIZAÇÃO, ATENÇÃO BÁSICA E O
DESAFIO DA REFORMA CURRICULAR

1.1

ATENÇÃO BÁSICA.

POLÍTICA, DIRETRIZES E MODELOS COETÂNEOS NO BRASIL

Heloíza Machado de Souza
Luis Fernando Rolim Sampaio

Introdução

A valorização da discussão da atenção básica e do seu papel nos sistemas nacionais de saúde tem sido uma tendência que vem ocorrendo em vários países, respeitadas as particularidades das diversas realidades existentes. Busca-se garantir a implementação de propostas que, genericamente, trazem mudanças aos modelos de atenção baseados na doença e no hospital, muitas vezes justificadas pelos custos insustentáveis do modelo vigente. Outros fatores como a insatisfação de usuários e trabalhadores e a baixa qualidade e resolutividade dos serviços têm sido relevantes nessa discussão.

Além da racionalização dos custos, é evidente a necessidade, no Brasil, de novos modelos e práticas que possam dar conta das diversidades presentes nos vários municípios e regiões do país, buscando coletivamente a construção de alternativas para operar e organizar os serviços de saúde no nível local, visando à melhoria das condições de saúde das populações (Teixeira, C., 2001). Enfim, entram no bojo dessa discussão, entre outros temas, o desafio da universalização do acesso e a garantia da equidade em um sistema integral e de qualidade.

Nesse contexto, o Programa de Saúde da Família (PSF) se apresenta como uma alternativa para organização de sistemas de saúde, segundo os princípios do SUS.

A expansão do PSF nos anos recentes tem sido polêmica, como seria de se esperar de toda proposta de mudança que tenha como objetivo um novo desenho para os sistemas de saúde. Definitivamente, o PSF ultrapassou em muito o conceito habitual de “programa” utilizado para definição de uma série de iniciativas dos governos nas últimas décadas. Destaque especial deve ser dado para o papel relevante dos municípios nesse avanço. Assim, o PSF encontra-se hoje em outro patamar, se comparado à segunda metade da década anterior, sendo na prática, em muitos municípios, uma estratégia de mudança do modelo de atenção, superando a

discussão de “modelo simplificador” ou “política de focalização” nos moldes dos pacotes básicos implantados em outros países da América Latina.

Apesar dessas importantes conquistas, o acompanhamento das discussões revela a complexidade do tema, que nos chama ao enfrentamento de problemas estruturais para a mudança de um modelo de atenção, como a inadequação dos recursos humanos, o financiamento insuficiente, a baixa capacidade de gestão de alguns municípios, entre outros, que dão a dimensão dos grandes desafios presentes.

O propósito deste capítulo será o de contextualizar e levantar questões que consideramos relevantes em relação à implantação do PSF e à inserção da atenção básica no SUS no momento atual. Buscaremos trazer contribuições para o debate, em um recorte pouco acadêmico, sob a ótica da operacionalização desse processo. Esse recorte nos é possível pelo contato freqüente com gestores de todo o país e a participação em inúmeros eventos e fóruns onde são apresentados relatos dos níveis municipais e estaduais, pouco registrados pelos meios acadêmicos até o momento, e onde são apontadas algumas das particularidades do modo brasileiro de organizar a atenção básica.

O Histórico do PSF e a Atenção Básica

O Programa de Saúde da Família – PSF, foi inicialmente proposto como um avanço do então Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS, implantado em alguns estados do Nordeste a partir de 1991, com destaque para o estado do Ceará, onde se constituía como política estadual (Viana @ Dal Poz, 1998).

Oficialmente estabelecido a partir de 1994, foi apresentado como uma proposta de atenção a áreas de risco, voltada para o atendimento dos 32 milhões de brasileiros incluídos no mapa da fome do IPEA. Em sua concepção inicial, o PSF tem como base 10 pontos, quais sejam: modelo voltado para a proteção e promoção da saúde, área de abrangência com adscrição de clientela, composição mínima da equipe, residência da equipe na comunidade de atuação, participação comunitária através de ações de educação e promoção da saúde, atenção integral e contínua, integração ao sistema local de saúde, impacto sobre a formação de recursos humanos, remuneração diferenciada e estímulo ao controle social (Ministério da Saúde, 1994).

O objetivo geral do programa era “melhorar o estado de saúde da população, mediante a construção de um modelo assistencial de atenção baseado na promoção, proteção, diagnóstico precoce, tratamento e recuperação da saúde, em conformidade com os princípios e diretrizes do SUS e dirigido aos indivíduos, à família e à comunidade” (Ministério da Saúde, 1994).

Nesse mesmo ano, um segundo documento editado pelo Ministério da Saúde já possui outra apresentação, sendo suprimido o foco inicial da proposta, de atendimento aos brasileiros incluídos no mapa da fome (Ministério da Saúde, 1994).

A adesão à proposta realizava-se por convênio entre a Fundação Nacional de Saúde e as Secretarias Municipais de Saúde, com repasse de recursos para investimentos e para o custeio inicial do programa. A inexistência de um financiamento contínuo foi uma das grandes preocupações desse momento. Apresentou-se como solução a inclusão de códigos específicos na tabela do SIA/SUS, com pagamento diferenciado, por produção, para alguns procedimentos realizados pelas equipes do PSF. Embora a proposta se pautasse por outra lógica, essa foi a forma de financiamento possível naquele momento, significando um grande avanço no sentido da inserção do PSF no sistema de serviços, iniciando a mudança da idéia de programa vertical da tradição sanitarista. Essa discussão foi potencializada pela transferência da coordenação do PSF da Fundação Nacional de Saúde para a Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde, ocorrida em 1995.

As críticas ao PSF, à época, eram reforçadas pelo contexto internacional, no momento em que era feita a publicação, pelo Banco Mundial, do documento *World Development Report: Investing in Health* (World Bank, 1993). Concretizava-se no Brasil um programa vertical e focalizado, descoordenado da agenda internacional? Várias leituras foram feitas nesse momento, entre elas a do renascimento de uma proposta já superada, baseada em experiências como a da Medicina Geral e Comunitária (Misoczky, 1994; Franco & Merhy, 1999), ou a idéia de uma “medicina de pobre para os miseráveis” (Campos & Belisário, 2001). Também sua implantação vertical, seguindo a tradição sanitarista brasileira, é criticada (Paim, 2002a).

A realidade, entretanto, tem-se mostrado diversa dessas interpretações, em especial pelo papel relevante e criativo dos municípios como operadores da proposta. Segundo Capistrano, “o programa de saúde da família continua a ser visto apenas como um programa, limitado, bom para os pobres e pobre como eles mesmos” por um fator decisivo: “o PSF não passou pela prova de fogo no Rio de Janeiro, em Belo Horizonte e São Paulo, as grandes megalópoles brasileiras, caixas de ressonância ouvidas em todos os rincões de nosso imenso e diverso país” (Capistrano, 1999). Essa é, entretanto, uma realidade que começa a ser modificada.

As mudanças propiciadas pelo contexto de implantação da NOB 01/96 e a instituição do Piso de Atenção Básica – PAB, associadas às experiências municipais em curso, de sucesso do PSF, como nos municípios de Assis (SP), Brumadinho (MG), Campina Grande (PB), Curitiba (PR), Camaragibe (PE) e Londrina (PR) (Ministério da Saúde, 1996), proporcionaram um campo fértil para a instituição da nova lógica de financiamento *per capita* para o PSF e também para a reavaliação de alguns aspectos iniciais da proposta, aproximando-se de um processo de reforma gradual do sistema (Viana & Dal Poz, 1998). É evidente que seria um exagero considerarmos que a introdução do pagamento *per capita* tenha sido motivada pelo PSF, pois já constava da Lei 8.080 e da Lei 8.142 de 1990, antes mesmo do surgimento do PSF. Entretanto, no contexto da discussão da NOB 96, o PSF contribuiu, certamente, como potencializador da proposta.

Em 1997, o Ministério da Saúde estabelece no seu Plano de Ações e Metas a priorização dos Programas de Agentes Comunitários de Saúde e de Saúde da Família, estimulando a sua expansão. Publicando a Portaria n. 1886/GM com vistas a regulamentar a implantação e operacionalização dos referidos programas, aprova as normas e diretrizes do PACS e do PSF, reconhecendo os mesmos como importante estratégia para contribuir com o aprimoramento e consolidação do Sistema Único de Saúde, a partir da reorientação da assistência ambulatorial e domiciliar.

A publicação do *Manual para Organização da Atenção Básica*, em 1998, foi outro momento de destaque no processo de demarcação da importância deste nível de atenção para a organização dos sistemas de saúde. Além do arcabouço jurídico-legal, avança-se no sentido da definição de responsabilidades e na estratégia organizacional (Ministério da Saúde, 2002).

Assim, a atenção básica é colocada como prioritária no processo de reorganização dos sistemas municipais de saúde pelo Ministério da Saúde, definida como “um conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação” (Ministério da Saúde, 1998).

Nessa definição, são reafirmados os seguintes princípios do SUS: saúde como direito de cidadania, integralidade da assistência, universalidade, equidade, resolutividade, intersetorialidade, humanização do atendimento e participação social. Também se apresentam orientações para o repasse, aplicação, acompanhamento e controle dos recursos financeiros da atenção básica.

O que se vê no decorrer desse processo é que a “*assistência primária à saúde das populações*”, que durante décadas foi relegada a um plano secundário na agenda política, entra no rol das prioridades, refletidas em investimentos e ações (Negri, 2000). A criação do Departamento de Atenção Básica institucionaliza o que era uma prioridade política e busca a integração de áreas técnicas e programas já existentes em uma nova lógica de organização. Esse processo vem-se refletindo nos estados e municípios, que também têm buscado reformular seus organogramas, potencializando o papel articulador da atenção básica em um conceito ampliado, passando a congregar várias iniciativas que compõem o seu escopo.

A operacionalização dos preceitos da atenção básica reafirmava a Saúde da Família como estratégia prioritária de implantação, com garantia de recursos específicos para tal. A saúde da família, apesar de não ser a única estratégia apresentada quando se analisam as experiências que vêm acontecendo em diversos municípios brasileiros, é sem dúvida, hoje, a de maior abrangência.

Atenção Básica e Atenção Primária

São grandes as dificuldades encontradas para análise das diversas utilizações dessa terminologia, não só em textos oficiais, mas também em textos

acadêmicos, nos quais atenção básica e atenção primária são tratadas como sinônimos ou como conteúdos específicos. A depender do autor apresentam-se, isoladamente ou ambas, como primeiro nível de atenção e porta de entrada de um sistema de saúde, programa de medicina simplificada nos moldes dos cuidados primários à saúde, estratégia de integração de sistemas de saúde, espaço tático operacional de reorientação de sistemas de saúde, estratégia de organização de serviços de saúde e como concepção e teste de modelos assistenciais alternativos, entre outros (Belmar, 1990; Castellanos, 1987; Mendes, 1996, 2001; Ministério da Saúde, 1997, 1999, 2000, 2001; Paim, 1998; Starfield, 1998; Testa, 1992).

Antes de uma questão semântica, essa discussão parece incorporar um grande viés ideológico. Optaremos pelo não aprofundamento desse ponto, mas torna-se necessária, para melhor compreensão de todo o capítulo, a contextualização histórica e atual da Atenção Primária à Saúde – APS, considerando que a APS é tida hoje como uma megatendência do setor saúde no mundo (Rubinstein, 2001).

A APS evoluiu conceitualmente desde sua proposição inicial, em 1920, quando Dawson tratou da organização dos sistemas de saúde, diferenciando níveis de atenção (Starfield, 1998). A base conceitual proposta, em que pesem as críticas da inexistência de polaridade com a medicina flexneriana (Silva Júnior, 1998), foi a base teórica para reorganização dos serviços de saúde em muitos países, com a atenção primária bem-definida, distanciando-se evolutivamente dos sistemas com base flexneriana.

A decisão da OMS em 1977, na Conferência de Alma-Ata, de ter como meta de seus países membros a “saúde para todos no ano 2000” levou à definição de atenção primária como “uma atenção à saúde essencial, baseada em métodos e tecnologias cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, cujo acesso seja garantido a todas as pessoas e famílias da comunidade” (OMS, 1979).

Essa definição reconheceu a atenção primária como parte essencial do sistema de saúde e especificou também alguns de seus componentes, como educação sanitária, higiene ambiental, programas de saúde materno-infantil, prevenção de enfermidades endêmicas locais, tratamento adequado dos traumatismos e enfermidades mais frequentes, disponibilidade de medicamentos essenciais, promoção de nutrição racional.

Entretanto, o tratamento secundário de temas como a hegemonia do modelo médico de mercado, o não-envolvimento no cerne político e ideológico das questões apresentadas no informe final (Rodrigues, 1998) e “a prescrição da APS como ‘panacéia de amplo espectro’ (foram considerados) um equívoco na medida em que não se levava em conta a especificidade de cada país” (Paim, 1998: 10).

Experiências de diversos países possibilitaram a evolução e a melhor adequação desses conceitos. A classificação utilizada por Vuori em 1985, e detalhada por Starfield em 1993, coloca a APS como uma estratégia organizadora da atenção à saúde, definida pelos princípios e diretrizes que estes serviços devem

proporcionar, quais sejam: atenção generalizada, não restrita a grupos de idade, gênero ou problemas de saúde; atenção acessível, integrada e continuada, com trabalho em equipe; atenção centrada na pessoa e não na enfermidade; atenção orientada à família e à comunidade; atenção coordenada, incluindo o acompanhamento do usuário nos outros níveis de atenção; e apoio constante aos usuários nos aspectos relacionados com sua saúde e bem-estar.

Em 1996, a Organização Mundial da Saúde publica a Carta de Liubliana, estabelecendo que os sistemas de saúde devem:

- guiar-se pelos valores da dignidade humana, eqüidade, solidariedade e ética profissional;
- buscar a proteção e promoção da saúde;
- centrar-se na população e propiciar que os cidadãos influam nos serviços de saúde que recebem e sejam responsáveis pela sua própria saúde;
- dar ênfase à qualidade, incluindo a boa relação custo-efetividade;
- buscar sustentabilidade econômica para a cobertura de toda a população e o acesso eqüitativo;
- orientar-se pela atenção primária.

Atualmente, quatro características têm sido apresentadas como “próprias” da atenção primária: primeiro contato, longitudinalidade, abrangência do cuidado e coordenação (Starfield, 1998; 2001).

O *primeiro contato* nos remete à capacidade de acesso, considerando a estrutura disponível como barreiras, seja na própria unidade prestadora, a exemplo das filas, seja no transporte, ou mesmo na possibilidade de barreiras culturais e lingüísticas. A proximidade dos serviços da residência dos usuários, preconizada pelo Programa de Saúde da Família (Ministério da Saúde, 2001), é uma tentativa de facilitação desse primeiro contato.

Percebe-se que a cultura da procura direta pelo especialista e da livre demanda como símbolo da qualidade da atenção, própria do modelo médico hospitalocêntrico, começa a ser questionada. Alguns países como Austrália, Dinamarca, Finlândia, Inglaterra e Holanda restringem o acesso a especialistas ao encaminhamento do médico da atenção primária (Rubinstein, 2001). Esse fato tem repercussão direta nos custos e na eficiência do sistema.

A *longitudinalidade* poderia ser traduzida como a “relação mútua” entre o usuário e o profissional de saúde e a continuidade enquanto oferta regular dos serviços. O vínculo e a responsabilização contidos nas propostas brasileiras aproximam-se desse conceito.

A *abrangência do cuidado* envolve a capacidade dos serviços em oferecer o que está planejado. Diz respeito às ações programadas para aquele serviço, sua adequação às necessidades da população e sua resposta a estas demandas enquanto capacidade resolutiva.

A *coordenação da atenção* diz respeito à capacidade do serviço em garantir o seguimento do usuário no sistema ou a garantia da referência a outros níveis de atenção, quando necessário.

Dessas características “próprias” derivam três aspectos adicionais, que são a centralização na família, a “competência cultural” e a orientação comunitária (Starfield, 1998).

A centralização na família nos diz do conhecimento dos membros da família e dos problemas de saúde destas pessoas, bem como do reconhecimento da família enquanto espaço singular.

A competência cultural trata da capacidade de reconhecer a multiplicidade de características e necessidades específicas de subpopulações, que podem estar afastadas dos serviços pelas suas peculiaridades culturais, como diferenças étnicas, raciais, entre outras.

A orientação comunitária abrange o entendimento de que as necessidades se relacionam ao contexto social e que o reconhecimento destas necessidades pressupõe o conhecimento deste contexto social. Esse aspecto, como o anterior, tem como atores importantes para sua viabilização na experiência brasileira os agentes comunitários de saúde.

No histórico do Brasil, “os cuidados primários de saúde, ao assumirem na primeira metade da década de oitenta um caráter de programa de medicina simplificada para os pobres de áreas urbanas e rurais, em vez de uma estratégia de reorientação do sistema de serviços de saúde”, foram afastados das proposições elaboradas na VIII Conferência Nacional de Saúde (Paim, 1998: 10). A recuperação da temática da atenção primária e seu retorno à pauta de discussões confundem-se com a priorização nacional da atenção básica e da estratégia de saúde da família.

A construção de um sistema nacional de saúde baseado em uma forte organização da atenção primária não ocorreu sem disputas ou conflitos nos diversos países que fizeram esta opção. As evidências internacionais nos levam a crer na importância de uma orientação nacional nesse mesmo sentido (Acuña & Magriñá, 2002). Segundo Starfield, um sistema de saúde centrado na superespecialização põe em perigo a equidade.

“Não existe nenhuma sociedade que disponha de recursos econômicos ilimitados para custear os serviços de saúde. A atenção superespecializada é mais cara que a atenção primária e, portanto, têm menor acesso a ela as pessoas com dificuldade econômica” (Starfield, 2001).

Apesar de muitas vezes o programa de saúde da família ser rotulado de excessivamente prescritivo, observamos diversas adaptações às realidades locais na forma de sua operacionalização. Especialmente, percebe-se que essa política nacional vem trazendo questionamentos aos serviços e à academia e propiciando discussões substantivas de importantes atores sobre a organização, a gestão e as práticas no sistema de saúde brasileiro.

A Atenção Básica e a NOAS

A publicação da Norma Operacional da Assistência à Saúde, NOAS 01/2001, demonstra claramente a prioridade da atenção básica para os gestores dos três níveis de governo e a delimitação do espaço da mesma como essencial para a organização dos sistemas de saúde.

A macroestratégia da regionalização, eixo operacional principal da NOAS, carrega em si importantes desafios e aponta três grupos de estratégias prioritárias, que de forma articulada visam a contribuir para a organização dos sistemas de saúde:

- Elaboração do Plano Diretor de Regionalização coordenado pelas Secretarias Estaduais de Saúde, envolvendo o conjunto dos municípios na forma de organização de sistemas funcionais e resolutivos em seus diversos níveis;
- Fortalecimento da capacidade gestora do SUS, voltada para a consolidação do caráter público da gestão do sistema;
- Atualização dos critérios e do processo de habilitação de estados e municípios, passando do caráter meramente cartorial para um processo de responsabilização real, com pacto de compromissos e metas entre os gestores.

A Atenção Básica perpassa todos os grupos de estratégias citados acima por englobar um conjunto de ações que deve ser ofertado em todos os municípios do país, independente de seu porte.

Desde a implantação do Piso da Atenção Básica – PAB, a partir da habilitação dos municípios na NOB 01/96, avanços ocorreram na organização dos serviços em diversos municípios. Entretanto, persistem problemas em municípios que, ao não assumirem suas responsabilidades gestoras e de prestação de serviços, perpetuam a desorganização do sistema como um todo, com reflexos além dos limites de seu território municipal.

A ampliação da atenção básica proposta pela NOAS busca definir responsabilidades e ações estratégicas mínimas que todos os municípios brasileiros devem desenvolver. Essa definição foi amplamente negociada entre os atores políticos e institucionais envolvidos na discussão e considerou o peso das seguintes áreas no quadro epidemiológico e na situação de saúde do país:

- controle da Tuberculose,
- eliminação da Hanseníase,
- controle da Hipertensão,
- controle do Diabetes Mellitus,
- ações de Saúde Bucal,
- ações de Saúde da Criança e
- ações de Saúde da Mulher.

As ações mínimas constantes na NOAS poderão, dependendo do perfil demográfico e epidemiológico e das prioridades políticas de estados e municípios, ser ampliadas para outras ações que se julguem necessárias. Entretanto, deve-se buscar a qualificação da atenção básica, isto é, a melhoria da qualidade e da resolutividade, independente da estratégia adotada pelo município para sua organização.

Essas ações deverão estar de acordo com as agendas de saúde, definidas por estados e municípios em consonância com a Agenda Nacional de Saúde.

Busca-se, assim, a inserção da Atenção Básica em um contexto articulado com toda a rede de serviços de saúde dos municípios, e como parte indissociável desta. Muitas vezes, a conformação de uma rede de serviços, com diversos níveis de hierarquia, extrapola o território de um município. A articulação intermunicipal, não importando a forma de gestão do município, torna-se imperiosa. Um dos instrumentos operacionais, tanto para os municípios em Gestão Plena da Atenção Básica como para os municípios em Gestão Plena do Sistema Municipal, é a Programação Pactuada e Integrada – PPI, com a explicitação dos pactos intergestores que visam à garantia do acesso da população aos níveis mais complexos do sistema. Também o Plano Diretor de Regionalização – PDR e o Plano Diretor de Investimentos – PDI, ao contemplar a necessidade de instalação de serviços, podem ser instrumentos para busca de maior equidade na distribuição dos recursos, ampliação do acesso e maior integralidade do sistema.

O Programa de Saúde da Família é reafirmado como estratégia para reorganização da Atenção Básica, independente do porte do município. As equipes de saúde da família deverão estar capacitadas para atender às demandas das áreas estratégicas, tendo garantia de referência e contra-referência dos casos que ultrapassem seu nível de ação, assumindo o acompanhamento de todos os casos em sua área de abrangência. Tal proposição explicita a necessidade de as equipes dominarem conhecimentos clínicos específicos e aponta para a importância da revisão dos conteúdos de alguns processos de capacitação em curso.

A implantação da estratégia de saúde da família, enquanto reorganizadora da atenção básica, deve ser acompanhada de redefinições de referências, em especial do primeiro nível, que deverão garantir o suporte de exames complementares tanto de laboratório como de imagem (raios X e ultra-som), referência em odontologia, saúde mental, reabilitação, entre outras.

A definição de outros níveis de referência como suporte à atenção básica e à saúde da família pressupõe que estes serviços também busquem adscrever clientela, de acordo com sua capacidade operacional e resolutiva. Dessa forma, para áreas cobertas pelo PSF é proposto que, para cada grupo de aproximadamente 10 a 15 equipes, se organize uma unidade ambulatorial de referência em atenção básica como forma de aumentar a resolutividade das equipes, concentrando profissionais nas áreas de gineco-obstetrícia, para realização, por exemplo, de colposcopia; pediatria, para acompanhamento de patologias crônicas graves; saúde mental, entre outras definidas como prioritárias, de acordo com o perfil epidemiológico do

espaço territorial coberto. Essas unidades, por se caracterizar como unidades de referência, não atenderiam à demanda espontânea e sim aos encaminhamentos das equipes de saúde da família, inclusive contribuindo com a constante capacitação das mesmas através da discussão de casos clínicos e apoio à ampliação da resolutividade das equipes. Alguns municípios já iniciaram a implantação desse desenho em sua rede assistencial.

A mesma lógica de adscrição de clientela e avaliação da capacidade operacional deve ser utilizada para retaguarda de leitos hospitalares e de serviços de urgência e emergência, com descrição clara de fluxos de referência e contra-referência.

Pretende-se que as equipes de saúde da família concretizem a integralidade em suas ações, articulando o individual com o coletivo, a promoção e a prevenção com o tratamento e a recuperação da saúde de sua população adscrita, com grande potencial organizador sobre os outros níveis do sistema de saúde.

O impacto dessas ações deverá ser acompanhado através dos indicadores do Pacto da Atenção Básica e também pelas informações dos Bancos de Dados Nacionais. A alimentação regular desses bancos de dados é uma das exigências para manutenção da habilitação dos municípios, e todos os dados disponíveis nestes bancos são de responsabilidade dos municípios, que os repassam ao Ministério da Saúde.

Ressalta-se que a riqueza do processo de discussão e implantação da NOAS vem-se tornando um importante momento de reflexão e avaliação da atenção básica e de sua importância estratégica para a organização dos sistemas municipais e regionais de saúde. Também o processo de avaliação da atenção básica, desencadeado para habilitação dos municípios a NOAS, tem propiciado a mobilização de estados e municípios a fim de alcançar os indicadores propostos.

A Evolução da Cobertura e o PSF Hoje

A implantação do PSF no contexto normativo e de financiamento exposto anteriormente apresentou momentos distintos, com variações regionais e de acordo com o porte populacional dos municípios.

Tabela 1 – Evolução percentual da cobertura populacional do PSF por região de 1994 a junho de 2002, Brasil

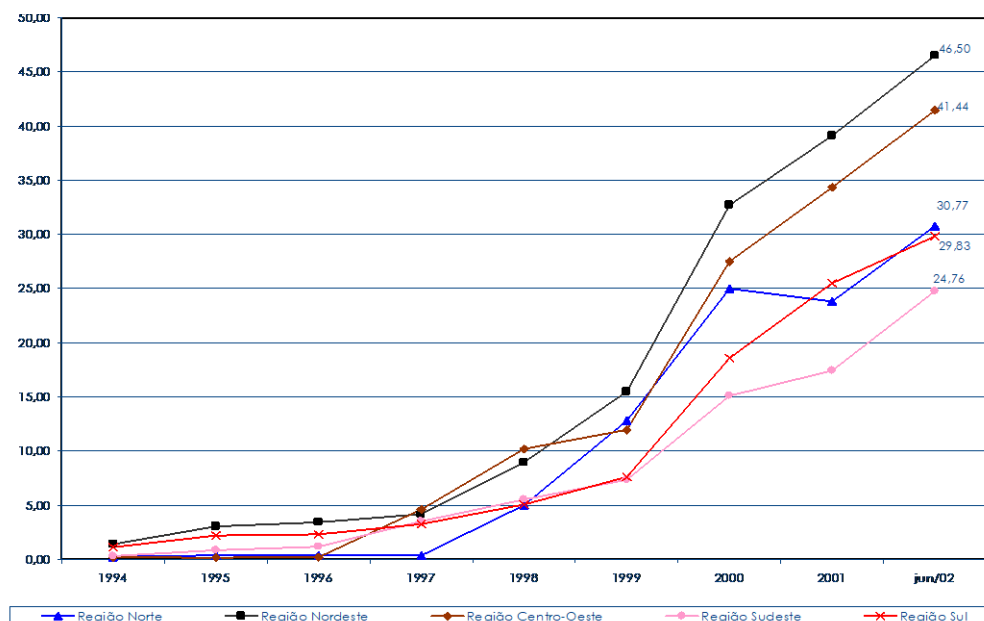
Região	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	Jun./02
Região Norte	0,22	0,37	0,37	0,36	5,00	12,79	24,99	23,81	30,77
Região Nordeste	1,41	3,04	3,42	4,16	8,96	15,50	32,71	39,11	46,50
Região Centro-Oeste	0,17	0,17	0,20	4,61	10,20	11,96	27,52	34,34	41,44
Região Sudeste	0,32	0,85	1,17	3,52	5,53	7,35	15,10	17,43	24,76
Região Sul	1,13	2,19	2,32	3,25	5,07	7,61	18,58	25,50	29,83
Total	0,74	1,60	1,86	3,51	6,71	10,41	22,17	26,35	29,78

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica.

Como se pode observar, até 1996 as regiões Nordeste e Sul mantinham-se acima da média nacional em relação à cobertura populacional, apesar da baixa cobertura ainda apresentada. Na região Centro-Oeste, somente em 1997, após a mudança das gestões municipais, inicia-se a implantação efetivamente.

Em 1998, o PSF teve, pela primeira vez, orçamento específico para o cumprimento de metas. Em julho desse ano, a mudança nos incentivos proporcionou um incremento de 53% no valor do repasse por equipe (Ministério da Saúde, 2002). Dessa forma, a partir de 1999, o crescimento se acentua em todas as regiões, estimulado sobretudo pelo financiamento diferenciado, conforme pode ser visualizado no Gráfico 1.

Gráfico 1 – Cobertura do PSF, por região, de 1994 a junho de 2002



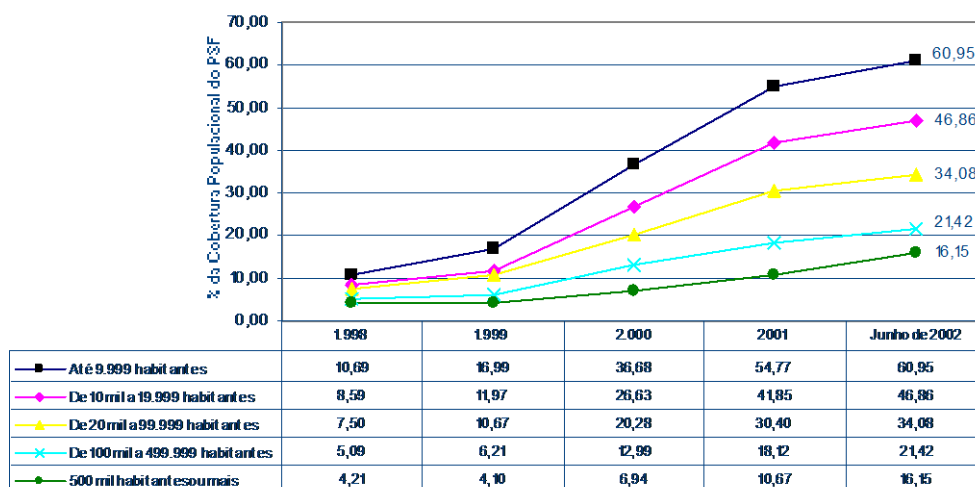
Nova mudança na lógica do financiamento ocorrida no final de 1999, valorizando a cobertura populacional e aumentando significativamente os valores, proporcionou uma grande expansão em 2000 e 2001.

Em junho de 2002, a cobertura chega a praticamente 30% do total da população do país, ultrapassando a marca de 50 milhões de pessoas cobertas, muito superior aos 32 milhões de brasileiros do mapa da fome de 1994. Dos 5.561 municípios, 4.995 (89,82%) possuem equipes do PSF e/ou do PACS. Desses, 202 municípios com mais de 100.000 habitantes têm equipes de saúde da família, sendo que 34 (16,83%) com 50% ou mais de sua população coberta pelo PSF e

apenas 05 (2,48%) com cobertura igual ou superior a 80%. O país conta ainda com 1.339 municípios (24,08%) que possuem 100% de cobertura de PSF e PACS, dos quais 533 (39,80%) têm apenas uma ESF; 784 (58,55%) têm de 2 a 10 ESF; e 22 (1,64%) têm de 11 a 45 ESF.

Diante desse quadro, um dos desafios do momento é a expansão do PSF para os grandes centros urbanos e regiões metropolitanas. A cobertura nesses municípios vem-se mantendo sempre abaixo da média nacional (Gráfico 2).

Gráfico 2 – Evolução do % da cobertura populacional do PSF, segundo porte populacional dos municípios brasileiros - 1998 a junho de 2002



Fontes: IBGE. Estimativas populacionais para o TCU – Brasil; CAPSI – Sistema de Captação de Dados para Pagamento.

Entre os entraves freqüentemente apontados pelos gestores municipais, em especial de municípios de grande porte, nas discussões do tema, estão as formas de incentivos e planos de financiamento para os grandes municípios, a capacitação dos profissionais de saúde e a integração das equipes do PSF à rede já instalada, a necessidade de mudanças no processo de produção de serviços diante das novas demandas e necessidades da população, em áreas marcadas pela violência urbana e, finalmente, necessidade de caracterizar o PSF não como uma política focalizada para a pobreza, mas como uma estratégia para consolidação dos princípios de um SUS verdadeiramente universal.

Nos dois últimos anos, o PSF tem crescido à média de mais de 300 novas equipes a cada mês, em todos os estados brasileiros. Ao mesmo tempo em que entusiasmo, esse crescimento alerta para a necessidade de agregação de esforços para um efetivo acompanhamento do processo de implantação. Com esse objetivo, o Ministério da Saúde iniciou em 2001, com apoio das Secretarias Estaduais de

Saúde, o desenvolvimento do “Monitoramento da Implantação e Funcionamento das Equipes de Saúde da Família”. Essa atividade está permitindo a análise dos componentes de estrutura e processo na implantação das equipes, possibilitando a identificação de fatores que exercem influência na implantação do programa e, conseqüentemente, em seus objetivos e resultados.

Foram visitadas e entrevistadas *in loco* cerca de 5 mil equipes em 9 estados da federação, em todas as regiões do país, em 2001. Em 2002, esse processo foi estendido às equipes dos outros estados, sendo que a fase de coleta de dados foi concluída no mês de agosto, com uma amostra total de mais de 15 mil equipes. Ao término da consolidação dos dados de cada estado, o Ministério torna imediatamente disponíveis as informações para as Secretarias Estaduais e Colegiados de Secretários Municipais de Saúde – COSEMS. Esse trabalho contribui significativamente para agregar e potencializar os esforços no enfrentamento dos problemas identificados.

Alguns dados preliminares do ano de 2001, já apresentados em fóruns recentes, propiciam informações sobre o desenvolvimento da saúde da família no país, apontando novos desafios e reforçando antigos problemas que pesam sobre o PSF e que muitas vezes são estruturais, do sistema de saúde como um todo, como a questão dos recursos humanos.

Os dados demonstram que somente 12,6 % das equipes têm mais de 3 anos de funcionamento, mostrando o pouco tempo para consolidação da proposta. Um dos pontos destacados na observação, em relação ao tempo de implantação, é que algumas das variáveis analisadas pelo estudo, como realização de ações assistenciais (vacinação, visitas domiciliares, atendimento médico e de enfermagem nos diversos ciclos de vida, entre outras) e de vigilância à saúde, aumentam sua freqüência de realização quando se comparam equipes com até um ano de implantação às equipes com mais de um ano de implantação. Esse pode ser um indicativo de que o amadurecimento do trabalho das equipes tem sido importante para a incorporação de princípios propostos pela saúde da família.

Quanto à distribuição das equipes em áreas rurais e urbanas, 20% delas atuam exclusivamente em áreas rurais e mais de 55% atuam exclusivamente em área urbana. O restante atua concomitantemente nas duas áreas.

A existência de área de abrangência definida, um dos princípios operacionais do PSF, ultrapassa 90% das equipes, chegando a 98% no estado de São Paulo e 100% no estado do Amapá. Entretanto, nos nove estados avaliados em 2001, nem todas as equipes tinham mapa de sua área de atuação, destacando que mais de 70% das equipes das regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste possuíam mapa, enquanto apenas 30% das equipes do Nordeste o possuíam. Outros estudos podem aprofundar esse tema posteriormente.

Em relação à infra-estrutura, 99% das equipes possuem área física para o desenvolvimento de suas atividades, sendo que, na média de todos os estados, 90% das equipes possuem no mínimo consultório médico, consultório de enfermagem,

sala de pequenos procedimentos, sala de vacina e área para recepção dos usuários. Apesar disso, a estrutura das unidades básicas de saúde precisa ser considerada como condição para ampliação da resolutividade, garantindo às equipes as condições necessárias para o desenvolvimento de suas atividades com padrões de segurança e qualidade.

Cerca de 90% das equipes estão alocadas em unidades com até 3 equipes, sendo que 63% estão em uma unidade exclusiva para elas. Essa distribuição segue a orientação do Ministério da Saúde de alocar no máximo 3 equipes por unidade de saúde (Ministério da Saúde, 2001). Tal orientação visa a propiciar um espaço mais adequado para a criação de vínculo, para humanização e responsabilização das equipes pelo seu território, já que em unidades com grande população adscrita, este pode ser um dificultador importante para a viabilização destas metas. Também se pode observar que a proporção de consultórios médicos e de enfermagem por equipe se reduz à medida que se amplia o número de equipes em uma mesma unidade, o que possivelmente é um fator dificultador para o trabalho.

Ainda persistem problemas importantes de infra-estrutura em estados do Norte, Nordeste e Centro-Oeste, com falta de equipamentos básicos para o trabalho das equipes, apesar de, desde 1999, o Ministério da Saúde repassar recursos específicos para aquisição de equipamentos no momento da implantação das equipes. Nesse contexto, torna-se importante o acompanhamento da utilização desses recursos por parte dos municípios.

A multiplicidade de formas de contratação dos profissionais persiste, como já demonstrado no estudo *Perfil dos médicos e enfermeiros do Programa de Saúde da Família no Brasil*, publicado no ano 2000 pelo Ministério da Saúde em parceria com a FIOCRUZ/ENSP. No monitoramento, na média dos 9 estados, apenas 30% dos médicos e 34 % dos enfermeiros das equipes avaliadas têm contrato de acordo com a CLT ou são estatutários. Esses percentuais têm variações substanciais entre os estados. Nos estados do Norte e Nordeste, o maior percentual desses tipos de contrato não ultrapassa 15% das equipes, enquanto no Sudeste e no Sul chega a 70%, demonstrando claramente que outros fatores, além das questões legais, têm tido peso importante na forma de contratação desses profissionais e merecem maiores estudos.

Outro dado importante diz respeito ao tempo, em meses ou anos, do profissional na equipe. Considerando que 45 % das equipes têm menos de um ano de implantação, mas que 70% dos médicos e enfermeiros estão nelas também há menos de um ano, percebe-se que este pode ser um indicativo de rotatividade dos profissionais, queixa freqüente dos gestores municipais.

Essa rotatividade dos profissionais, por sua vez, se coloca como mais um dos desafios para o processo de capacitação das equipes, bem como para a responsabilização e construção de vínculo entre elas e a população sob seus cuidados, como proposto pelo PSF.

Alguns dados sugerem incorporação de algumas práticas importantes no dia-a-dia das equipes. A realização de reuniões da equipe aponta que 80% dos profissionais médicos, enfermeiros, auxiliares e agentes participam deste tipo de atividade. Também as reuniões com a comunidade têm participação importante dos profissionais, sendo que 50% dos mesmos relatam participar delas, inclusive os médicos. 76% dos enfermeiros e 63% dos médicos relatam realizar atividade educativa em grupo como parte de seu trabalho.

A assistência aos hipertensos e diabéticos é uma prática incorporada pelas equipes, sendo que mais de 80% delas realizam este tipo de atendimento.

Já a hanseníase e a tuberculose demonstram, em seu processo de descentralização, dificuldade inerente à tradição vertical e centralizadora destes programas. Na média dos 9 estados, apenas 50% a 62% das equipes fazem diagnóstico e 25% a 30% fazem tratamento de hanseníase e tuberculose, respectivamente. Uma política estadual de descentralização pode mudar esse quadro, como demonstra o estado de Tocantins, onde mais de 85% das equipes fazem diagnóstico e 74% e 61% fazem tratamento de hanseníase e tuberculose, respectivamente.

Em relação às capacitações das equipes, áreas importantes como saúde da mulher, saúde da criança, tuberculose e hanseníase apresentam-se como problema, pois menos de 30% das equipes relatam ter tido este tipo de habilitação. Essa questão sugere que será necessário revisar alguns pontos do processo. A descentralização dos pólos de capacitação poderá ser uma estratégia importante para essa mudança e deverá ser discutida em outro capítulo.

O monitoramento das equipes de saúde da família do Brasil teve concluída a fase de coleta de dados em agosto de 2002 e será, com certeza, um importante referencial de registro e pesquisa para futuros estudos.

Saúde da Família: Programa, Estratégia ou Modelo Assistencial?

O processo de implantação do SUS tem exigido dos atores envolvidos um grande esforço no sentido de levar a cabo a proposta de descentralização político – institucional. Trata-se de processo conflituoso, mobilizador de forças de diversas tendências e direções, mas que mostra como vetor resultante a viabilização dos preceitos da Reforma Sanitária definidos na Constituição Brasileira (Paim, 2002a).

Nesse cenário, as discussões acerca do processo de municipalização são de suma importância. Em seu texto “Quando a municipalização não é o caminho”, publicado em 1991, Paim levanta diversas questões relevantes, entre elas a possibilidade da municipalização reproduzir o modelo autoritário e hospitalocêntrico vigente. Este mesmo risco, de reprodução de um modelo vertical e centralizado, se dá na implantação do PSF. As diferenças na condução da implantação, sob responsabilidade dos municípios, vêm acarretando uma gama de variações nas características da proposta, que ampliam ou reduzem o escopo da mesma.

Assim, pode-se observar a existência de “diversos PSFs”. Desde a saúde da família como um programa delimitado, sem maiores interfaces com outros setores da própria secretaria de saúde, até, em outro extremo, a utilização de todo seu potencial transformador das práticas, apontando diretrizes para o sistema municipal de saúde, produzindo “cunhas para o nível secundário e pontes para o nível terciário” (Paim, 2001), favorecendo mudanças de processos de trabalho e gestão, efetivando-se como estratégia e até se aproximando de um modelo assistencial com vigor para apoiar mudanças no modelo de gestão.¹

Entre as propostas que se afastam da concepção mais ampliada para o PSF, estão aquelas que de alguma forma reproduzem o modelo vigente, em que as equipes trabalham somente com atendimento de demanda espontânea, ou somente com demanda programada. Outra possibilidade é a negação das duas formas anteriores, em que as equipes somente fazem “promoção e prevenção”, visitando as casas e encaminhando os doentes para o “posto de saúde”, sem mesmo possuírem uma unidade de referência para o desenvolvimento de suas atividades. Felizmente, parece-nos que essas distorções vêm sendo corrigidas na medida em que se ampliam as discussões sobre o tema.

Por outro lado, alguns municípios têm conseguido avançar, construindo propostas de sistemas de saúde em que o PSF tem papel de destaque, associado ou não a tecnologias como o acolhimento, a gestão colegiada, a vigilância à saúde, entre outras, sendo institucionalizado como uma política do governo municipal e legitimado pelo seu reconhecimento social.

Esse panorama aponta um dos desafios na operacionalização de políticas para um sistema nacional de saúde em um país federativo e continental como o Brasil, onde as leituras destas políticas se dão de formas diversas, de acordo com o contexto e os atores locais que se propõem a implementá-las.

Qualificação de Recursos Humanos

Como citado anteriormente, o avanço na consolidação do PSF está condicionado, entre outras questões, à possibilidade de se conseguir profissionais de saúde com conhecimentos, atitudes e habilidades adequados à proposta. A prática multiprofissional e interdisciplinar propõe para as equipes e para os profissionais o desafio da mudança dos processos de trabalho. Entretanto, é patente que esse “novo profissional” exige mudanças no campo da formação e capacitação. Historicamente, esses profissionais, sejam eles médicos, enfermeiros ou odontólogos, agora solicitados pelos serviços, não foram o foco dos centros formadores no Brasil, voltados para o mercado de especialistas e para a prática fragmentada.

Reconhece-se, entretanto, que o maior desafio está na fixação do profissional médico no PSF, por uma série de fatores. O primeiro deles é o mercado, que oferece

¹ Ver Paim (2002b).

salários e condições competitivas para um profissional que ainda acredita no modelo liberal da medicina. Mesmo com a criação de postos de trabalho com salários diferenciados, após a implantação do PSF, a situação ainda é difícil. A formação profissional “é ainda baseada no ensino flexneriano e fragmentador, que usa a lógica da especialização na produção do trabalho como praxis para a otimização da assistência, e uma mudança no modelo assistencial objetivando a eficácia das ações em saúde implica obrigatoriamente o repensar do ensino das práticas anteriores” (Starfield, 2001). Também afirma a autora que “ainda que os especialistas sejam os profissionais de saúde mais capacitados para atender às enfermidades específicas que conhecem, é necessário contar com um médico de atenção primária que integre os diversos problemas de saúde que acometem as pessoas, ao longo dos anos”. A mudança do quadro atual será possível na medida em que a mudança na formação desse profissional ocorra.

Outro ponto de destaque nessa discussão é o do reconhecimento dentro das entidades médicas e da própria categoria médica do *status* desse profissional. No primeiro semestre de 2002, a Associação Médica Brasileira e o Conselho Federal de Medicina acrescentaram à sua lista única de especialistas a especialidade de Medicina de Família e Comunidade. Ainda é necessário ampliar espaços de legitimação desse profissional, demonstrando que existe “vida inteligente” fora dos hospitais (Zurro & Pérez, 1999).

Inúmeras controvérsias cercam esse campo de discussão, mas é importante ressaltar que o avanço no reconhecimento e na definição de competências desses profissionais é de suma importância para a sustentabilidade do PSF. Esse mesmo processo vem ocorrendo em diversos países do mundo, que propõem um médico de família clinicamente hábil, socialmente comprometido e que possua conhecimentos em saúde coletiva e epidemiologia, como uma das peças-chave para essa mudança. Mc Whinney, em palestra pronunciada em reunião do *Royal College of General Practitioners* em 1996, citando Reid, sublinhava “a discriminação que os médicos generalistas padeciam tanto dentro da universidade, como de seus colegas na prática profissional” (Mc Whinney, 1996). Também na Espanha, Zurro afirma a importância do incremento do prestígio técnico e profissional do médico de família como um passo para o seu reconhecimento e sua boa imagem na sociedade (Zurro & Pérez, 1999). Todos os problemas anteriormente citados ganharam visibilidade com a implantação e expansão do PSF.

O estabelecimento dos Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Recursos Humanos para a Saúde da Família, iniciado em 1997, propunha-se a dar conta de algumas das questões levantadas. Entretanto, a complexidade desse processo, em especial pelas dificuldades de articulação das áreas da clínica com as áreas da saúde coletiva nos centros formadores, acaba por complicar o quadro. A formação de profissionais é assinalada pelos gestores como um dos importantes problemas a ser equacionado.

Um avanço recente para a reorientação dos cursos de graduação foi introduzido com o lançamento do Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares

nos Cursos de Medicina (Promed). Com esse programa, o Ministério da Saúde se dispõe a apoiar financeiramente iniciativas de escolas médicas que estejam reorientando a formação de seus alunos, com ênfase nas mudanças no modelo de atenção à saúde, em especial naquelas destinadas ao fortalecimento da atenção básica (Ministério da Saúde, 2002). Sabe-se que esse não será um processo fácil, como frisa Paim.

“Uma universidade e uma faculdade de medicina não são uma planta industrial capaz de alterar rápida e impunemente suas ‘linhas de produção’ ou flexibilizar seus processos produtivos mediante tecnologias modernas de ensino e terceirizações. Constituir sujeitos comprometidos com a vida e a saúde dos cidadãos e protagonistas de um projeto radical de Reforma Sanitária representa uma missão que precisa ser bem compreendida para não resultar em equívocos e frustrações” (Paim, 2001: 145).

Esse é um desafio colocado para o PSF e para o SUS.

Avaliação e Resultados

A institucionalização da avaliação dos serviços de saúde, enquanto ferramenta rotineira para a tomada de decisões, continua sendo um chamado em todos os níveis de gestão e de complexidade do sistema (Hartz, 1999). No caso particular do Programa de Saúde da Família, torna-se cada vez mais imprescindível o aperfeiçoamento do processo de monitoramento e avaliação para apoiar decisões que permitam o enfrentamento de problemas identificados na implantação, bem como para otimizar as oportunidades e os elementos facilitadores do processo de crescimento e de sustentabilidade do PSF como estratégia para reorganização dos sistemas de saúde.

A avaliação da atenção básica e do PSF em âmbito nacional consiste na análise de dados produzidos pelos sistemas de informações de base nacional, com destaque para o Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB, no ajuste de metas operacionalizado através do Pacto da Atenção Básica e na realização de estudos e pesquisas avaliatórias (Hartz, 2000).

A criação de uma coordenação de avaliação no âmbito do Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Políticas de Saúde é um importante passo para a institucionalização da avaliação neste espaço de trabalho. E, “ao priorizar e incorporar a avaliação como rotina, o Ministério da Saúde estimula o desenvolvimento de uma nova cultura institucional, capaz de reconfigurar as relações de trabalho em consonância com as propostas atuais de modernização administrativa, estimulando a co-responsabilidade entre profissionais e gestores do Sistema Único de Saúde” (Medina, Aquino & Carvalho, 2000).

O SIAB é um sistema de informação territorializado de coleta de dados que possibilita a construção de indicadores populacionais referentes a áreas de abrangência bem-delimitadas: as áreas e microáreas de atuação das equipes e dos agentes comunitários. Dessa forma, o sistema possibilita a microlocalização de problemas de saúde, ou seja, a identificação de desigualdades nas condições de

saúde da população através da espacialização das necessidades e respostas sociais (Medina, Aquino & Carvalho, 2000).

Para os gestores municipais e equipes do PSF, o SIAB significa a possibilidade de uso de informações importantes para o planejamento e programação das ações locais. As informações sobre necessidades da comunidade, situação de saúde das famílias e cumprimento das metas estão disponíveis. Outra grande vantagem é que as pessoas e os domicílios estão identificados de forma completa, abrangente. Não são apenas números que alimentam as estatísticas. São pessoas que estão sendo acompanhadas de perto, com vínculo, com responsabilidade e compromisso. Apesar disso, infelizmente o desenvolvimento de uma cultura de manuseio e utilização da informação para a tomada de decisões ainda é um horizonte a ser alcançado.

Atualmente, o SIAB passa por reformulações para tornar-se efetivamente uma ferramenta de utilização ampla, além dos territórios cobertos pelo PSF. É necessária a sua compatibilização com o cartão nacional de saúde, com os processos de cadastramento de profissionais e estabelecimentos de saúde, além da adequação a uma nova realidade no campo das atribuições, responsabilidades e áreas estratégicas de intervenção na atenção básica.

O pacto da atenção básica, comentado anteriormente, vem-se consolidando como um dos importantes instrumentos de monitoramento de responsabilidades pactuadas. Entre outros aspectos já comentados, considera-se importante que as áreas prioritárias da atenção básica, definidas pela Norma Operacional da Assistência – NOAS, estejam refletidas nos indicadores que integram o pacto.

Nos municípios onde o PSF está organicamente integrado ao sistema de saúde, com coberturas populacionais adequadas, é possível observar a otimização dos recursos da saúde, a tendência crescente de melhoria dos indicadores e um aumento significativo do grau de satisfação não somente da população assistida, mas também dos profissionais que integram as equipes. Essas informações estão sendo obtidas em estudos localizados, realizados por iniciativa do Ministério da Saúde, das secretarias estaduais e municipais e por universidades, em monografias e teses de mestrado e doutoramento.

Alguns resultados positivos do PSF, como satisfação dos usuários e trabalhadores com o PSF (Silva, 2001; Almeida, 2001; Teixeira, S., 2001), mudanças nas práticas sanitárias e maior integralidade nas ações (Silveira, 2001; Baduy, 1998) e viabilização dos princípios do SUS (D'Aguiar, 2001; Queiroz, 1997), são citados em estudos quantitativos e qualitativos. Como dificuldades, esses estudos indicam rotatividade dos profissionais, insatisfação com a forma de contratação, qualificação dos recursos humanos e dimensão técnica e política da gerência e gestão (Silva, 2001; Andrade, 1998; Almeida, 2001; Bertoncini, 2000).

Em termos de indicadores nacionais, apesar dos esforços para aperfeiçoamento dos sistemas de informação e dos processos de pactuação, convivemos no país com limitações na consistência dos bancos de dados, que

dificultam a produção de informações. Acredita-se que, com os esforços em curso, em alguns anos nos poderemos reportar a bases confiáveis e utilizar as ferramentas e os instrumentos corretos para ampliar o processo de verificação e disseminação dos resultados.

Desafios Renovados

Desde o início da implantação do PSF, em 1994, muito se avançou na discussão da atenção básica no país, principalmente com a adesão de novos e importantes atores que se juntaram em defesa desta proposta.

Se, por um lado, a implantação em mais de 4 mil municípios foi uma ousadia, maior ainda é o desafio de manter a mobilização necessária ao aperfeiçoamento e qualificação destas mais de 15 mil equipes de saúde da família em atuação e das próximas equipes que estão por vir, tornando o PSF uma estratégia de fato, com pleno potencial de alterar o modelo assistencial do país.

Nessa perspectiva, os desafios para a consolidação do PSF se renovam e estão relacionados à gestão, à forma de organizar os serviços, aos recursos humanos, entre outros. Todas essas questões não são estanques e isoladas. Ao contrário, são dinâmicas e imbricadas, com inter-relações permanentes e com influência direta de umas sobre as outras.

Para vencer a maioria dos desafios relacionados à gestão e à forma de organizar os serviços, destacamos que a decisão política de priorizar a atenção básica, nos três níveis de governo, é condição essencial para ampliação e garantia de acesso a serviços resolutivos, oportunos e humanizados a toda a população brasileira, viabilizando o princípio da universalidade.

Outros desafios colocados para os gestores estão relacionados: com as adequações impostas pela Lei de Responsabilidade Fiscal; com a falta de unidade das interpretações dadas pelos Tribunais de Contas acerca da proposta,² com o financiamento ainda insuficiente; com as formas de vinculação dos profissionais ao sistema; e com a dificuldade intrínseca de alguns municípios em enfrentar a mudança de seu modelo de atenção, mudança esta que implica a realocação de recursos e redefinição de prioridades, muitas vezes causando enfrentamentos com a rede privada, com movimentos corporativos de trabalhadores e categorias profissionais específicas que defendem seus privilégios, e com a cultura clientelística presente em muitas instituições públicas.

A ampliação da cobertura do PSF se apresenta também como elemento para a construção das redes regionalizadas, hierarquizadas e integradas de serviços de saúde, a partir de uma atenção básica resolutiva, proporcionando a efetivação do princípio da integralidade.

² Ver documentos do Tribunal de Contas do Paraná – Parecer n. 116/01-DCM; do Tribunal de Contas de Minas Gerais – Consulta n. 657277; da Associação dos Membros dos Tribunais de Contas do Brasil-ATRICON; Parecer jurídico, jan. 2001 e Tribunal de Contas da União, disponível em <www.tcu.gov.br>.

O desenvolvimento de uma cultura de avaliação institucionalizada, tanto como ferramenta de gestão, como para que possamos prestar contas a toda a sociedade da utilização dos recursos públicos, pode também ser considerado um desafio. Algumas iniciativas de construção de metodologias de avaliação permanente da atenção básica estão em curso e, no caso do PSF, já se conhece o grau de heterogeneidade na sua implantação. No entanto, não dispomos ainda de uma metodologia que permita o acompanhamento e a avaliação *pari passu* desse processo. É preciso, portanto, avançar na direção de métodos que permitam a análise gradual de implantação da estratégia, numa perspectiva crescente que aponte para algo como a certificação das unidades básicas de saúde da família.

O desafio da consolidação do controle social tem no PSF importantes aliados. A legitimação alcançada pela saúde da família pode ser uma estratégia para aproximar a sociedade dos serviços. A presença dos agentes comunitários de saúde em todas as equipes e a participação freqüente das equipes em conselhos locais, distritais e municipais de saúde reafirmam a importância do controle social.

Por fim, os desafios em torno da questão dos recursos humanos serão aprofundados em outros capítulos.

Bibliografia

- ACUÑA, D. L., MAGRIÑÁ, A. P. et al. Los sistemas de salud y las necesidades y demandas de los ciudadanos. In: CUMBRE IBEROAMERICANA DE MEDICINA FAMILIAR, 1, 2002, Sevilha, Espanha, maio. (Documento, 1).
- ALMEIDA, M. I. *Programa saúde da família: imagens e significados atribuídos pela enfermeira, agentes de saúde e família*. 2001. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará, 2001. (Tese, Doutorado).
- ANDRADE, F. M. O. *O programa de saúde da família no Ceará: uma análise de sua estrutura e funcionamento*. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará, 1998. (Dissertação, Mestrado em Saúde Pública).
- BADUY, R. S. *O programa saúde da família em Londrina: construindo novas práticas sanitárias*. Londrina: Universidade Estadual de Londrina, 1998. (Mestrado em Saúde Coletiva).
- BELMAR, R. Atención primaria, principios e tareas. *Enfoques en Atención Primaria*, [s.l.], v. 5, n. 2, p. 22-24, 1990.
- BERTONCINI J. H. *Da intenção ao gesto – análise da implantação do programa saúde da família em Blumenau*. Blumenau: Universidade Federal de Santa Catarina, 2000. (Dissertação, Mestrado em Saúde Pública).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Departamento de Operações. Coordenação da Saúde da Comunidade. *Programa de saúde da família: saúde dentro de casa*. Brasília, DF, 1994.
- _____. *Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde NOB – SUS 01/06*. Brasília, DF, 1996.

- BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial*. 2. ed. Brasília, DF, 1997.
- _____. *Saúde no Brasil: desafios e perspectivas*. Brasília, DF, 1998.
- _____. Secretaria da Assistência à Saúde. *Manual para organização da atenção básica*. Brasília, DF, 1998.
- _____. *Norma Operacional da Assistência à Saúde-NOAS-SUS/01/2001*. Brasília, DF, 2001.
- _____. *Relatório de gestão 1998/2001*. Brasília, DF, 2002.
- _____. Departamento de Atenção Básica. Programa de saúde da família – informe técnico-institucional. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 36, n. 3, p. 375-8, jun. 2002.
- _____. Secretaria da Assistência à Saúde. Coordenação da Saúde da Comunidade. *Construindo um novo modelo: os municípios já têm histórias para contar*. Brasília, DF, 1996. 64p. (Cadernos Saúde da Família, v.1, n.1).
- _____. Secretaria da Assistência à Saúde. *Manual para organização da atenção básica*. Brasília, DF, 1998.
- _____. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Guia prático do programa de saúde da família*. Brasília, DF, 2001.
- CAMPOS, F. E. C., BELISÁRIO, S. A. O programa de saúde da família e os desafios para a formação profissional e a educação continuada. *Interface*, [s.l.], v. 5, n. 9, p. 133-149, 2001.
- CAPISTRANO FILHO, D. O programa de saúde da família em São Paulo. *Estudos Avançados*, São Paulo, v.13, n. 35, 1999.
- CASTELLANOS, P. L. Sobre el concepto de salud-enfermedad: un punto de vista epidemiológico. *Cuadernos Médico-Sociales*, Rosário, Argentina, n. 42, p.15-24, dez. 1987.
- D'AGUIAR, J. M. M. *O programa saúde da família no Brasil*. A resolutividade do PSF no Município de Volta Redonda (RJ). Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2001. (Dissertação, Mestrado em Saúde Pública).
- FRANCO, T. B., MERHY, E. E. *PSF: contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial*. [s.l.: s.n.], 1999.
- HARTZ, Z. M. A. Avaliação dos programas de saúde: perspectivas teórico-metodológicas e políticas institucionais. *Ciência & Saúde Coletiva*, [s.l.], v. 4, n.2, p. 341-353, 1999.
- _____. Institutionalizing the evaluation of health programs and policies in France: cuisine international over fast food and sur mesure over ready-made. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.15, n. 2, p.229-260, abr./jun. 1999.
- _____. Pesquisa em avaliação da atenção básica: a necessária complementação do monitoramento. *Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, n.21, p. 29-35, dez. 2000.
- JATENE, A. D. *Expansão dos serviços de saúde nas áreas metropolitanas*. Conferência proferida na CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1980, Brasília, DF.
- MC WHINNEY, I. A importância de ser diferente. (Tradução de: *British Journal of General Practitioners*, v. 46, p. 443-446, Jul. 1996).

- MEDINA, M. G., AQUINO, R., CARVALHO, A. L. B. Avaliação da atenção básica: construindo novas ferramentas para o SUS. *Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, n. 21, dez. 2000.
- MENDES, E. V. *Os grandes dilemas do SUS*. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva/Casa da Qualidade, 2001. Tomo II.
- _____. *Uma agenda para saúde*. São Paulo, Editora Hucitec, 1996. p. 233-300.
- MISOCZKY, M. C. A medicina de família, os ouvidos dos príncipes e os compromissos com o SUS. *Saúde em Debate* – Revista do Centro Brasileiro de Estudos em Saúde – CEBES, n. 42, p.40-44, mar. 1994.
- NEGRI, B. Primary health care: fewer diseases, more life. In: PRIORITY actions in primary health care. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Secretaria Executiva, 2000.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Alma-ata, 1978*. Cuidados primários de saúde, Brasília, 1979. 64p.
- PAIM, J. S. Descentralização das ações e serviços de saúde no Brasil e a renovação da proposta saúde para todos. In: CONFERÊNCIA REGIONAL: TENDÊNCIAS FUTURAS E A RENOVAÇÃO DA META SAÚDE PARA TODOS, 1998, Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: UERJ, 1998. (Série Estudos em Saúde Coletiva, n. 175).
- _____. Saúde da família: espaço de reflexão e de contra-hegemonia. *Interface*, [s.l.], v. 5, n. 9, p. 133-149, 2001.
- _____. *Saúde, política e reforma sanitária* – CEPS – Centro de Estudos e Projetos em Saúde. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva, 2002a.
- _____. Organização em serviços de saúde: modelos assistenciais e práticas de saúde. In: SAÚDE, política e reforma sanitária. [s.l.]: CEPS-ISC, 2002b. p. 195-208.
- QUEIROZ, M. I. F. *O processo de implantação e as mudanças obtidas: programa de saúde da família de Beberibe – CE*. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará, 1997. (Dissertação, Mestrado em Enfermagem).
- RODRIGUES, C. R. F. *Participação e atenção primária em saúde: o programa de saúde da família em Camaragibe – PE, 1994-1997*. São Paulo: Universidade de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública, 1998. (Dissertação, Mestrado).
- RUBINSTEIN, E. *Introducción a la medicina familiar*. Profam: programa de educación a distancia de medicina familiar y ambulatoria. 2. ed. Buenos Aires: Fundación MF, 2001.
- SILVA, M. R. F. *Subjetividade e a arte de viver o programa de saúde da família: o pensar e o agir dos médicos(as) e enfermeiros(as) a partir de sua prática*. Fortaleza: Universidade Estadual do Ceará, 2001. (Dissertação, Mestrado em Saúde Pública).
- SILVA JÚNIOR, A. G. *Modelos tecnoassistenciais em saúde – o debate no campo da saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec, 1998.
- SILVEIRA, C. H. *Programa de saúde da família: um estudo de caso no município de Joinville-SC*. Curitiba: Universidade Federal do Paraná, 2000. 2v. (Dissertação, Mestrado em Sociologia).
- STARFIELD, B. *Atención primaria – equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología*. Barcelona: MASSON, 2001.

- STARFIELD, B. *Avaliação de programas e sistemas de atenção primária: um enfoque da população*. Apresentado em La Plata, Argentina, mar. 1998.
- _____. *Primary care: concept, evaluation and policy*. Trad. Ananyr Porto Fajardo. Oxford: Oxford University Press, 1992.
- TEIXEIRA, C. F. *O futuro da prevenção*. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva. Casa da Qualidade, 2001.
- _____. (Org.). *Promoção e vigilância da saúde* – CEPS: Centro de Estudos e Projetos em Saúde. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva – ISC, 2002.
- TEIXEIRA, S. A. *O programa de saúde da família e sua relação com as dimensões da sustentabilidade*. Brasília, DF: Universidade de Brasília, 2001. (Dissertação, Mestrado em Desenvolvimento Sustentável).
- TESTA, M. *Pensar em saúde*. Porto Alegre: Artes Médicas/ABRASCO, 1992.
- VIANA, A. L. D., DAL POZ, M. R. *Reforma em saúde no Brasil*. Programa de Saúde da Família. Informe Final. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro/Instituto de Medicina Social (IMS), out. 1998. (Serie Estudos em Saúde Coletiva, n. 166).
- WORLD BANK. *World development report 1993: Investing in Health*. New York: Oxford University Press.
- _____. *Brazil, maternal and child health*. Washington, DC, 2002. (Report, n. 23811 – BR).
- ZURRO, A. M., PÉREZ, J. F. C. *Atención primaria: conceptos, organización y práctica clínica*. 4. ed. Barcelona: Ediciones Harcourt, 1999.

1.2

AS ESPECIALIZAÇÕES – HISTÓRICO E PROJEÇÕES

*Ruy G. Bevilacqua
Silvia de Almeida Prado Sampaio¹*

As Especializações: Histórico e Tendências

A busca do equilíbrio entre oferta e demanda de médicos, tanto em termos quantitativos quanto qualitativos, é tema recorrente dos especialistas em planejamento de recursos humanos para a saúde no Brasil. Assim, existe uma preocupação permanente, seja em relação ao aumento da oferta de médicos, seja em relação a sua excessiva especialização. Esses dois fenômenos já foram objeto de grandes discussões travadas no âmbito das universidades, nas esferas governamentais dedicadas ao ensino médico e à organização dos serviços de saúde, bem como nas associações médicas que congregam os vários especialistas. No entanto, pouco se progrediu em relação ao estabelecimento de um mecanismo regulatório voltado para equilibrar a oferta e a demanda de especialistas.

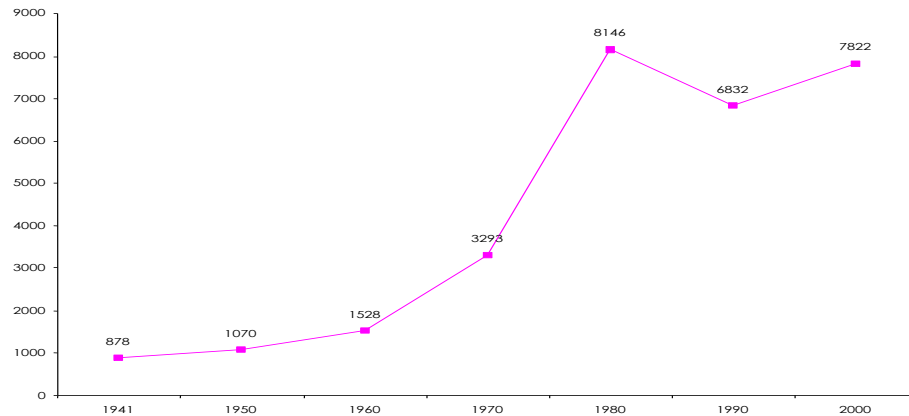
Algumas políticas foram postas em prática pelo Ministério da Educação e Cultura – MEC, com o intuito de ordenar a oferta de médicos através da regulamentação do aparelho formador, na década de 70. Assim, proibiu-se a criação de novas escolas de medicina. Dessa forma, o número de formandos, por ano, teve seu auge em 1982, com 8.146 alunos, passou por um período decrescente até 1990 e, a partir desta data, voltou a crescer, retornando hoje ao patamar de 8.000 médicos.

Até o presente, o MEC, órgão formulador e regulador das políticas de Educação, não conseguiu traçar uma política coerente de formação de médicos no Brasil, embora, desde a década de 60, se encare como problema a excessiva especialização dos mesmos. De fato, essa questão é complexa e ultrapassa a esfera educacional, uma vez que depende da definição da demanda por serviços de saúde, seja por parte do Estado, seja pela sociedade organizada, bem como dos recursos financeiros alocados. Assim, no Brasil, parece não ter sido estabelecida uma

¹ Os autores agradecem a colaboração de Lílana Ferraz Lima Gallucci (Socióloga, Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da USP), Cláudia Bernal Santos (Administradora de Empresas, Faculdades Metropolitanas Unidas – FMU), Fernando Vidoi Barbosa (Administrador de Empresas, Fundação Escola de Comércio Álvares Penteado – FECAP) e Adriana Santos Guerra (Historiadora, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC), integrantes da equipe técnica da Fundap.

política governamental para a especialização médica, por se acreditar que o mercado de trabalho se encarregaria da sua regulamentação. A idéia subjacente era a de que, somente através da queda da remuneração dos especialistas, provocada pela abundância da oferta, ocorreria uma auto-regulamentação no mercado (OPS, 1999).

Gráfico 1 – Evolução do Número de Médicos Formados no Brasil 1941-2000



Fontes: 1941 a 1970 – Gonçalves (1998); 1980 a 2000 – Fundap/ABEM.

Da mesma forma, embora o setor saúde tenha passado por um amplo processo de reforma, que culminou com a reorganização do Sistema Nacional de Saúde, em 1975, o setor educacional e, em particular, as universidades ficaram aliados deste processo. Como resultado, e aqui parece estar o cerne da questão, a política de recursos humanos em saúde ficou descoordenada em relação à política nacional de saúde.

A profissão médica passou por importantes transformações no Brasil e no mundo. Em termos gerais, a crescente capitalização do setor saúde, a partir de 1964, não exclui a intensa participação do Estado no financiamento dos serviços e a busca de um profissional especializado, bem-remunerado e com prestígio na atividade assistencial.

A especialização na área médica é um processo que ocorre após uma formação de caráter geral, sendo, portanto, alcançada após a graduação. No caso brasileiro, a condição de especialista pode ser alcançada de dois modos. O primeiro, mediante o mecanismo formal do sistema de ensino, em nível de pós-graduação: *lato sensu*, conhecido como **residência médica**, e *stricto sensu*, através da obtenção dos graus de Mestre e Doutor; e o segundo, através do reconhecimento formal, por um órgão de certificação profissional, da apropriação de conhecimentos específicos em uma determinada especialidade. Ambos os procedimentos outorgam ao postulante o título de especialista.

Para a análise da concessão do título de especialista, da perspectiva das Sociedades de Especialistas, o estudo mais aprofundado de que dispomos é o realizado por Seixas, *Estudo sobre Sociedades de Especialistas em Medicina no Brasil*, parte integrante do estudo sobre Especialização Médica na América Latina e Caribe, de iniciativa do Ministério da Saúde, através da Coordenação de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS. O autor afirma que existe grande disparidade entre as diversas Sociedades de Especialidades, no que se refere à regulação do processo de formação de especialistas, e que as Sociedades que possuem critérios próprios são mais exigentes do que a CNRM, com a utilização de sistemas de credenciamento bastante detalhados. Assim, considera que “a titulação via Sociedades de Especialistas tem um significado, para a maioria das Sociedades, ainda muito mais forte em termos de simbolismo, do reconhecimento entre os pares, do que especificamente um mecanismo efetivo de controle de qualidade da prática profissional, bem como de regulador para o controle do acesso ao mercado” (Seixas, s.d.).

De forma sucinta, a residência médica tem sido considerada a melhor forma de aprimoramento profissional e de especialização em medicina. Sua característica básica de treinamento em serviço, sob supervisão, consolida o aprendizado cognitivo e, principalmente, permite o desenvolvimento de habilidades e a vivência de atitudes que regem a conduta médica. Tanto a aquisição de conhecimento teórico quanto o desenvolvimento de habilidades podem ser alcançados ao longo da graduação médica. No entanto, a dimensão afetiva que se estabelece na relação médico-paciente, envolvendo aspectos afetivos do próprio médico, do doente, da família deste, e de sua inserção num contexto econômico e social, que definem a prática médica, só pode ser desenvolvida a partir do acompanhamento cotidiano do trabalho com a supervisão de médicos mais experientes. Assim, ao lado da condição de aprendiz, essa característica da prática médica encontra sua melhor forma de expressão na residência médica, conceituada como “modalidade de ensino de pós-graduação, destinada a médicos, sob a forma de cursos de especialização, caracterizada por treinamento em serviço, funcionando sob a responsabilidade de instituições de saúde, universitárias ou não, sob a orientação de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional” (Lei n. 6.932, 7 jul. 1981).

Uma característica específica do médico residente é a dualidade de situações que ele experimenta. É um profissional e, ao mesmo tempo, é um estudante. Assim, atua na esfera do ensino, em razão das características do conteúdo da aprendizagem do seu processo de formação, voltado à especialização, e simultaneamente atua no sistema de prestação de serviços na área da saúde, uma vez que o resultado do seu trabalho gera atos médicos. Dado esse duplo caráter, a ênfase que normalmente deveria ser dada à questão do aprendizado freqüentemente caminha em direção à exclusiva prestação de serviço, sem a supervisão requerida. Nesse caso, costuma-se dizer que o médico residente é utilizado como mão-de-obra barata, tratando-se, evidentemente, de uma distorção do sistema (Elias, 1987).

Este artigo analisa o desenvolvimento da residência médica no Brasil, com o intuito de refletir sobre a gênese, a natureza e as tendências da especialização, a partir

da sua institucionalização com a constituição da Comissão Nacional de Residência Médica – CNRM, órgão criado em 1977 com o objetivo de normatizar a especialização médica. Assim, o que se pretende depreender é se o aumento da especialização foi resultante da presença de um mercado consumidor, da pressão dos próprios especialistas ou da conjugação destes dois fatores. Isso porque, ao que tudo indica, não houve uma política explícita de adequação da formação de médicos especialistas às reais demandas de saúde da população brasileira. Nesse sentido, busca-se verificar se houve, de fato, a falta de uma política, ou a descoordenação das políticas de saúde pública e educação, o que resultaria na contradição de prover a sociedade de médicos predominantemente “generalistas”, enquanto se formavam “especialistas” nos cursos de pós-graduação. Adotamos o seguinte conceito de especialidade médica definido pela OPAS: “uma especialidade surge ou é reconhecida quando se identificou um objeto particular da prática médica que não foi abordado plenamente pelas especialidades já existentes, quando se dispõe de um conjunto de técnicas e procedimentos, e/ou quando existe um corpo mínimo de conhecimentos relevantes sobre esse objeto” (OPAS, 1999: 5). Corresponde a um conhecimento aprofundado, de caráter vertical, sobre um determinado aspecto do trabalho médico, o que o torna mais eficiente na resolução dos complexos problemas colocados em determinado campo de estudo.

Na mesma direção, o Conselho Federal de Medicina, a Associação Médica Brasileira e a Comissão Nacional de Residência Médica, engajados na uniformização dos critérios de definição das especialidades médicas e reconhecimento das mesmas especialidades, definiram especialidades como “núcleo de organização do trabalho que aprofunda verticalmente a abordagem teórica e prática de segmentos da dimensão biopsicossocial do indivíduo e da coletividade”. Por sua vez, área de atuação é conceituada como “modalidade de organização do trabalho médico, exercida por profissionais capacitados para exercer ações médicas específicas, sendo derivada e relacionada com uma ou mais especialidades”. Após amplo processo de discussão, as três entidades chegaram a um consenso, tendo sido a relação das especialidades, bem como das respectivas áreas de atuação, oficializada através da Resolução n. 1.634, de 11 abr. 2002. Foram, então, reconhecidas cinquenta especialidades.

Antecedentes

Num breve relato histórico do movimento da educação médica no Brasil, observa-se, já na década de 60, a intensificação do desenvolvimento tecnológico na área médica, em função do processo de capitalização do mesmo, com amplos reflexos na escola médica. Por outro lado, a organização da estrutura institucional das escolas em departamentos, seguindo uma das recomendações do *Relatório Flexner* (1910), acaba por acelerar e contribuir para a fragmentação do conhecimento.

Assim, enquanto os países desenvolvidos focalizavam sua atenção na explosão tecnológica, os países em desenvolvimento estavam voltados prioritariamente para o problema da escassez da mão-de-obra médica, já detectado pelo Plano Salte, em 1948, quando da elaboração do programa de trabalho do setor saúde.

Em 1957, existiam no Brasil 33.499 médicos em atividade, o que perfazia a relação de 1 médico para 2.170 habitantes (Carvalho, s.d.). Essa distribuição era muito desigual quando analisada por região geográfica, como pode ser visto a seguir, o que fazia com que o principal problema não fosse a falta (quantitativa) de médicos, mas sua má distribuição pelo território brasileiro.

Tabela 1 – Distribuição de médicos por regiões socioeconômicas brasileiras. Brasil – 1957

Regiões	Relação médico/n. hab.
Sul	1/1.548
Nordeste	1/4.608
Centro-Oeste	1/4.305
Amazônica	1/8.407
Brasil	1/2.170

Fonte: Conselho Nacional de Geografia, Conselho Federal de Medicina e Serviço Nacional de Recenseamento, apud Carvalho (1967).

Como consequência desse diagnóstico de escassez de médicos, a partir da década de 50 ocorre uma explosão no número de escolas de medicina no país, associada a uma pressão por parte de alguns segmentos da classe média para a formação de maior número de médicos. São criadas 22 novas escolas no curto período que vai de 1951 a 1964. Esse movimento de caráter expansionista perdura até o início da década de 70, quando são colocadas em funcionamento mais 37 escolas, perfazendo um total de 74 escolas de medicina em 1971. Predominam, até 1964, escolas mantidas pelo poder público, basicamente pelo governo federal, seguido pelo estadual, com características de escolas inseridas em universidades. Posteriormente, essa situação será alterada, passando o ensino médico a contar com um grande número de escolas privadas.

À ampliação da oferta de escolas de medicina seguiu-se um processo de Reforma Universitária, no bojo do qual o Conselho Federal de Medicina, através da Resolução n. 8/69, fixou novas diretrizes para o ensino médico e introduziu o internato hospitalar nas escolas, como importante passo no sentido de integrar os conhecimentos teóricos às exigências da prática.

Na época, já proliferavam no ambiente das universidades idéias a respeito da necessidade de fixar os médicos no interior do país. De acordo com Carvalho, sem um plano orientador, fosse por parte do governo, das universidades ou associações médicas, o problema da distribuição desigual entre as várias regiões brasileiras não seria resolvido. Também já alertava para que a formação do especialista – processo difícil e complexo – não se desse precocemente. Ou seja, postulava que ela fosse feita na vigência da pós-graduação avançada, e, portanto, em apenas alguns centros de pesquisa, chamados de “ilhas de excelência”.

Preocupado com o processo de fragmentação do conhecimento, Carvalho enfatiza que “com vistas à mais integral formação do médico, combate-se-lhe a

especialização precoce, a que grande número se dedicava no decorrer do curso – e tenta-se a produção do médico sistêmico, policlínico, não diferenciado, sem especialização, porém capaz de se especializar depois” (Carvalho, p. 55).

Dados referentes à distribuição dos médicos por especialidade são apresentados a seguir, de modo a evidenciar o predomínio de clínicos gerais:

Tabela 2 – Distribuição de especialistas em exercício no Brasil – 1964

Total de médicos em exercício	34.251	
Áreas Gerais:	23.431	(70,2%)
Cínica Médica Geral	13.044	39,1%
Cirurgia Geral	3.725	11,2%
Pediatria e Puericultura	3.404	10,2%
Ginecologia e Obstetrícia	3.258	9,7%
Especialidades Clínicas ⁽¹⁾	2.959	8,9%
Especialidades Cirúrgicas	1.401	4,2%
Oftalmologia e Otorrinolaringologia	1.730	5,2%
Laboratório Clínico	1.029	3,1%
Radiologia e Fisioterapia	752	2,2%
Outras Especialidades	2.093	6,2%

⁽¹⁾ Cardiologia, Gastroenterologia, Reumatologia, Hematologia, Nefrologia etc.

Fonte: Carvalho, P. (1967).

Pode-se verificar que havia uma concentração de médicos nas áreas básicas (70%), com predominância de Clínicos Gerais (39%). Carvalho pondera, ainda, que é preciso conhecer as reais necessidades de saúde da população para avaliar a significância desses dados.

Outro estudo sobre a concentração de médicos no país aponta, em 1966, a existência de um contingente de 43.500 médicos no país, sendo 23.500, ou seja, 54% concentrados nos estados do Rio de Janeiro (1 médico para 374 habitantes) e em São Paulo (1 médico para 1.166 habitantes) (Carvalho, J., 1967: 69). Esse dado nos dá a dimensão da política de recursos humanos na área médica na época, voltada totalmente para desenvolver um plano de fixação do médico nas regiões mais pobres do país. Em suma, a atenção está focalizada na distribuição geográfica dos médicos, tendo em vista atingir a relação considerada como ideal entre médicos e habitantes.

Vê-se, pois, que a questão da especialização entrou na pauta dos educadores médicos brasileiros no contexto da fixação do médico no interior. Assim, Svartman (s.d.) ressalta que o sistema de residência deveria ter alcance restrito por dois motivos: a) pelo fato de que apenas alguns hospitais universitários, considerados tecnicamente mais avançados, com pessoal altamente qualificado e com dedicação integral, deveriam ter autorização para possuir programa de residência; e b) em razão de o programa de residência, em centros universitários, reter o médico recém-formado por vários anos e de depois ele não desejar trabalhar no interior. Ou seja,

na sua visão, o sistema de residência médica não contribui para suprir a deficiência de médicos nas regiões menos desenvolvidas do país, mas, ao contrário, contribui para o fenômeno de concentração no eixo mais desenvolvido do país.

Para viabilizar a implantação do sistema de residência no Brasil, Svartman sugere “a criação de um órgão autônomo, no âmbito federal, que teria a incumbência de estruturar, selecionar e fiscalizar o programa de residência no país, bem como distribuir os recursos necessários. Seria constituído por um colegiado de professores universitários” (Svartman, s.d.: 98). Defende também que os centros autorizados deveriam estar aptos para receber verbas adicionais, da mesma forma que, aos residentes, caberia uma ajuda financeira.

Na década de 70, a questão do planejamento de recursos humanos em saúde ressurge de forma mais intensa. Em 1972, surge o 2º Plano Decenal de Saúde das Américas, que postula a saúde como direito de todos e ressalta a importância dos recursos humanos num contexto de assistência médica integral. Novas idéias sobre a educação médica surgem através da influência dos estudos realizados pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), que cria um Programa de Desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde. Em 1970, Garcia coordena um estudo pioneiro sobre a educação médica e inaugura uma linha de reflexão que mostra, entre tantos outros pontos, a prática profissional e a estrutura de prestação de serviços como fatores determinantes na formação e utilização do médico (Almeida, 1999; Feuerwerker, 1998).

A OPAS, em 1976, com o objetivo de fazer recomendações sobre a formação dos médicos, já apontava contradições entre “o produto que se deseja obter – um médico geral – e o caráter de especialistas da maioria dos professores; entre o desejo de formar médicos gerais e tendência à especialização que predominava na prática médica e que era estimulada pelos sistemas de atenção médica” (apud Feuerwerker, 1998: 56). O estudo *Princípios Básicos para o Desenvolvimento da Educação Médica na América Latina e no Caribe* finalizava com recomendações sobre a formação dos médicos, ressaltando que cabe ao governo elaborar políticas de saúde e educação superior que explicitem uma ação coordenada entre as diversas instituições, buscando o equilíbrio tanto no número de médicos, quanto na relação destes profissionais com os demais da área da saúde. Assinalava também que, sendo a prática profissional e a estrutura de prestação de serviços fatores determinantes na formação e utilização de médicos, os vários atores devem estar em sintonia com o aparelho formador. Postulava ainda que, por não haver um critério universal para fixar o número ideal de médicos, cada país deveria estabelecer suas necessidades de recursos humanos, considerando suas políticas de saúde e a organização dos serviços e evitando o desperdício de recursos financeiros. Portanto, o eixo da questão foi deslocado: da relação médico/habitante para o delineamento do perfil do profissional a ser formado, tendo em vista a política de saúde do país.

Como conseqüência, surgiram algumas experiências de inovação nos currículos de graduação, no sentido de promover uma medicina de caráter mais

generalista (e de cunho social), como as propostas de internato rural, a reorganização da Universidade Federal de Minas Gerais com o currículo compacto, em 1965, a da Universidade de Brasília, em 1966, e o Curso Experimental da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em 1968.

Ainda sob o impacto dessas recomendações, surgiu na universidade um movimento em favor da integração docente-assistencial e da inserção do processo de ensino em toda a rede de serviços. Assim, a estratégia de Integração Docente-Assistencial (IDA) apareceu num contexto que visava à interação da escola médica com os serviços de saúde num plano regional, com todos os níveis de atenção. Nessa época, foram criados no Rio Grande do Sul dois programas de Residência em Medicina Geral Comunitária (um na Unidade São José de Murialdo, outro no Hospital Nossa Senhora da Conceição), e um terceiro na Universidade Federal de Pernambuco, que perduram até hoje, como produto das reflexões de realizar uma assistência médica voltada aos cuidados básicos da população.

Em São Paulo, em 1971, é realizada uma pesquisa, pelo Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina de São Paulo, sobre o mercado de trabalho médico na região metropolitana de São Paulo. A excessiva especialização da mão-de-obra médica foi então detectada e propôs-se um padrão de formação de mão-de-obra orientado para o atendimento das patologias mais freqüentes da população brasileira (Donnangelo, 1975).

Da ótica das políticas governamentais, o MEC, preocupado com a expansão desordenada do ensino médico e também com a baixa qualidade do mesmo, principalmente na esfera privada, cria, em 1971, a Comissão de Especialistas do Ensino Médico. Esse colegiado produz vários diagnósticos sobre a situação do ensino médico com o intuito, inclusive, de definir seus objetivos, além de propor requisitos para a criação de novas escolas. Dessa forma, os vários documentos produzidos pela Comissão podem ser considerados como diretrizes políticas a serem seguidas com relação à formação de médicos, como veremos a seguir.

O primeiro desses documentos, publicado em 1972, fazia a análise do processo de expansão da rede de ensino e propunha disciplinar o processo de formação dos médicos, de forma a preservar a qualidade do ensino. Recomendava que fosse “contido o processo de criação de escolas, pelo prazo mínimo de três anos” (*Documentos do Ensino Médico*, 1989: 39) e fornecia subsídios para a fixação dos requisitos mínimos de funcionamento das escolas. Em relação à oferta de médicos no país, concluiu que a relação médico/habitante havia aumentado, mas que isto não afetava a distribuição destes profissionais pelas diversas regiões do país, uma vez que os médicos continuavam concentrados no eixo São Paulo/Rio de Janeiro. Portanto, a busca da solução para o problema de colocar médicos em municípios carentes não estava atrelada ao aumento das escolas de medicina.

O segundo documento, publicado em 1974, deu ênfase ao Ensino Médico e Instituições de Saúde, sendo a idéia nuclear reforçar a tese do binômio ensino/serviço na formação do médico. Com o objetivo de contribuir para que as idéias de prevenção de doença e promoção de saúde passassem a ser objetivos

essenciais na formação do médico, sugeriu, inclusive, que os hospitais universitários não fossem mais mantidos com verbas exclusivas da Educação, mas que, como órgãos prestadores de serviços à coletividade, devessem ter também um custeio através da Saúde. Como resultante, o MEC firmou um convênio com o Ministério da Previdência Social, em 1974, para utilizar a sua rede hospitalar – a maior do país – como campo de treinamento dos médicos, em nível de graduação e de pós-graduação. Assim, esse Protocolo, também conhecido como convênio-padrão, solidificava a união entre o sistema formador e o principal prestador de assistência médica no país. Por ele, os hospitais de ensino passaram a atender a população previdenciária e a receber por este atendimento. Essa medida visava também a aumentar a oferta de leitos hospitalares para o ensino médico e terá conseqüências para o ensino médico especializado, no sentido de contribuir para agravar o desequilíbrio com relação ao número de especialistas no país, como veremos adiante.

O documento n. 3, elaborado em 1976, é dedicado ao Internato e à Residência. O Internato é definido como o último período do curso médico, no qual se instaura um regime de treinamento prático intensivo, em hospitais de ensino ou instituições de prestação de serviço médico, sob supervisão docente contínua. Já a Residência Médica é conceituada como “uma forma de ensino pós-graduado pela qual o médico recém-formado, no cumprimento de um programa específico, deve aperfeiçoar-se no exercício da profissão, trabalhando em regime de dedicação exclusiva, em serviços hospitalares universitários ou não, sob orientação de professores ou de outros médicos de reconhecida competência, de experiência amadurecida e de elevado conceito do ponto de vista ético. Constitui a residência o mais recomendável dos meios para a formação do especialista” (Documento, 1976: 79). É importante frisar que a Residência Médica foi considerada um período complementar ao Internato, sendo um em nível de graduação e outro em nível de pós-graduação, ambos caracterizados pela idéia de treinamento prático sob orientação.

Ao estabelecer que as escolas médicas estão orientadas para a formação de médicos generalistas, capazes de atender aos problemas de saúde prevalentes no meio, ressalta que os recém-formados não estão saindo de seus cursos médicos habilitados ao desempenho das atividades profissionais, tendo em vista a baixa qualidade do ensino, sobretudo nas escolas privadas. Isso posto, a Residência Médica deixa de ser uma opção apenas para os que querem se especializar e passa a adquirir um caráter de “complementação quase obrigatória de um curso de graduação insuficiente, para cujas falhas o Internato não é capaz de servir de corretivo” (Documento, 1976: 82). Mais do que isso, explicita que o principal consumidor do produto fornecido pelas escolas médicas – o Inamps – exigia em seus concursos profissionais a Residência Médica, embora a metade dos seus atendimentos fosse serviço ambulatorial e, portanto, devesse ser realizado por médicos generalistas. Em suma, conclui que o mercado de trabalho – público e privado – agia no sentido de pressionar os recém-formados à especialização.

Esse documento apresenta uma proposta de regulamentação oficial da Residência Médica, dado o interesse declarado tanto pela Associação Médica

Brasileira (AMB) e Associação Nacional dos Médicos Residentes (ANMR), criada em 1967, como também pela Associação Brasileira de Ensino Médico (Abem), que já se tinha pronunciado sobre a questão, em 1964. Assim, estabelece-se que “dentro da filosofia do Sistema Nacional de Saúde, a Comissão Nacional [de Residência Médica] deverá estabelecer, na medida do possível, a regionalização dos programas de Residência, sob a égide das Secretarias Estaduais da Saúde, com vistas à recomendada integração docente-assistencial e à colocação do maior número, se não da totalidade dos recém-graduados, nos seus respectivos campos de treinamento, sob supervisão efetiva” (Documento, 1976: 90). Como se pode concluir, a preocupação com a concentração de médicos em centros urbanos mais desenvolvidos ainda estava presente.

O último Documento da Comissão de Especialistas, produzido na década de 70, é voltado exclusivamente para o ensino médico (1977). Retomou a questão da explosão das escolas de medicina e ressaltou a necessidade de ajustar a formação de recursos humanos às necessidades de saúde da população, num contexto que garantisse o acesso e a qualidade das medidas de saúde a toda a população. É preciso lembrar que, já em 1977, a Organização Mundial de Saúde, em conferência realizada em Alma-Ata, lançara o desafio de “Saúde para todos no Ano 2000”. Esse documento assinalou que os órgãos formadores deveriam considerar “o equilíbrio entre a formação, utilização e distribuição dos recursos humanos. Obviamente, a utilização e a distribuição decorrem de medidas que escapam à ação direta dos órgãos formadores” (Documento, 1977: 104).

Desse modo, o estudo sugere que os órgãos formadores deveriam definir uma política de formação acoplada a uma política de saúde claramente definida – no caso, o Sistema Nacional de Saúde. E alerta para o fato de que o “subsistema formador poderá tomar consciência de estar lançando no mercado de trabalho um número de profissionais muito abaixo ou muito acima das necessidades da população e assim é fundamental que as decisões em direção à formação de maior número de profissionais somente sejam tomadas após exame cuidadoso e minucioso da capacidade de oferta do subsistema formador e da capacidade de absorção dos órgãos utilizadores” (Documento, 1977: 106).

Com respeito à questão do número de médicos desejável (10 médicos para 10.000 habitantes), considera que esta relação poderá ser alcançada no ano 2000, mantendo-se o índice de 8.000 formandos por ano nas décadas de 80 e 90. O documento termina enfatizando a necessidade de regionalização dos serviços de saúde, em termos da sua reorganização com base em crescentes níveis de complexidade, tendo em vista racionalizar os gastos em saúde, que são crescentes em todos os países. Argumenta que o gasto é crescente em função da elevação de seus custos, graças principalmente à introdução contínua de novas tecnologias por parte dos especialistas, e da universalização do acesso a populações antes excluídas, aumentando a demanda.

Chama para o ponto central das discussões, a partir da metade da década de 80, a pressão pelo aumento do gasto em saúde e a tendência de proliferação de serviços

médicos de pequeno e médio porte, sofisticados instrumentalmente, subespecializados, complexos e instalados nas capitais e grandes centros urbanos, em detrimento de unidades de saúde mais simples, espalhadas pelo território e conectadas com centros médicos de maior complexidade.

A Comissão de Ensino Médico produz mais um documento, em 1979, tendo como núcleo de reflexão o hospital de ensino. Inicia o estudo com a constatação de que o MEC não definiu uma política para os hospitais universitários (que desempenham função tríplice de assistência ao paciente, docência e pesquisa), nem uma política de financiamento, dados seus elevados custos. Considera que o hospital de ensino deveria estar inserido num sistema regional de assistência, uma vez que é peça essencial para a educação e para a prestação de serviços. Dessa forma, poderia ser solucionado o problema do balanceamento entre a verticalização da assistência, no caso dos hospitais, e a horizontalização, no caso do cuidado primário. Assim, o custo do hospital universitário não deveria ser bancado apenas pelo MEC, mas também pelo órgão encarregado da prestação de serviços.

Ao comentar a necessidade de um planejamento nos hospitais universitários – tão contrário à ideologia dos médicos e, principalmente, dos professores de medicina –, o documento ressalta que o setor de formação de recursos humanos deveria estar preparado para absorver mais rapidamente as mudanças que ocorrem no setor prestador de serviços. Ou seja, reitera a importância de uma articulação entre os dois setores com vistas à otimização dos recursos.

Os dados da Tabela 3 mostram a predominância de médicos nas áreas básicas em atividade no Brasil. Assim, em 1971, existiam 56.388 médicos: os clínicos representavam 29,9%; os cirurgiões gerais, 20,4%; e os pediatras, 7,0%, como mostra a Tabela 3.

Tabela 3 – Número de médicos por especialidades em atividade no país e na capital

	1971			
	País		Capitais	
	Número (1)	%	Número (2)	(2/1)
Total	56.388	-	36.330	64,4
Clínica Médica	16.779	29,9	6.909	39,4
Clínica Cirúrgica	11.505	20,4	5.610	48,8
Ped. e Puericultura	3.963	7,0	2.107	50,9
Saúde Pública	263	0,5	155	58,9
Patol. Clínica	1.308	1,8	642	61,8
Radiol. Fisiol.	740	1,3	374	50,5
Anest. e Gasot.	1.262	2,2	604	47,9
Outras	737	1,3	461	62,6
Não declaradas	20.101	35,6	19.658	97,8

Fonte: Divisão de Epidemiologia e Estatística da Saúde – Ministério da Saúde. In: Sayeg (1987).

A concentração de médicos nos centros urbanos (64,4%) e a necessidade de priorizar a formação de médicos generalistas são objeto de grande preocupação, como indicam os vários estudos realizados na época (Mello, 1978; Sayeg, 1978; Chaves, 1978; Santos, 1978). Todos esses autores criticam a tendência à excessiva especialização do atendimento médico, acirrada pela política executada pelo Ministério da Previdência e Assistência Social.

A formação do médico generalista

Enquanto no Brasil as discussões giram em torno do perfil do médico a ser formado, no cenário mundial ocorre um movimento de renovação do ensino médico, tendo em vista interromper a excessiva especialização do profissional, ainda resultante da reforma flexeriana, sob a motivação dos custos crescentes da atenção médica. Assim, mesmo nos Estados Unidos e também no Canadá, surgem ações visando a recuperar o chamado *Médico de Família*, com reflexos em muitos países. Dessa forma, sob influência dos modelos importados de outros países, os debates nos meios acadêmicos enfatizavam a necessidade de formar maior número de médicos generalistas do que especialistas.

Iniciado na década de 70, o movimento em direção à integração entre os serviços e as escolas médicas prosseguiu. Em 1986, a OPAS realizou mais um estudo, denominado *Análise Prospectiva*, desta vez com sessenta escolas de medicina, sob a coordenação de Ferreira. Entre outras coisas, o autor concluiu que as escolas continuavam desvinculadas dos serviços e da realidade de saúde na região em que atuavam. Esse mesmo autor apontou uma contradição estrutural da educação médica, qual seja, moldar o estudante à ideologia e às práticas socialmente mais valorizadas, das quais os professores de medicina são os principais protagonistas. Assim, em razão de seu status, os docentes – profissionais bem-sucedidos – passam a reproduzir seus valores, transmitindo-os aos discentes. No entanto, as perspectivas do mercado de trabalho para o futuro profissional já se alteraram, resultado de inúmeras variáveis. Em suma, essa volatilidade do mercado de trabalho não é apreendida pela escola de medicina.

Da perspectiva da universidade brasileira, a Abem promoveu uma série de seminários sobre o perfil do profissional a ser formado pelas escolas médicas, tendo em vista a reestruturação do sistema de saúde em curso. Assim, em 1973, organizou um debate sobre *A Formação do Médico de Família*. Postulava que as escolas médicas deveriam ter como objetivo, nos cursos de graduação, a geração de um médico “capaz de identificar a sócio-patologia do grupo familiar a partir de seus membros, atuando em um nível de atendimento primário integral, como médico de primeiro contato; capaz de coordenar equipe multiprofissional de saúde no trabalho de promoção, proteção e recuperação da saúde do paciente e de sua família; capaz de assumir a responsabilidade do atendimento do paciente e de sua família, encaminhando-o segundo suas necessidades a diversos especialistas, supervisionando a participação desses diversos profissionais, garantida a continuidade do atendimento graças ao seu vínculo permanente com a família”.

Em 1978, a Abem organizou, em Campinas, novo seminário em torno do tema da *Formação do Médico Generalista*. Nele não se chegou a um consenso com relação à denominação do médico a ser formado: médico de família, médico prático geral, clínico geral, médico generalista, médico de cuidados primários, médico de cuidados de primeira linha, entendendo-se que a cada expressão correspondia um tipo diferente de médico.² De maneira geral, o médico geral ou de família era o termo de maior aceitação. Também havia controvérsia sobre a qual prática respondia esse médico: prática da medicina familiar, medicina comunitária, medicina preventiva, medicina integral, medicina de saúde pública, saúde comunitária (Mello, 1978). Ressalvou-se que a idéia não era extinguir a figura do especialista, a questão tinha sido formulada no sentido de ser primordial o aumento do número de profissionais com ampla visão dos problemas da saúde e que incorporassem em sua prática profissional conhecimentos preventivos.

Enfatizou-se ainda que as distorções existentes no sistema, em direção à especialização, ocorriam em função da atuação do Inamps, “pela ausência de médicos generalistas em tarefas que são executadas, inadequadamente, por especialistas” (Mello, 1978: 74), e pelo fato de que “quanto maior a especialização do profissional, maior o nível de remuneração. Quanto mais se aproxima o profissional da figura do médico generalista, menor será a remuneração paga pela Previdência Nacional” (Mello, 1978: 77), em função do pagamento corrente por unidade de serviço.

A conclusão era que tornava-se cada vez mais evidente a injustiça de atribuir exclusivamente às escolas médicas a responsabilidade pela formação de especialistas, já que o mercado de trabalho apontava naquela direção. Ou seja, os rumos privatizantes da assistência médica é que valorizavam a especialização, e a forma possível de reverter esta situação seria, na esfera educacional, colocar o estudante em contato com a realidade de saúde do país, por meio da regionalização docente-assistencial.

O que se propunha, então, era a “figura do médico generalista como a chave da coordenação da assistência médica de seus pacientes” (Chaves, 1978: 114). Ou seja, a fragmentação das especialidades médicas poderia significar a melhoria da prestação dos serviços, num sistema bem-integrado, mas poderia ser somente um fator para o encarecimento dos mesmos, quando o sistema não fosse bem-coordenado. Discutiu-se também que cada país deveria estabelecer o equilíbrio entre generalistas e especialistas, uma vez que “quanto menor for o espectro de atividades de alçada do generalista, maior necessidade de especialistas, e vice-versa” (Chaves, 1978: 120).

Com relação ao aspecto da formação do médico generalista, não houve entendimento: a maioria considerava que este seria formado na graduação, e uma minoria propôs a formação na residência médica. Os primeiros defendiam o argumento de que todo especialista deve ser, em primeiro lugar, médico geral, apto

² Na verdade *general practioner* na Inglaterra, *family physician* no Canadá e *omnipraticien* na França (Chaves, 1978: 118).

a exercer a medicina geral. Já os demais baseavam-se na concepção de que os cursos de medicina não são suficientes para preparar o médico para o exercício profissional, pois formam um médico indiferenciado. Nesse sentido, advogavam ser a “medicina geral” uma especialidade como as demais, apenas dedicada aos cuidados primários. Assim, “a medicina interna tanto pode ser uma fonte importante de subespecialistas, como de médicos de cuidados primários, dependendo de opções de carreira” (Chaves, 1978: 117). Subjacente a esses enfoques estava sempre presente a discussão sobre a não-transferência, para a residência médica, da característica de terminalidade do curso médico, e o não-prolongamento em demasia da formação deste médico.

No entanto, mesmo que houvesse consenso sobre o perfil do médico generalista a ser formado, a principal questão passaria a ser como ensinar a medicina geral, uma vez que “o sistema de educação médica é um sistema de auto-replicação. Especialistas geram especialistas” (Chaves, 1978: 121). Isso porque os altos custos gerados pelo fracionamento do trabalho médico em várias especialidades são agravados pelo fato de que o número de especialistas se amplia constantemente, apenas pela ação das escolas médicas que os graduam de forma contínua, resultante do efeito-demonstração de seus docentes em relação ao corpo discente.

Entre os motivos que estariam contribuindo para o quadro de excessiva especialização, Sayeg destaca a influência dos docentes em relação ao aprendizado e ao comportamento dos estudantes. A relação professor-aluno não pode ser desprezada em função somente de questões de mercado de trabalho. Porque é nas escolas que o aluno aprende, ou não, a encarar o paciente como um mero “bom ou mau caso”, ou como um “laboratório vivo”, contabilizado apenas como número. Ao mesmo tempo, durante esse período de aprendizagem, estará fazendo uma auto-avaliação, em termos de suas próprias destrezas, aptidões e capacidades, com o objetivo de compará-las aos requisitos exigidos para a atuação profissional, em cada uma das especialidades com as quais entra em contato. E o que talvez seja um ponto pouco explorado, embora de fundamental importância, é que, ao fazer a escolha final, estará também avaliando as perspectivas que tem de permanecer no próprio ambiente da escola médica onde se graduou, ainda que em tempo parcial. Em síntese, a opção por uma dada especialidade faz-se durante a graduação médica e, dependendo da maturidade do aluno, será definitiva. Entre as variáveis que interferem nessa escolha, Sayeg sugere que não devemos descartar “autoconceito, que é fundamental, influências psicológicas paternas, as imagens dos professores, as oportunidades do mercado de trabalho, os modismos, os ambientes social, profissional e tecnológico, o *status*, a segurança de um desempenho gratificante com menores riscos” (Sayeg, 1987).

Como vimos, nos estudos citados, sempre houve preocupação em se buscar um equilíbrio entre a formação de médicos, a prática profissional e a organização dos serviços, tendo em vista atender às necessidades de saúde da população brasileira, considerando-se os consideráveis desequilíbrios regionais. O médico generalista teria, então, a função de ser um elemento de conexão, voltado para um atendimento polivalente, difícil de ser preparado para essas práticas. Considerava-

se que essa também seria uma especialidade, já que não correspondia a uma junção fragmentária de vários currículos. Assim, o médico generalista dedicar-se-ia a uma especialidade extensa, de caráter *horizontal*, abrangendo várias áreas da medicina, e não a uma especialidade *verticalizada*, voltada para um campo restrito, como são as outras especialidades.

A preocupação perdura até hoje, na ausência de um sistema de prestação de serviços de cuidados primários acoplado ao ensino médico; ou seja, fora do âmbito dos hospitais de ensino, é impossível formar um médico generalista. E mais do que simplesmente formá-lo, é imprescindível resgatar sua legitimidade perante seus pares, a sociedade, os dirigentes públicos, entre outros.

No cenário mundial, as Conferências de Edimburgo, realizadas em 1988 e 1993, continuam a enfatizar a necessidade de aproximação da escola médica com as necessidades dos serviços, sem no entanto descuidar-se do componente científico da formação dos médicos. Num contexto de contenção do gasto público e de menor intervenção do Estado na área social, característico da década de 90, os relatórios produzidos ressaltam que é necessário superar esta dualidade de orientar o sistema para formar especialistas ou generalistas, já que as mudanças na ciência e na qualidade da medicina exigem o reposicionamento dos profissionais no sentido de valorização crítica da determinação tecnológica do trabalho. Defendem, assim, a necessidade de um equilíbrio e correta distribuição entre especialistas e generalistas.

No Brasil, como vimos, os planejadores de recursos humanos já haviam revelado, desde a década de 50, uma preocupação em promover ações que pudessem fixar o médico no interior do país, e a especialização, ainda que de forma indireta, estaria resultando numa concentração de profissionais nos núcleos urbanos, já que necessitam de equipamentos, instalações e do convívio com os outros especialistas para atuarem de forma plena. Sem mencionar a convergência de mercados prestadores e consumidores desses serviços especializados nos centros formadores, isto é, as próprias escolas de medicina, também concentradas em grandes cidades da região Sudeste.

Nesse contexto, o Programa de Saúde da Família (PSF) deve ser considerado uma importante iniciativa do Ministério da Saúde para reorganizar a prática assistencial em novos patamares, ou seja, o foco está na família e, principalmente, em ações preventivas e educativas. A primeira etapa de implantação do programa é de 1991, por intermédio do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Em 1994, foram criadas as primeiras equipes multiprofissionais do PSF, compostas minimamente por um médico generalista ou médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e por quatro a seis agentes comunitários de saúde. É importante ressaltar que muitas instituições de ensino, principalmente universitárias, interessadas em se adequar a essas novas diretrizes, buscaram implantar um programa de residência médica em Saúde da Família. No entanto, encontraram resistências por parte da Comissão Nacional de Residência Médica, que apenas autorizou o credenciamento de tais programas desde que enquadrados em programas de Medicina Geral Comunitária.

Da mesma forma, o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS), criado em 2001, integra a estratégia do Ministério da Saúde em estimular a reorganização da Atenção Básica de Saúde no país e, principalmente, busca inserir os profissionais da área da saúde em regiões onde o Programa de Saúde da Família não pode ser implantado a contento. Em 2002, o Ministério deverá ampliar o programa mediante a concessão de incentivos financeiros aos profissionais selecionados, associados a programas de educação continuada, garantia de moradia, alimentação e transportes adequados (Ferreira, 2001).

Finalmente, cabe aqui lembrar um projeto educacional desenvolvido desde 1991 pelas escolas médicas, com o objetivo de avaliar o ensino médico pelo prisma da sua qualidade e em todas as suas etapas até o produto final. Trata-se da Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação Médica (Cinaem), composta de representantes de onze das principais entidades da área médica (Basile, 1998), que conta com a adesão voluntária das escolas médicas.

Um dos resultados mais significativos a favor das mudanças no ensino médico, a partir de um movimento desencadeado pela Cinaem, foi a aprovação pelo Conselho Nacional de Educação e homologação pelo Ministério da Educação das “Diretrizes curriculares nacionais para os cursos de medicina”, em 2001, após um período de quatro anos de debates. E, como conseqüência, o Programa de Incentivos a Mudanças Curriculares em Medicina (Promed), lançado em conjunto pelos Ministérios da Educação e da Saúde, em 2002. Com o objetivo de adequar o médico à nova realidade da saúde brasileira, o programa recomenda algumas mudanças pedagógicas e se propõe a financiar projetos encaminhados pelas escolas, ainda no decorrer de 2002.

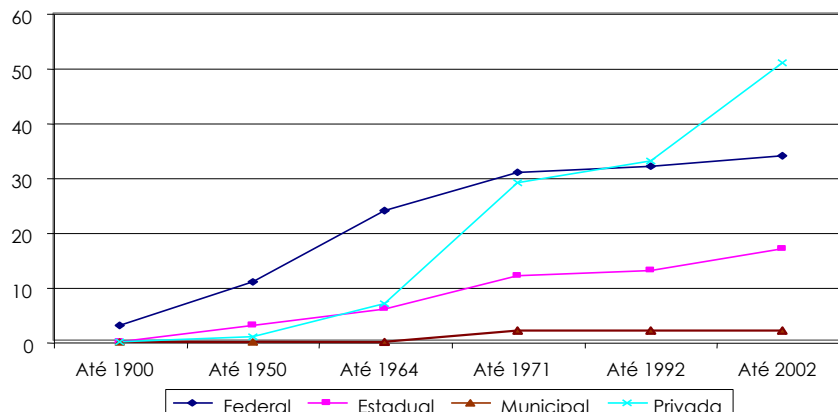
Situação atual

Em face dessa situação e tendo em vista o debate, iniciado na década de 70, sobre novas idéias quanto aos futuros rumos da educação no Brasil, a situação atual da formação médica será evidenciada a seguir.

Com relação ao aparelho formador de médicos, o contingente de escolas de medicina, inclusive privadas, começou a crescer a partir de 1964. Assim, após um período de certa estabilidade, como já vimos, ocorre um novo “surto” de escolas de medicina, sendo então criadas mais 24 escolas, basicamente privadas. O Gráfico 2 apresenta os resultados da expansão da rede de escolas.

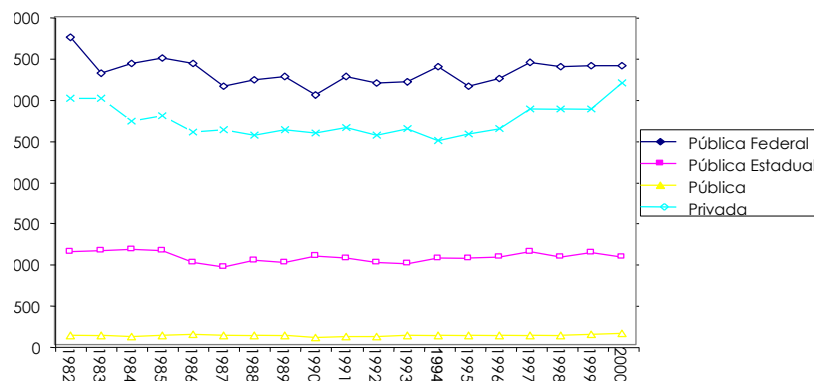
Assim, no momento atual, praticamente metade das escolas existentes no país é particular, correspondendo ao chamado “processo de privatização do ensino”. Se considerarmos as 104 escolas de medicina existentes, verifica-se que o poder público federal reduziu sua esfera de influência, ao passo que a iniciativa privada passou a desempenhar papel cada vez mais preponderante.

Gráfico 2 – Evolução do Número de Escolas Médicas por Natureza Brasil



Com relação ao número de médicos formandos, o Gráfico 3 também é significativo, ressaltando-se que a esfera federal ainda detém um número maior de formandos.

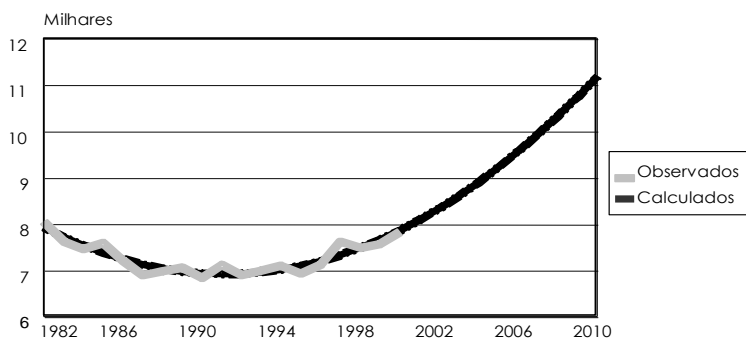
Gráfico 3 – Evolução do número de formandos em medicina por entidade mantenedora



Os dados nos mostram que o número de formandos hoje é de 7.822, e as matrículas iniciais nos cursos médicos são de 9.947, em 2000. A seguir, apresentamos uma projeção³ do número de formandos e de matrículas iniciais, que supõe a manutenção da situação atual, seja em número de escolas médicas, seja em número de vagas nos vestibulares.

3 A metodologia utilizada para a realização da projeção encontra-se descrita no final do artigo.

Gráfico 4 – Formandos



Com relação à distribuição dos médicos pelas várias especialidades, atualmente o Conselho Federal de Medicina contabiliza um total de 135.821 médicos em condições de exercício profissional, sendo 47% nas áreas básicas.

Tabela 4 – Número de especialistas no Brasil em 2002

Especialidade	Número	%
Ginecologia e Obstetrícia	25236	18,58
Pediatria	15421	11,35
Medicina Interna ou Clínica Médica	12575	9,26
Cirurgia Geral	9306	6,85
Medicina do Trabalho	6964	5,13
Cardiologia	5976	4,40
Anestesiologia	5603	4,13
Ortopedia e Traumatologia	4981	3,67
Oftalmologia	4668	3,44
Psiquiatria	3926	2,89
Subtotal	94656	69,69
Otorrinolaringologia	2628	1,93
Cirurgia Plástica	2605	1,92
Radiologia e Diagnóstico por Imagem	2558	1,88
Dermatologia	2417	1,78
Angiologia e Cirurgia Vascular	2023	1,49
Urologia	2000	1,47
Gastroenterologia	1872	1,38
Neurologia	1841	1,36
Nefrologia	1474	1,09
Endocrinologia	1459	1,07
Pneumologia	1260	0,93
Homeopatia	1248	0,92
Neurocirurgia	1230	0,91
Hematologia e Hemoterapia	1096	0,81
Patologia	1092	0,80

Continua...

Tabela 4 – Continuação

Especialidade	Número	%
Medicina Intensiva	1009	0,74
Infectologia	927	0,68
Reumatologia	798	0,59
Cancerologia	728	0,54
Endoscopia Digestiva	641	0,47
Proctologia	634	0,47
Patologia Clínica/Medicina Laboratorial	630	0,46
Cirurgia Pediátrica	621	0,46
Medicina Sanitária	616	0,45
Cirurgia Cardiovascular	596	0,44
Alergia e Imunologia	529	0,39
Cirurgia do Aparelho Digestivo	515	0,38
Fisioterapia	494	0,36
Geriatria	470	0,35
Mastologia	405	0,30
Acupuntura	399	0,29
Medicina Geral Comunitária	397	0,29
Cirurgia Torácica	357	0,26
Medicina do Tráfego	319	0,23
Citopatologia	316	0,23
Tisiologia	312	0,23
Administração Hospitalar	302	0,22
Medicina Esportiva	288	0,21
Cirurgia de Cabeça e Pescoço	283	0,21
Medicina Legal	267	0,20
Eletroencefalografia	234	0,17
Radioterapia	231	0,17
Medicina Nuclear	217	0,16
Neurologia Pediátrica	210	0,15
Nutrologia	208	0,15
Cirurgia da Mão	95	0,07
Hansenologia	90	0,07
Genética Médica	83	0,06
Neurofisiologia Clínica	76	0,06
Brancoesofagologia	36	0,03
Sexologia	21	0,02
Foniatría	8	0,01
Total Geral	135821	100,00

Fonte: Conselho Federal de Medicina.

Pode-se observar que, embora haja grande número de especialidades (62), 70% dos médicos têm prática profissional concentrada em apenas dez especialidades. Isso indica que está ocorrendo um intenso processo de diversificação e fragmentação do conhecimento, uma vez que um número elevado de especialidades aglutina um número reduzido de especialistas (OPAS, 1999).

O Resultado da Atuação da Comissão Nacional de Residência Médica

Nesta seção, passamos a focalizar alguns aspectos da atuação da CNRM, começando por discutir a questão: deve ou não ser a residência médica uma extensão obrigatória da formação médica? A seguir, será analisado o processo de expansão da residência médica, em termos de instituições, programas e oferta de vagas iniciais das várias especialidades, com o objetivo de ressaltar suas tendências. Não podemos esquecer que a residência médica é a principal fonte de formação de especialistas, colocando-os anualmente no mercado de trabalho.

Resultante de um processo de difusão generalizada na estrutura do ensino médico, a residência médica foi introduzida no país em 1944, de forma simultânea nos dois grandes centros urbanos: em São Paulo, no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, e no Rio de Janeiro, no Hospital dos Servidores do Estado (Ipase).

Após um período inicial de implantação e expansão, a residência médica cresce de forma desordenada, de modo que, vinte anos depois, a Abem se preocupava com seus rumos. Assim, propôs a criação de uma comissão para supervisionar esse crescimento, ao mesmo tempo em que se encarregaria de elaborar normas e requisitos mínimos para a residência médica. Essa idéia, como já vimos, foi defendida também pela Comissão de Ensino Médico que, em 1976, recomendou a criação da Comissão, uma vez que reconheceu a falta de um órgão para cuidar do reconhecimento e fiscalização dos programas, além da validação oficial dos diplomas de especialistas. Até essa época, cabia à Associação Médica Brasileira (AMB) o reconhecimento e atribuição do título de *especialista*.

A participação dos médicos residentes foi a alavanca da criação dessa comissão. A instituição da CNRM pode ser atribuída ao movimento dos residentes, através da deflagração de uma greve nacional. Isso porque, dada a precariedade do ensino médico em muitas escolas, com reflexos no treinamento prático de seus alunos, e em razão também da competitividade do mercado de trabalho, cada vez mais especializado, a busca por um programa de residência médica se intensificava. Daí, o interesse em estabelecer critérios mais rigorosos para sua regulamentação.

Nesse contexto, o Decreto n. 80.281, de 1977, cria a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), no âmbito do MEC, mas de caráter interministerial, contando com a participação de representantes do ensino médico (Departamento de Assuntos Universitários, Comissão do Ensino Médico e Abem), dos serviços de saúde (Ministério da Saúde e da Previdência e Assistência Social), além de organismos representativos da classe médica (Associação Médica Brasileira, Federal Nacional dos Médicos, Conselho Federal de Medicina) e dos próprios residentes (Associação Nacional dos Médicos Residentes – ANMR).

Esse mesmo decreto estabelece que os programas de residência médica serão desenvolvidos, preferencialmente, em uma das seguintes áreas: Clínica Médica, Cirurgia Geral, Pediatria, Obstetrícia e Ginecologia, e Medicina Preventiva ou Social.

Inaugura-se, então, um novo período para a residência médica no Brasil, cabendo a essa Comissão a tarefa básica de estabelecer requisitos mínimos, fixar os critérios e a sistemática de credenciamento dos programas, bem como credenciar e avaliar os referidos programas. Dessa forma, o papel da CNRM é duplo, no sentido de que atua como instância reguladora da especialização médica e como definidora da política nacional nesta área.

Através da Resolução n. 4/79, a CNRM estabeleceu que os Programas de Residência Médica (PRMs) adotariam as seguintes modalidades:

- **residência por área**, com preferência para a Clínica Médica, Cirurgia Geral, Pediatria, Obstetria/Ginecologia e Medicina Preventiva ou Social;
- residência por especialidade de uma determinada área.

Posteriormente, a Resolução n. 01/81 estabelecerá as especialidades médicas credenciáveis como Programas de Residência Médica, a saber:

- com acesso direto: Anestesiologia, Anatomia Patológica, Doenças Infecciosas e Parasitárias, Oftalmologia, Ortopedia e Traumatologia, Otorrinolaringologia, Psiquiatria e Radiologia;
- com pré-requisito em uma das áreas básicas: Cardiologia, Cirurgia Cardiovascular, Cirurgia Pediátrica, Cirurgia Plástica, Cirurgia Torácica, Cirurgia Vascular Periférica, Dermatologia, Endocrinologia/Metabologia, Medicina Física e Reabilitação, Gastroenterologia, Geriatria/Gerontologia, Hematologia/Hemoterapia, Nefrologia, Neurocirurgia, Neurologia, Oncologia, Patologia Clínica, Pneumologia, Proctologia, Reumatologia e Urologia.

A Resolução n. 07/81 acrescentará a essa lista de especialidades médicas o Programa de Residência Médica em Medicina Geral Comunitária. Esse programa, incluído na categoria de especialidade, estava voltado para atividades na comunidade, em unidades de cuidados primários à saúde e em unidades de cuidados secundários e terciários. Esse profissional, conceituado como o “médico geral comunitário”, respondia à demanda pelo atendimento integrado à família, centrado em cuidados básicos de saúde, englobando conhecimentos das seguintes especialidades: Clínica Médica, Ginecologia/Obstetria, Pediatria, Cirurgia Geral e Medicina Preventiva e Social. Nesse sentido, correspondia ao propalado perfil do médico generalista e seria formado em nível de pós-graduação.

Assim, a CNRM estabeleceu um total de 35 programas de residência médica credenciáveis, sendo cinco por área e trinta como especialidades. Posteriormente, outras especialidades foram surgindo, passando a ser consideradas como “excepcionalidade”.

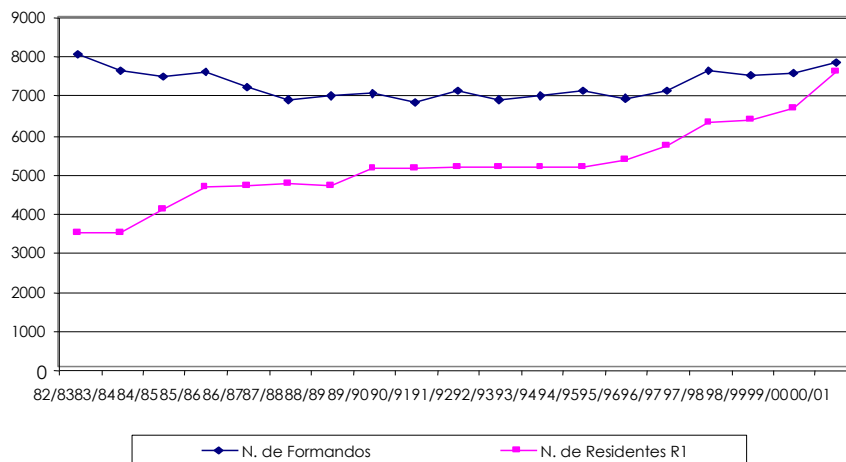
Fixados esses parâmetros gerais, a CNRM passa a atuar no sentido de fixar os requisitos mínimos para cada Programa de Residência Médica (PRM), seja nas áreas mencionadas acima, seja nas especialidades. Além disso, estabelece a sistemática de credenciamento das instituições e dos PRM e passa a credenciar ou não os programas, em função das solicitações a ela encaminhadas.

Assim, de acordo com Tavares (primeiro secretário-executivo da CNRM), foram encaminhados 634 pedidos de credenciamento; dos 427 apreciados (66%), 18% foram credenciados sem restrições, 29% credenciados com exigências, 1% credenciado em situação provisória, 30% estavam em diligência e 22% não foram credenciados. Do total credenciado, 42%, isto é, 87 programas são das quatro áreas básicas (Tavares Neto, 1981). Os médicos residentes foram convocados a melhorar a residência médica, para zelar pela qualidade da supervisão oferecida, pois caso isto não ocorresse, o médico residente deixaria de pertencer a esta categoria e passaria a ser apenas médico. Portanto, a posição da CNRM era a de contribuir para a melhoria do sistema vigente até então, que tinha resultado na exploração do médico residente como mão-de-obra.

Retornando à questão da tese, não declarada, mas inferida, de que a residência médica deve ser uma extensão praticamente obrigatória da formação médica, veremos em que medida a CNRM está contribuindo para que tal aconteça. Vários motivos são arrolados nesse sentido, indo desde a baixa qualidade do ensino médico, provocada pela privatização das escolas médicas, até a expansão do conhecimento médico, passando pela terminalidade do curso médico e pela definição do perfil do médico a ser formado na graduação.

Dessa forma, comparando o contingente de médicos formados com a evolução do número de residentes de primeiro ano (R-1), de acordo com os dados produzidos pela CNRM, estar-se-ia chegando, em 2001, a uma oferta que abrangia 97% dos recém-formados. Ou seja, muito em breve, a totalidade dos médicos formados no país poderia cursar a residência médica, retirando dela o caráter optativo, como pode ser visto nos dados abaixo apresentados.

Gráfico 5 – Evolução do Número de Formandos e Residentes R1

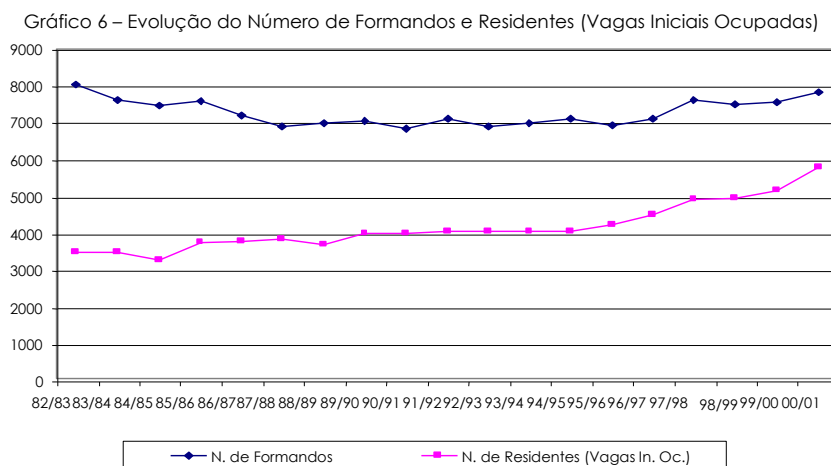


Os dados mostram que a relação passou de 2,31 formandos/R-1, em 1983, para 1,03, em 2001. Ou seja, a situação inicial era de 8.043 formandos para 3.480 residentes de primeiro ano, e hoje estamos com 7.822 formandos e 7.595

residentes. No entanto, a nosso ver, esses dados não refletem a real oferta de vagas para médicos recém-formados, tendo em vista o modo como são coletados. Isso porque a CNRM contabiliza residentes de um determinado ano e não as vagas iniciais para cada um dos programas de residência médica. Tal fato ocorre porque não há nem uma terminologia uniforme para o que se convencionou chamar de residente de primeiro ano, entre as várias instituições, nem um único procedimento no que diz respeito à forma de acesso àquele programa. Assim, em algumas instituições – no caso de haver uma pós-opção –, o candidato submete-se a duas provas de seleção: uma para o pré-requisito e outra para a especialidade final. Em outras instituições – no caso de haver pré-opção –, o candidato submete-se a apenas uma prova, embora vá cumprir o pré-requisito, pois o programa foi credenciado como sendo um “continuum”. Portanto, o R-1 da especialidade foi considerado algumas vezes como R-1 e, em outras, como R-2 ou R-3, dependendo do critério estipulado pela instituição e da duração do pré-requisito (um ou dois anos).

Dessa forma, considerou-se que, para se ter um número real da oferta de vagas iniciais, ou seja, da oportunidade de ingresso para os recém-formados, era preciso rever os dados da CNRM, o que foi feito, para usar um mesmo critério ao contabilizar a oferta de vagas iniciais. Essa nova cifra está sendo denominada **vagas iniciais ocupadas**, já que a CNRM não dispõe de um dado sobre a oferta de vagas iniciais, mas apenas sobre residentes, isto é, sobre as vagas ocupadas. Assim, chegou-se a um novo número: somente 74% dos médicos formados no país podem ser absorvidos por um programa de residência médica.

O Gráfico 6 ilustra essa situação, que revela que se passou de uma **relação formandos/vagas iniciais ocupadas** de 2,31, em 1983, para 1,35, em 2001. Assim, mantendo-se o mesmo número de formandos em 1982 e 2000 (respectivamente, 8.043 e 7.822), chega-se à cifra de 3.480 e 5.787 vagas iniciais preenchidas. Portanto, ainda não se chegou a uma situação na qual todos os médicos recém-formados podem encaminhar-se para a especialização através de um programa de residência médica, mas a tendência parece ser esta.



É importante também frisar que existem grandes disparidades quando os dados são analisados por região geográfica, como se vê na Tabela 5. Dessa forma, parece que a residência médica reproduz o quadro de desigualdade que ocorre no aparelho formador. De fato, a residência médica é uma decorrência natural do aparelho formador, ou seja, como era de se prever, caminham na mesma direção, a menos que haja um plano reorientador dos rumos da residência médica.

Tabela 5 – Relação Formandos/Vagas Iniciais Ocupadas, por Região Geográfica

Regiões	Relação Formandos/Vagas Iniciais Ocupadas	
	1984/1985	2000/2001
Centro-Oeste	1,23	0,63
Nordeste	3,01	1,89
Norte	15,14	2,74
Sudeste	2,10	1,27
Sul	2,19	1,42
Brasil	2,27	1,35

A região Norte aparece num extremo – como a mais desfavorecida – e a região Centro-Oeste aparece no pólo oposto: a única na qual a oferta de vagas iniciais de residência médica supera a de formandos. Entretanto, também fica evidenciado o enorme progresso em expandir a residência médica que ocorreu na própria região Norte.

Logo, analisando os dados a partir do número de médicos formados e da oferta de vagas iniciais na residência médica, chega-se à conclusão que, em praticamente todas as regiões, o responsável pela aproximação das duas curvas é o avanço da residência médica. A curva da residência médica é contínua e ascendente, ao passo que a do número de formandos permanece estável ou tende a mostrar um ligeiro incremento.

Gráfico 7 – Evolução do Número de Médicos Formados e Vagas Iniciais Ocupadas – Distrito Federal

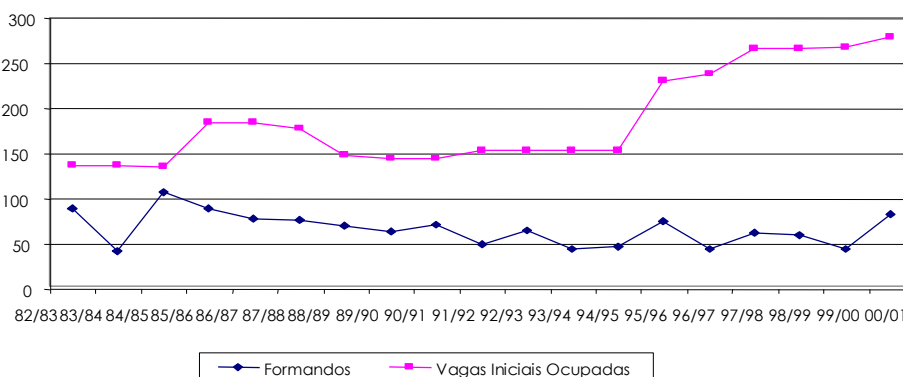
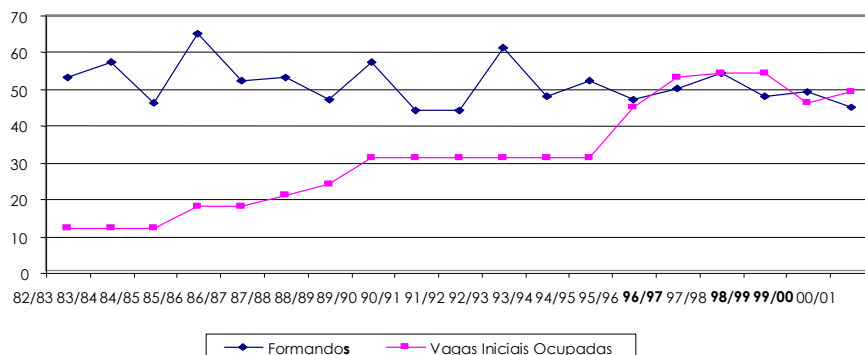


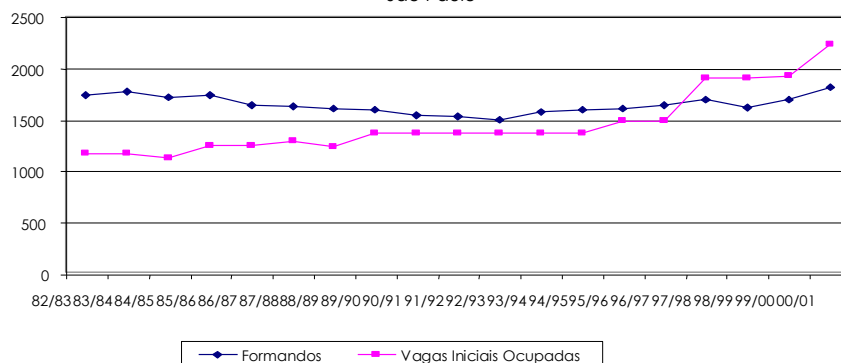
Gráfico 8 – Evolução do Número de Médicos Formados e Vagas Iniciais Ocupadas – Mato Grosso do Sul



Neste ponto, talvez seja pertinente fazer uma observação quanto ao Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e Pesquisa Universitária em Saúde (FIDEPS), que foi instituído em 1991, inicialmente apenas para os Hospitais Universitários e, posteriormente, estendido a hospitais de ensino que mantivessem programas de residência médica credenciados pelo MEC e dedicassem 70% do atendimento ao SUS. Por intermédio dessa ação, o Ministério da Saúde garantia um adicional sobre as internações hospitalares (que variava entre 25%, 50% e 75%). Assim, esse incentivo pode ter atuado como um elemento propulsor de novos programas de residência médica no país até 1999. A partir desse ano, no entanto, o valor correspondente ao FIDEPS passa a ser fixo e limitado a um teto de remuneração por estado. Desde então, novas instituições não têm sido contempladas com o incentivo.

Na análise do comportamento de cada estado brasileiro, destacam-se apenas São Paulo, Mato Grosso do Sul e o Distrito Federal, que apresentam oferta de vagas iniciais superior à demanda, composta de médicos formados no próprio estado, em oposição à tendência geral do país.

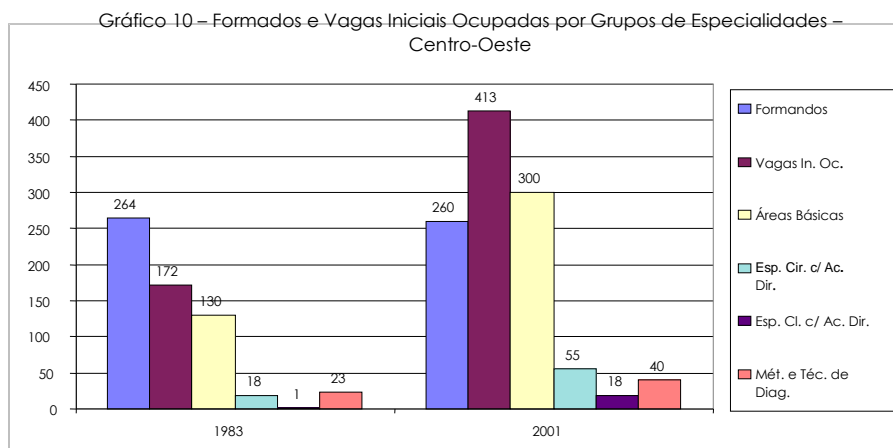
Gráfico 9 – Evolução do Número de Médicos Formados e Vagas Iniciais Ocupadas – São Paulo



Assim, desde 1985, a oferta de vagas iniciais no Distrito Federal supera o número de formados aí, e nisto difere de São Paulo e Mato Grosso do Sul. No entanto, a escala é totalmente diferente nos três. No Distrito Federal, tem ocorrido uma queda do número de egressos de escolas de medicina: 90, em 1982, e 44, em 1999. No Mato Grosso do Sul, também formam-se médicos em número muito reduzido, cerca de cinquenta médicos por ano. Já em São Paulo, em 1982, o número de médicos formados era de 1.730, e em 2000 este número é de 1.811, já que a partir de 1992 novas escolas de medicina são criadas.

A oportunidade de ingresso na residência médica em cada região geográfica do país pode também ser analisada, considerando-se a disponibilidade de vagas por grupos de especialidades.

Assim, os gráficos seguintes nos mostram, de um lado, o número de médicos formados na região no ano anterior e, de outro, a oferta de vagas iniciais aos recém-formados. São, portanto, vagas nos programas de áreas básicas,⁴ de especialidades clínicas⁵ e cirúrgicas (sem pré-requisito)⁶ e das especialidades de acesso direto, por nós consideradas métodos e técnicas de diagnóstico.⁷



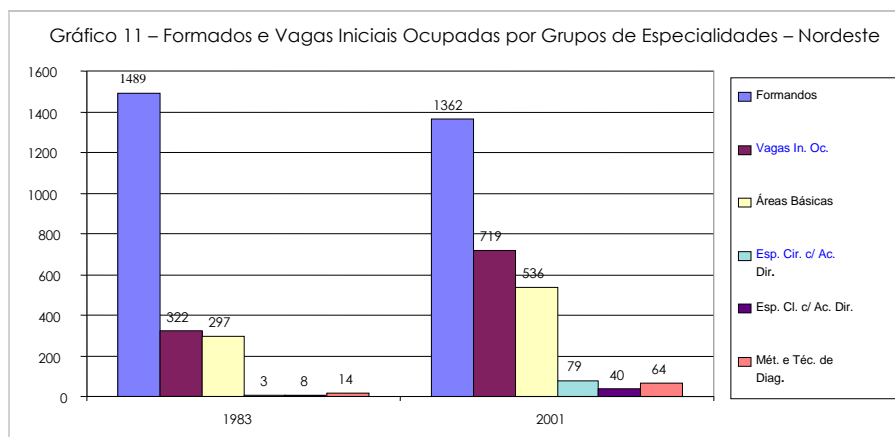
Os dados da região Centro-Oeste, na qual a oferta de vagas iniciais suplanta a demanda de médicos formados no estado, como já vimos, indicam que nas áreas básicas há maior oferta: 76%, em 1983, e 73%, atualmente. A elas seguem-se: 13% nas especialidades cirúrgicas, 10% em métodos e técnicas e 4% nas especialidades clínicas, em 2001.

4 Áreas Básicas: Cirurgia Geral, Clínica Médica, Ginecologia e Obstetrícia, Pediatria, Medicina Geral e Comunitária e Medicina Preventiva e Social.

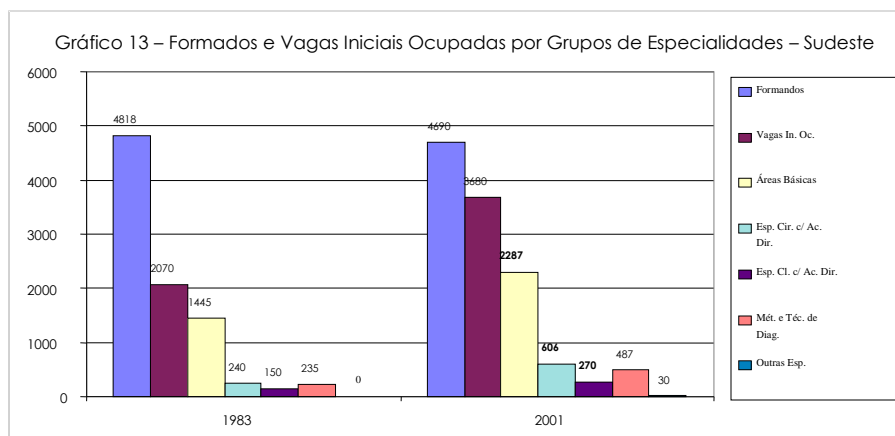
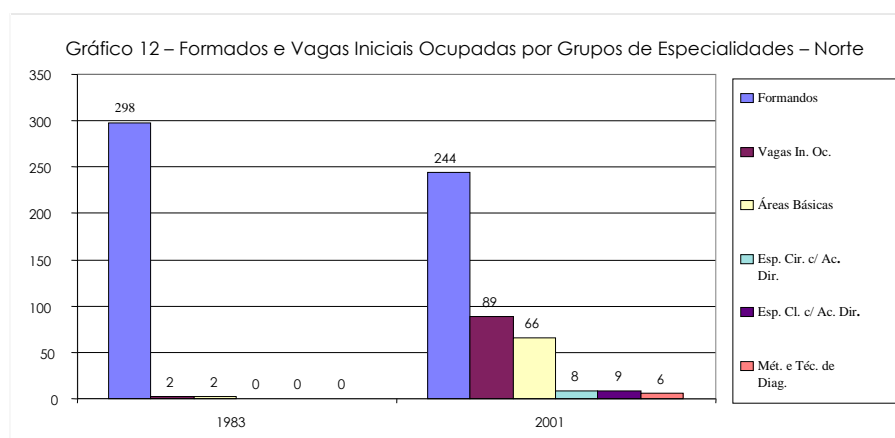
5 Especialidades Clínicas de Acesso Direto: Psiquiatria, Infectologia, Patologia Clínica, Medicina Física e Reabilitação, Genética Médica e Psiquiatria Infantil.

6 Especialidades Cirúrgicas de Acesso Direto: Ortopedia, Oftalmologia, Otorrinolaringologia e Neurocirurgia.

7 Especialidades de Métodos e Técnicas de Diagnóstico: Anestesiologia, Radiologia, Patologia, Radioterapia e Medicina Nuclear.



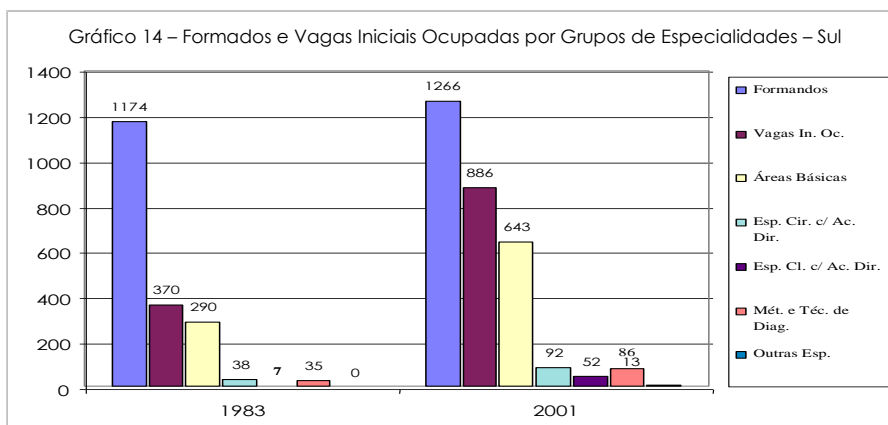
Com relação aos dados do Nordeste, a concentração nas áreas básicas é grande, embora tenha diminuído no decorrer do período analisado: de 92% para 75%. Isso significa que houve ampliação na oferta em outras áreas, sobretudo nas especialidades de acesso direto.



No que diz respeito à região Norte, a oferta de residência médica era praticamente inexistente, e hoje 74% das vagas iniciais são oferecidas nas áreas básicas.

Na região Sudeste, a oferta é mais diversificada. Em 1983, 70% das vagas eram em áreas básicas, e hoje esta cifra baixou para 63%. As especialidades cirúrgicas de acesso direto já representam 16% das vagas iniciais ofertadas.

No Sul, também houve uma queda na oferta de áreas básicas de 78% para 72%, ampliando-se a oferta nas demais áreas.



Em suma, os dados são um indicativo de que em todas as regiões apenas a oferta de vagas iniciais nas áreas básicas é ampla. Para quem quer se dedicar a outra especialidade, existem duas trajetórias possíveis: fazer o pré-requisito e depois migrar, principalmente para a região Sudeste; ou já tentar a especialidade em outra região, submetendo-se a um concurso de residência médica onde haja maior disponibilidade de vagas, caso de São Paulo.

Para concluir, apresentamos dados referentes à projeção do número de formandos até 2010, bem como da oportunidade de ingresso para os recém-formados, supondo-se a manutenção da tendência histórica mostrada até hoje.

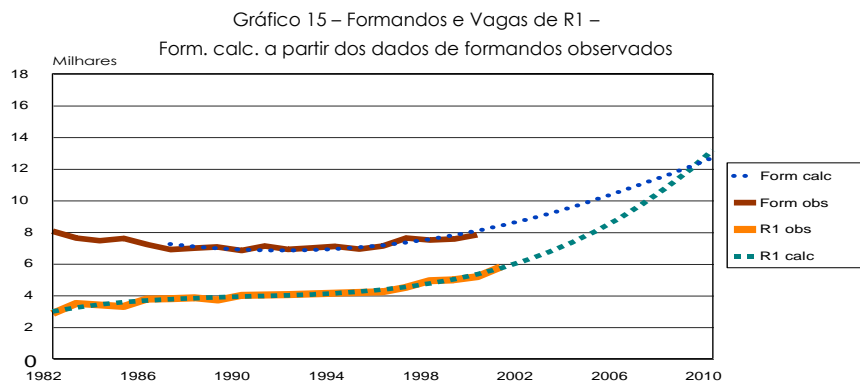
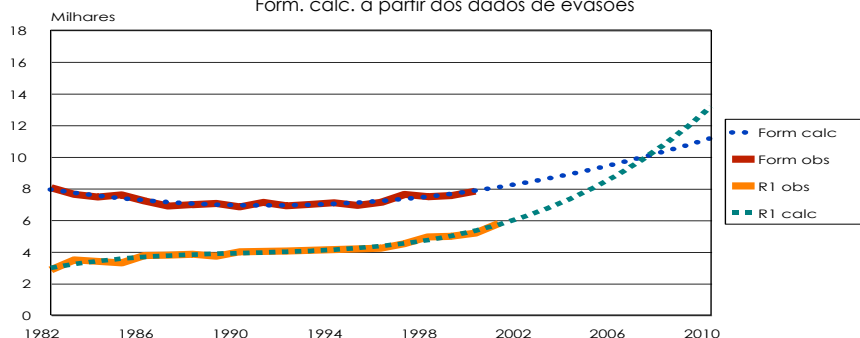


Gráfico 16 – Formandos e Vagas de R1
Form. calc. a partir dos dados de evasões

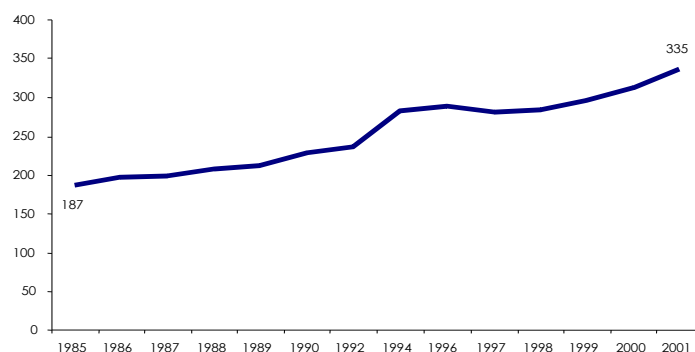


Os dois gráficos mostram projeções diferentes quanto ao número de formandos. O primeiro considera apenas os dados brutos de formandos entre 1982 e 2001. O segundo considera as matrículas iniciais menos as evasões, com uma defasagem de seis anos. É lícito considerar que essa última projeção poderá estar mais próxima dos valores a serem observados, por possibilitar a incorporação da situação de escolas que até 2001 não haviam graduado médicos.

Neste item, o objetivo é focalizar os dados referentes à expansão da residência médica, tendo em vista mostrar seu desenvolvimento em termos do número de instituições credenciadas, da oferta de programas nas várias especialidades, bem como da oportunidade de acesso aos mesmos, em termos meramente quantitativos. Os dados serão analisados por natureza da instituição mantenedora, por região geográfica e por grupos de especialidades.

Com relação ao **número de instituições** que oferecem programas de residência médica no Brasil, os dados demonstram que houve crescimento da ordem de 79% no período considerado, entre 1985 e 2001, como demonstramos no gráfico a seguir. É preciso mencionar que só existem dados disponíveis por instituição a partir do ano de 1985.

Gráfico 17 – Evolução do número de instituições com PRMs – Brasil



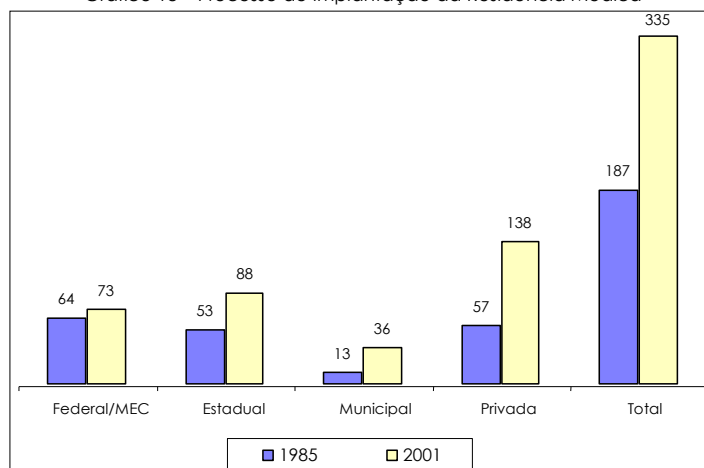
Atualmente, existem no país 335 instituições voltadas para a especialização dos profissionais médicos, credenciadas pela CNRM. Desse total, 41% são de caráter privado, conforme fica demonstrado na tabela e no gráfico abaixo.

Tabela 6 – Distribuição do número total de instituições por entidade mantenedora

Instituições Mantenedoras	1985		2001	
	N	%	N	%
Federal/MEC	64	34,2	73	21,8
Estadual	53	28,3	88	26,3
Municipal	13	7,0	36	10,7
Privada	57	30,5	138	41,2
Total	187	100,0	335	100,0

Fonte: Fundap/CNRM.

Gráfico 18 – Processo de Implantação da Residência Médica



Os dados apresentados evidenciam também que, no início do processo de implantação da residência médica, predominavam instituições federais, que ao longo do processo tiveram sua participação relativa reduzida.

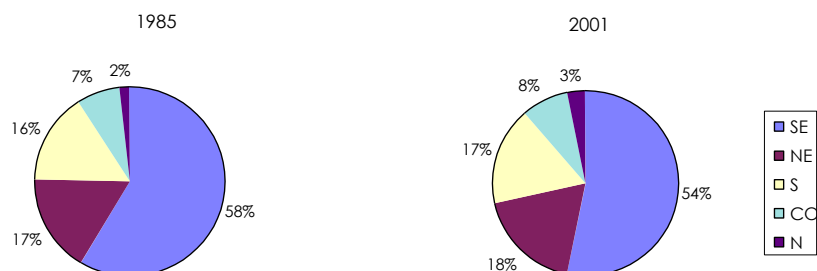
Todas as instituições tiveram um aumento em termos absolutos, e a maior taxa de incremento foi a das instituições mantidas pelos governos municipais (177%), seguidas pelas instituições privadas (142%).

Cabe aqui uma observação sobre as instituições privadas. A CNRM considera a natureza da instituição e não a entidade financiadora das bolsas de residência médica. Assim, por exemplo, o que tem ocorrido no estado de São Paulo é a existência de instituições privadas com bolsas subvencionadas pelo governo do estado. Dessa forma, de um total de 25 instituições caracterizadas como privadas, sabe-se que treze (52%) têm a residência médica custeada, no todo ou

parcialmente, pelo governo estadual. Portanto, esse dado deveria ser olhado com cautela, no sentido de verificar a fonte pagadora das bolsas.

Os dados agregados por região geográfica mostram que a região Sudeste concentra atualmente 54% das instituições, contra 58% em 1985. Todas as demais regiões tiveram um pequeno incremento de 1%.

Gráfico 19 – Distribuição comparativa das instituições com PRMs, por região geográfica



Uma análise desagregada por estado mostra que na região Sudeste o crescimento foi menor que nas demais, embora da ordem de 63%. No Nordeste, Sul e Centro-Oeste, o número de instituições praticamente dobrou e, na região Norte, onde era praticamente inexistente, triplicou.

Enfocando os dados por estado, na região Sudeste, cai a participação relativa do Rio de Janeiro. No Nordeste, Pernambuco, Ceará e Piauí ampliam sua participação, enquanto declinam Rio Grande do Norte, Paraíba e Alagoas; Bahia e Maranhão mantêm-se estáveis.

Tabela 7 – Distribuição de Instituições, por região geográfica e estado

Região/Estado	1985		2001	
	N	%	N	%
Sudeste				
SP	43	39,45	79	44,38
RJ	45	41,28	59	33,15
MG	19	17,43	36	20,22
ES	2	1,83	4	2,25
Subtotal	109	100,0	178	100,0
Nordeste				
BA	8	25,00	15	24,59
PE	7	21,88	15	24,59
CE	6	18,75	14	22,95
PI	1	3,13	6	9,84
RN	4	12,50	5	8,20
PB	4	12,50	2	3,28
MA	1	3,13	2	3,28
AL	1	3,13	1	1,64
SE			1	1,64
Subtotal	32	100,00	61	100,00

Continua...

Tabela 7 – Continuação

Região/Estado	1985		2001	
	N	%	N	%
Sul				
RS	19	65,52	32	55,17
PR	7	24,14	13	22,41
SC	3	10,34	13	22,41
Subtotal	29	100,00	58	100,00
Centro-Oeste				
DF	11	78,57	13	46,43
GO	2	14,29	9	32,14
MS	1	7,14	3	10,71
MT			3	10,71
Subtotal	14	100,00	28	100,00
Norte				
AM	2	66,67	6	60,00
PA	1	33,33	3	30,00
AC			1	10,00
Subtotal	3	100,00	10	100,00
Total Geral	187		335	

Na região Sul, todos os estados tiveram expansão marcante. E a residência médica consolidou-se em Santa Catarina, uma vez que quadruplicou o número de instituições. Na região Centro-Oeste, o Distrito Federal perde espaço para Goiás; e no Norte as cifras são diminutas.

O dado que merece destaque, referente às instituições que oferecem programas de residência médica, é que atualmente cerca de 71% delas oferecem até seis programas, e 83%, até dez programas.

Tabela 8 – Distribuição comparativa das instituições em função do número de PRMs ofertados – 1985/2001

Número de PRMs	1985		2001	
	N	%	N	%
1	53	28,3	117	34,9
2	16	8,6	32	9,6
3	16	8,6	30	9,0
4	18	9,6	22	6,6
5	15	8,0	20	6,0
6	12	6,4	17	5,1
Subtotal	130	69,5	238	71,0
De 7 a 10	17	9,1	40	11,9
De 11 a 40	40	21,4	57	17,0
Total	187	100,0	335	100,0

Verifica-se, também, a tendência de um maior número de instituições apresentar apenas um programa credenciado pela CNRM: um terço das instituições apresenta atualmente tal característica. Desse modo, vemos que as instituições com apenas um programa de residência médica tiveram aumento de 120%, passando de 53 para 117, em 2001.

Enfocando os dados por natureza da instituição mantenedora, verifica-se que a maioria é subvencionada pelo poder público (53,8% em 2001), mas que, em 1985, este percentual era mais alto (62,3%). São as instituições privadas que aumentam em número, passando de 37,7%, em 1985, para 46,2%, em 2001. Em segundo lugar, aparecem as instituições financiadas pelo governo estadual.

Tabela 9 – Distribuição comparativa das instituições com 1 PRM, por entidade mantenedora

Ano	Privada		Pública						Total	
			Estadual		Federal		Municipal			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1985	20	37,7	19	35,8	12	22,6	2	3,8	53	100,0
2001	54	46,2	39	33,3	15	12,8	9	7,7	117	100,0

Focalizando o universo das entidades públicas que oferecem apenas um programa de residência médica (em 1985, 53 instituições e, em 2001, 117), a tabela abaixo, referente ao início da implantação da residência médica, mostra que havia uma concentração nas seguintes especialidades: Ginecologia/Obstetrícia, Pediatria, Cirurgia Geral, Psiquiatria, Medicina de Família e Comunitária e Ortopedia/Traumatologia, que perfazem 64,1% do total. Portanto, são programas em áreas básicas, muito provavelmente oferecidos em hospitais voltados para o atendimento geral, exceto no caso do atendimento na área da saúde mental. Nessa ocasião, a área privada começa já a despontar, ainda que concentrada em algumas especialidades, tais como Ortopedia/Traumatologia, Oftalmologia e Otorrinolaringologia.

Tabela 10 – Instituições com 1 PRM, por especialidade – 1985

Especialidades	Pública		Privada		Total	
	N	%	N	%	N	%
Ginecologia e Obstetrícia	5	62,5	3	37,5	8	100,0
Pediatria	5	62,5	3	37,5	8	100,0
Cirurgia Geral	3	60,0	2	40,0	5	100,0
Psiquiatria	4	80,0	1	20,0	5	100,0
Medicina de Família e Comunidade	3	75,0	1	25,0	4	100,0
Ortopedia e Traumatologia	1	25,0	3	75,0	4	100,0
Medicina Preventiva e Social	3	100,0	-	-	3	100,0
Clínica Médica	-	-	2	100,0	2	100,0
Dermatologia	2	100,0	-	-	2	100,0
Infectologia	2	100,0	-	-	2	100,0
Oftalmologia	-	-	2	100,0	2	100,0
Radiologia e Diagnóstico por Imagem	1	50,0	1	50,0	2	100,0
Angiologia e Cirurgia Vascular	-	-	1	100,0	1	100,0
Cardiologia	1	100,0	-	-	1	100,0
Endocrinologia	1	100,0	-	-	1	100,0
Hematologia e Hemoterapia	1	100,0	-	-	1	100,0
Otorrinolaringologia	-	-	1	100,0	1	100,0
Pneumologia	1	100,0	-	-	1	100,0
Total	33	62,3	20	37,7	53	100,0

Na tabela referente ao ano de 2001, o que se observa é que os programas de Ginecologia/Obstetrícia e Psiquiatria continuam a sobressair num perfil de hospital público, com apenas uma especialidade credenciada; a Infectologia também aparece nas mesmas condições. Os programas de Dermatologia, Hematologia/Hemoterapia e Pneumologia também despontam neste tipo particular de instituição, com apenas um programa de residência médica financiado pelo poder público. Contudo, o que mais chama a atenção é a concentração de hospitais especializados privados, com credenciamento único nas seguintes especialidades: Oftalmologia, Radiologia, Otorrinolaringologia e, em menor escala, na Cirurgia Geral.

Tabela 11 – Instituições com apenas 1 PRM, por especialidade – 2001

Especialidades	Pública		Privada		Total	
	N	%	N	%	N	%
Ginecologia e Obstetrícia	10	62,5	6	37,5	16	100,0
Psiquiatria	30	81,3	3	18,8	16	100,0
Oftalmologia	1	7,1	13	92,9	14	100,0
Radiologia e Diagnóstico por Imagem	2	18,2	9	81,8	11	100,0
Cirurgia Geral	3	37,5	5	62,5	8	100,0
Infectologia	7	100,0	-	-	7	100,0
Medicina de Família e Comunidade	4	57,1	3	42,9	7	100,0
Pediatria	5	71,4	2	28,6	7	100,0
Clínica Médica	-	-	4	100,0	4	100,0
Ortopedia e Traumatologia	3	75,0	1	25,0	4	100,0
Otorrinolaringologia	1	25,0	3	75,0	4	100,0
Cardiologia	2	66,7	1	33,3	3	100,0
Dermatologia	3	100,0	-	-	3	100,0
Hematologia e Hemoterapia	3	100,0	-	-	3	100,0
Cancerologia	-	-	2	100,0	2	100,0
Pneumologia	2	100,0	-	-	2	100,0
Cirurgia do Trauma	1	100,0	-	-	1	100,0
Cirurgia Pediátrica	1	100,0	-	-	1	100,0
Endocrinologia	1	100,0	-	-	1	100,0
Medicina Preventiva e Social	1	100,0	-	-	1	100,0
Nefrologia	-	-	1	100,0	1	100,0
Urologia	-	-	1	100,0	1	100,0
Total	63	53,8	54	46,2	117	100,0

Passando a analisar o desenvolvimento numérico dos PRMs, verifica-se que, ao longo do período focalizado, ocorreu um crescimento da ordem de 184%, passando de 760, em 1982, para 2.157, em 2001.

Os dados também revelam que atualmente a esfera pública federal e a iniciativa privada são responsáveis, cada uma delas, por um terço desses programas. Indicam ainda que, em termos de crescimento no período, a esfera privada e a municipal foram as que apresentaram maior incremento percentual, com 182% e 136%, respectivamente.

Gráfico 20 – Número de Programas de Residência Médica

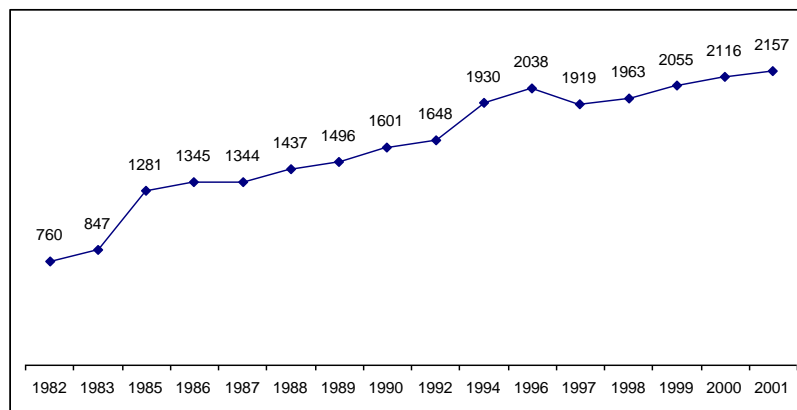
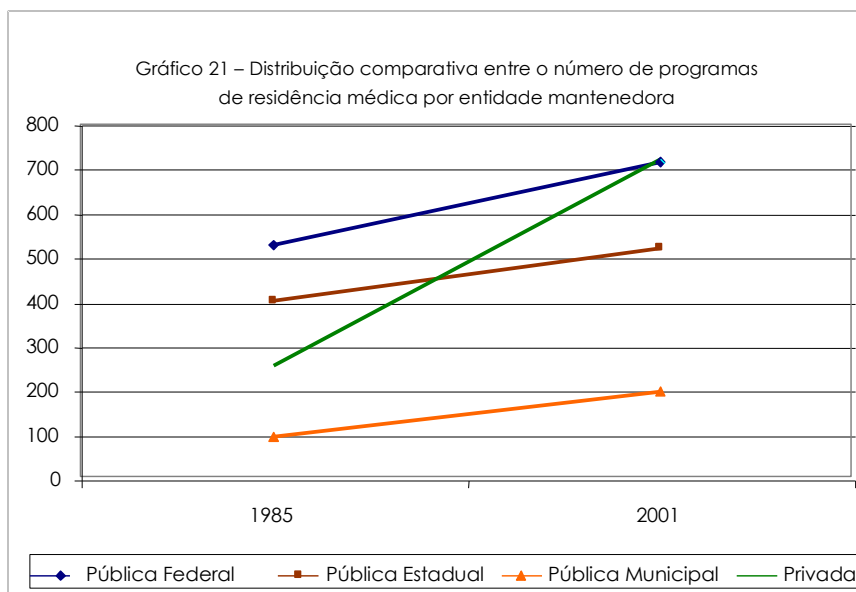
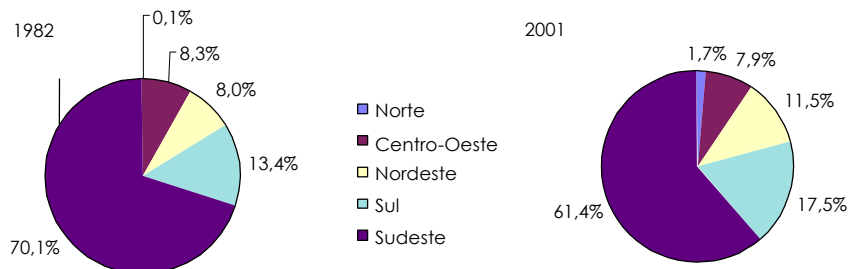


Gráfico 21 – Distribuição comparativa entre o número de programas de residência médica por entidade mantenedora



Predominam os programas localizados na região Sudeste, embora esta região tenha apresentado uma redução na sua participação relativa de 70% para 61% ao longo do período. As demais cresceram, exceto a região Centro-Oeste, que teve ligeira queda.

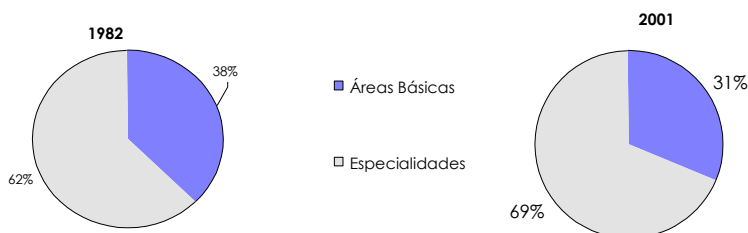
Gráfico 22 – Distribuição comparativa do número de PRMs, por região geográfica – PG 3



Analisando os dados por grupos de especialidades, verifica-se que as áreas básicas apresentaram queda na participação relativa de 38% em 1982.

No que se refere à proporção de programas em áreas básicas/especialidades, os dados evidenciam crescimento das especialidades no período.

Gráfico 23 – Distribuição do número de PRMs por área



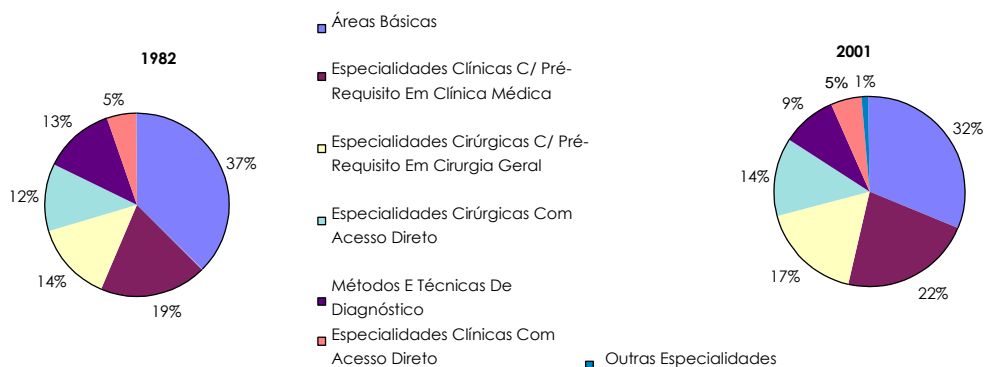
Ao detalhar esses dados por grupos de especialidades, pode-se concluir que aumentou a participação relativa das especialidades clínicas e das especialidades cirúrgicas com pré-requisito, vindo a seguir as cirúrgicas de acesso direto. Em contrapartida, apresentaram queda relativa as de métodos e técnicas de diagnóstico e as especialidades clínicas de acesso direto.

Tabela 12 – Percentual de Crescimento do Número de Programas por Grupo de Especialidades

Grupos de Especialidades	1982		2001		Percentual de Crescimento
	N	%	N	%	
Área Básicas	285	37,5	677	31,4	138%
Especialidades Clínicas com Pré-Requisitos	141	18,6	471	21,8	234%
Especialidades Cirúrgicas com Pré-Requisitos	105	13,8	375	17,4	257%
Especialidades Cirúrgicas com Acesso Direto	93	12,2	294	13,6	216%
Métodos e Técnicas de Diagnóstico	95	12,5	204	9,5	115%
Especialidades Clínicas com Acesso Direto	41	5,4	113	5,2	176%
Outras Especialidades	0	0,0	23	1,1	-
Total	760	100,0	2157	100,0	184%

Fonte: FUNDAP/CNRM.

Gráfico 24 – Distribuição do número de PRMs por Área



Os dados revelam que todos os grupos de especialidades mais que duplicaram, chegando alguns a triplicar o número de programas. Também despontou uma relação de novas especialidades, antes de caráter inexpressivo.

Passando a um enfoque por especialidade, o grupo das áreas básicas revela que os PRMs em Medicina Preventiva e Social e em Pediatria foram os programas que apresentaram menor percentual de crescimento, embora tenham duplicado no período.

Tabela 13 – Percentual de Crescimento do Número de Programas nas Áreas Básicas

Áreas Básicas	1982		2001		Percentual de Crescimento
	N	%	N	%	
Cirurgia Geral	67	23,5	174	25,7	160%
Clínica Médica	63	22,1	169	25,0	168%
Pediatria	71	24,9	146	21,6	106%
Ginecologia e Obstetrícia	65	22,8	142	21,0	118%
Medicina Preventiva e Social	11	3,9	22	3,2	100%
Medicina de Família e Comunidade	8	2,8	24	3,5	200%
Total	285	100,0	677	100,0	138%

Fonte: FUNDAP/CNRM.

Focalizando a atenção no grupo de especialidades cirúrgicas, com ou sem pré-requisito, os dados da Tabela 14 ilustram seu efetivo crescimento.

Tabela 14 – Percentual de Crescimento do Número de Programas nas Especialidades Cirúrgicas com Pré-Requisito

Especialidades Cirúrgicas com Pré-Requisito	1982		2001		Percentual de Crescimento
	N	%	N	%	
Urologia	26	24,8	81	21,6	212%
Angiologia e Cirurgia Vascular	13	12,4	59	15,7	354%
Cirurgia Plástica	17	16,2	59	15,7	247%
Cirurgia Pediátrica	16	15,2	49	13,1	206%
Cirurgia Cardiovascular	13	12,4	38	10,1	192%
Coloproctologia	5	4,8	31	8,3	520%
Cirurgia Torácica	8	7,6	25	6,7	213%
Cirurgia do Aparelho Digestivo	4	3,8	15	4,0	275%
Cirurgia de Cabeça e Pescoço	1	1,0	11	2,9	1000%
Cirurgia Oncológica	2	1,9	7	1,9	250%
Total	105	100,0	375	100,0	257%

Fonte: FUNDAP/CNRM.

Esses dados revelam que o PRM de Cirurgia de Cabeça e Pescoço foi implantado, bem como, ainda que em menor velocidade, o de Cirurgia Oncológica. Chama a atenção o incremento acelerado do PRM em Coloproctologia e em Angiologia e Cirurgia Vascular.

Tabela 15 – Percentual de Crescimento do Número de Programas nas Especialidades Cirúrgicas com Acesso Direto

Especialidades Cirúrgicas com Acesso Direto	1982		2001		Percentual de Crescimento
	N	%	N	%	
Ortopedia e Traumatologia	31	33,3	100	34,0	223%
Oftalmologia	23	24,7	80	27,2	248%
Otorrinolaringologia	20	21,5	61	20,7	205%
Neurocirurgia	19	20,4	53	18,0	179%
Total	93	100,0	294	100,0	216%

Fonte: FUNDAP/CNRM.

Os dados acima apontam que esses PRMs mais que triplicaram no período, exceto o de Neurocirurgia.

Ao analisar as Especialidades Clínicas com pré-requisito, os resultados obtidos são:

Tabela 16 – Percentual de Crescimento do Número de Programas nas Especialidades Clínicas com Pré-Requisito

Especialidades Clínicas com Pré-Requisito	1982		2001		Percentual de Crescimento
	N	%	N	%	
Cardiologia	22	15,6	69	14,6	214%
Nefrologia	16	11,3	56	11,9	250%
Pneumologia	17	12,1	53	11,3	212%
Neurologia	15	10,6	47	10,0	213%
Gastroenterologia	19	13,5	47	10,0	147%
Endocrinologia/Metabologia	13	9,2	46	9,8	254%
Dermatologia	13	9,2	43	9,1	231%
Hematologia/Hemoterapia	15	10,6	41	8,7	173%
Cancerologia	3	,1	28	5,9	833%
Reumatologia	7	,0	26	5,5	271%
Geriatria	-	-	10	2,1	-
Alergia e Imunologia	1	0,7	4	0,8	300%
Nutrologia	-	-	1	0,2	-
Total	141	100,0	471	100,0	234%

Fonte: FUNDAP/CNRM.

No período estudado, a residência médica em Cancerologia foi a que cresceu com maior velocidade e os programas em Geriatria, inexistentes até aquela época, foram implantados.

Tabela 17 – Percentual de Crescimento do Número de Programas nas Especialidades Clínicas com Acesso Direto

Especialidades Clínicas com Acesso Direto	1982		2001		Percentual de Crescimento
	N	%	N	%	
Psiquiatria	16	39,0	51	45,1	219%
Infectologia	14	34,1	40	35,4	186%
Patologia Clínica	8	19,5	10	8,8	25%
Medicina Física e Reabilitação	3	7,3	6	5,3	100%
Genética Médica	-	-	4	3,5	-
Psiquiatria Infantil	-	-	2	1,8	-
Total	41	100,0	113	100,0	176%

Fonte: FUNDAP/CNRM.

Com relação à tabela acima, o maior crescimento foi o da Psiquiatria e duas novas especialidades surgiram: Genética Médica e Psiquiatria Infantil.

No que diz respeito às especialidades consideradas como Métodos e Técnicas de Diagnóstico, os dados revelam duas novas especialidades: Medicina Nuclear e Radioterapia.

Tabela 18 – Percentual de Crescimento do Número de Programas em Métodos e Técnicas de Diagnóstico

Métodos e Técnicas de Diagnóstico	1982		2001		Percentual de Crescimento
	N	%	N	%	
Anestesiologia	41	43,2	81	39,7	98%
Radiologia	23	24,2	68	33,3	196%
Patologia (Anatomia Patológica)	29	30,5	45	22,1	55%
Radioterapia	2	2,1	6	2,9	200%
Medicina Nuclear	-	-	4	2,0	-
Total	95	100,0	204	100,0	115%

Fonte: FUNDAP/CNRM.

Finalmente, no que diz respeito às demais especialidades, os dados indicam que em 1982 não existia nenhuma delas. Posteriormente, surgiram outras especialidades, mas algumas não se firmaram, como a Endoscopia, a Imunologia e a Informática Médica. Por outro lado, a Medicina Intensiva e a Neuropediatria fixaram-se como especialidades.

Tabela 19 – Percentual de Crescimento do Número de Programas nas Outras Especialidades

Outras Especialidades	1982		2001		Percentual de Crescimento
	N	%	N	%	
Medicina Intensiva	-	-	9	39,1	-
Neuropediatria	-	-	8	34,8	-
Cirurgia do Trauma	-	-	4	17,4	-
Medicina do Adolescente	-	-	1	4,3	-
Oncologia Pediátrica	-	-	1	4,3	-
Endoscopia Multidisciplinar	-	-	-	-	-
Endoscopia Vias Digestivas	-	-	-	-	-
Endoscopia Vias Respiratórias	-	-	-	-	-
Imunologia	-	-	-	-	-
Informática Médica	-	-	-	-	-
Total	0	-	23	100,0	-

Fonte: FUNDAP/CNRM.

Quando os dados são analisados por estado, verifica-se que todos os programas de residência médica apresentam maior concentração em São Paulo, exceto os de Anestesiologia e Coloproctologia, que no Rio de Janeiro têm oferta superior. Apenas um programa – Nutrologia – só existe em São Paulo. Mais de 70% dos seguintes programas também estão concentrados em São Paulo: Medicina Nuclear, Neuropediatria, Patologia Clínica, Alergia/Imunologia, Cirurgia de Cabeça e Pescoço e Cirurgia do Aparelho Digestivo. Isso quer dizer que os médicos que pretendem tornar-se especialistas numa dessas áreas devem fazê-lo necessariamente em São Paulo.

Tabela 20 – Relação de Programas Concentrados em São Paulo – 2001

Área Básica	Número total	N. em São Paulo	%
Nutrologia	1	1	100
Neuropediatria	8	7	88
Cirurgia de Cabeça e Pescoço	11	9	82
Patologia Clínica	10	8	80
Alergia e Imunologia	4	3	75
Medicina Nuclear	4	3	75
Cirurgia do Aparelho Digestivo	15	11	73
Total	53	42	79

Fonte: FUNDAP/CNRM.

Ainda com relação à concentração de programas, pode-se dizer que os de Medicina Intensiva, que totalizam nove, estão assim distribuídos: 3 (SP), 3 (RS), 2 (RJ) e 1 (MG); a Neuropediatria tem um total de oito PRMs, sendo sete em SP e um no RS; Medicina Física e Reabilitação tem um total de seis PRMs, sendo três em SP, dois no RS e um no RJ; Psiquiatria Infantil só existe no RJ e no RS, sendo um em cada estado; Cirurgia do Trauma apresenta quatro PRMs, sendo dois em SP e dois no RS; Genética Médica, um total de quatro PRMs, sendo dois em SP e dois no RS; Medicina do Adolescente, só um PRM, no RJ; Oncologia Pediátrica apresenta só um PRM, no RS. Todos esses programas não estavam previstos pela CNRM como especialidades credenciáveis, e como tal adquiriram o credenciamento com características de excepcionalidade.

Analisando as áreas básicas, verifica-se que o programa mais disperso é o de Pediatria, que existe atualmente em 24 dos estados brasileiros, seguido do programa de Ginecologia e Obstetrícia, em 23, e de Cirurgia Geral e Clínica Médica, em 22 estados, conforme mostra a tabela a seguir.

Tabela 21 – Dispersão/Concentração de PRMs nas Áreas Básicas

Áreas Básicas	2001		Estado com maior concentração		
	N. de PRMs	N. de Estados	N. de PRMs	Estado	%
Pediatria	146	24	39	SP	26,7
Ginecologia e Obstetrícia	142	23	38	SP	26,8
Cirurgia Geral	174	22	42	SP	24,1
Cirurgia Médica	169	22	40	SP	23,7
Medicina de Família e Comunidade	24	10	6	SP	25,0
Medicina Preventiva e Social	22	8	8	SP	36,4

Fonte: FUNDAP/CNRM.

O programa com menor dispersão pelos estados é o de Medicina Preventiva e Social, que tem maior concentração em São Paulo.

A Tabela 22 mostra os dados de dispersão/concentração dos PRMs em Especialidades Cirúrgicas, revelando que os de Oftalmologia e Urologia se apresentam em maior número de estados (16 e 15, respectivamente). São Paulo tem predominância, exceto em Coloproctologia (RJ) e Cirurgia Oncológica (PR).

Tabela 22 – Dispersão/Concentração de PRMs nas Especialidades Cirúrgicas

Especialidades Cirúrgicas	2001		Estado com maior concentração		
	N. de PRMs	N. de Estados	N. de PRMs	Estado	%
Oftalmologia	80	16	27	SP	33,8
Urologia	81	15	28	SP	34,6
Ortopedia e Traumatologia	100	14	32	SP	32,0
Cirurgia Plástica	59	12	19	SP	32,2
Otorrinolaringologia	61	11	26	SP	42,6
Angiologia e Cirurgia Vascular	59	11	22	SP	37,3
Cirurgia Pediátrica	49	10	16	SP	32,7
Coloproctologia	31	10	9	RJ	29,0
Cirurgia Cardiovascular	38	9	12	SP	31,6
Neurocirurgia	53	8	20	SP	37,7
Cirurgia Torácica	25	8	11	SP	44,0
Cirurgia Oncológica	7	6	2	PR	28,6
Cirurgia do Aparelho Digestivo	15	4	11	SP	73,3
Cirurgia de Cabeça e Pescoço	11	3	9	SP	81,8

Fonte: FUNDAP/CNRM.

Com relação às Especialidades Clínicas, as mais dispersas são a Infectologia (dezesete estados) e, a seguir, a Psiquiatria (quatorze estados).

Tabela 23 – Dispersão/Concentração de PRMs nas Especialidades Clínicas

Especialidades Clínicas	2001		Estado com maior concentração			%	
	N. de PRMs	N. de Estados	N. de PRMs	Estado	N. de PRMs		
Infectologia	40	17	14	SP		35,0	
Psiquiatria	51	14	15	SP		29,4	
Cardiologia	69	13	18	SP		26,1	
Pneumologia	53	13	16	SP		30,2	
Hematologia e Hemoterapia	41	13	15	SP		36,6	
Nefrologia	56	12	18	SP		32,1	
Gastroenterologia	47	12	11	SP		23,4	
Neurologia	47	12	17	SP		36,2	
Dermatologia	43	12	17	SP		39,5	
Endocrinologia	46	10	16	SP		34,8	
Reumatologia	26	10	10	SP		38,5	
Cancerologia	28	9	14	SP		50,0	
Geriatria	10	5	6	SP		60,0	
Medicina Física e Reabilitação	6	4	3	SP		50,0	
Patologia Clínica/Med. Lab.	10	3	8	SP		80,0	
Alergia e Imunologia	4	2	3	SP		75,0	
Genética Médica	4	2	2	SP		50,0	
Psiquiatria Infantil ⁽¹⁾	2	2	1	RJ	1	RS	50,0
Nutrologia	1	1	1	SP		100,0	

⁽¹⁾ cada estado

Fonte: FUNDAP/CNRM.

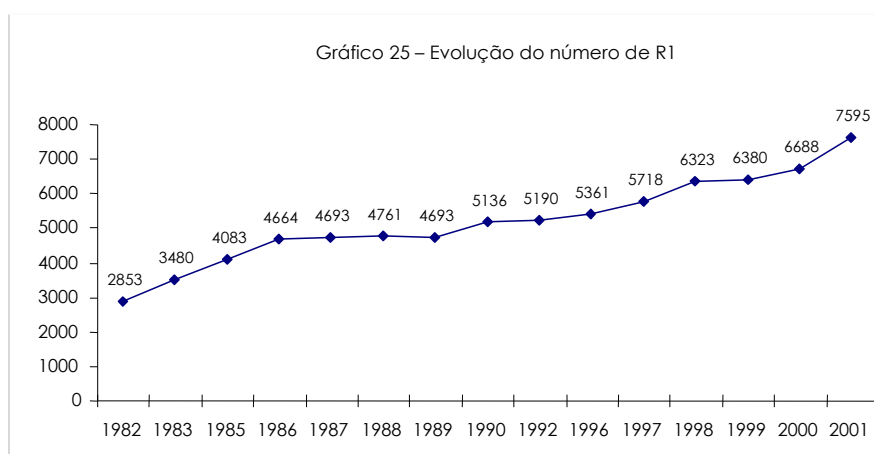
Finalmente, no que diz respeito a Métodos e Técnicas de Diagnóstico, a Anestesiologia aparece em dezessete estados brasileiros.

Tabela 24 – Dispersão/Concentração de PRMs em Métodos e Técnicas de Diagnóstico

Métodos e Técnicas de Diagnóstico	2001		Estado com maior concentração		
	N. de PRMs	N. de Estados	N. de PRMs	Estado	%
Anestesiologia	81	17	19	RJ	23,5
Patologia	45	15	13	SP	28,9
Radiologia e Diag. por Imagem	68	13	21	SP	30,9
Radioterapia	6	3	4	SP	66,7
Medicina Nuclear	4	2	3	SP	75,0

Fonte: FUNDAP/CNRM.

Com relação à oferta de vagas de primeiro ano (R-1) das áreas básicas e de cada uma das especialidades, observa-se pelo Gráfico 25 uma curva ascendente ao longo do período analisado, revelando crescimento percentual da ordem de 166%, passando de uma oferta de 2.853 vagas em 1982 para 7.595 em 2001. Nesse contexto, os dados utilizados são da CNRM, pois consideram a oferta de vagas ocupadas, isto é, de residentes, do ângulo de cada uma das especialidades.



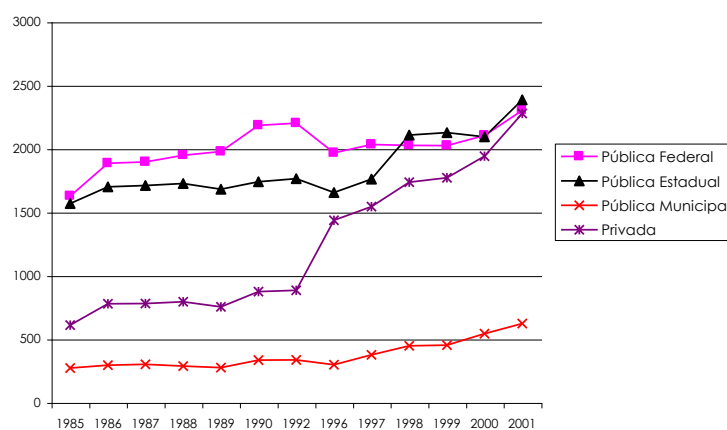
Os dados da perspectiva da instituição mantenedora revelam que a esfera pública, tanto federal quanto estadual, perdeu espaço para a esfera privada. Cabe aqui, novamente, lembrar a necessidade de rever os dados referentes à esfera privada, agora da perspectiva do agente de financiamento.

Tabela 25 – Distribuição do Número de R-1 por Instituição Mantenedora

Ano	Privada		Pública						Total	
			Estadual		Federal		Municipal			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1985	611	14,96	1570	38,45	1629	39,90	273	6,69	4083	100,0
1986	780	16,72	1702	36,49	1887	40,46	295	6,33	4664	100,0
1987	781	16,64	1712	36,48	1898	40,44	302	6,44	4693	100,0
1988	796	16,72	1727	36,27	1949	40,94	289	6,07	4761	100,0
1989	756	16,11	1682	35,84	1979	42,17	276	5,88	4693	100,0
1990	875	17,04	1741	33,90	2185	42,54	335	6,52	5136	100,0
1991	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1992	886	17,07	1765	34,01	2203	42,45	336	6,47	5190	100,0
1993	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1994	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1996	1438	26,82	1657	30,91	1968	36,71	298	5,56	5361	100,0
1997	1545	27,02	1762	30,81	2034	35,57	377	6,59	5718	100,0
1998	1738	27,49	2109	33,35	2028	32,07	448	7,09	6323	100,0
1999	1773	27,79	2128	33,35	2026	31,76	453	7,10	6380	100,0
2000	1942	29,04	2096	31,34	2106	31,49	544	8,13	6688	100,0
2001	2280	30,02	2388	31,44	2304	30,34	623	8,20	7595	100,0

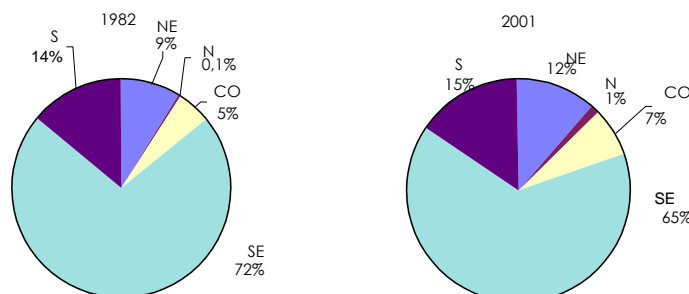
Como se pode ver, as instituições privadas quase quadruplicaram no período a oferta de vagas, e as mantidas pelos governos municipais também cresceram de forma acelerada, embora numa escala bem menor.

Gráfico 26 – Evolução do número de R1 por entidade mantenedora



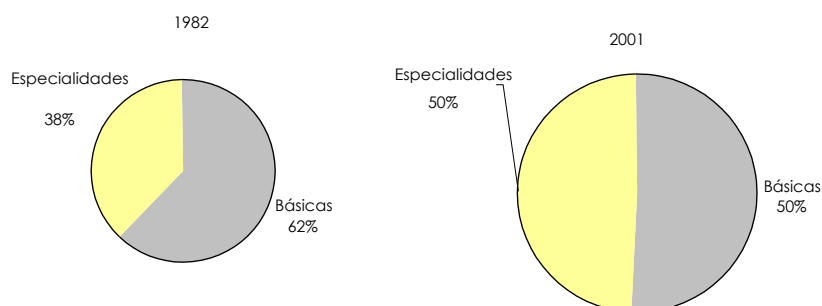
O enfoque por região geográfica mostra que a concentração de R-1 na região Sudeste tende a decrescer, de 72% para 65%, embora continue alta. Todas as demais apresentaram um aumento da participação relativa.

Gráfico 27 – Participação Relativa do Numero de R-1 por Região Geográfica



Agregando a oferta de R-1 por áreas e especialidades, constata-se que as áreas básicas caíram de 62% para 50% no período.

Gráfico 28 – Distribuição dos R-1 por Área



Quando desagregados por grupos de especialidades, esses mesmos dados revelam que ampliaram sua participação, na ordem decrescente: as especialidades clínicas com pré-requisito, as especialidades cirúrgicas com pré-requisito e especialidades cirúrgicas de acesso direto. Já as especialidades clínicas de acesso direto e os métodos e técnicas de diagnóstico mantiveram-se estáveis. No período, surgiram outras especialidades que representam, ainda, um número muito pequeno.

Gráfico 29 – Distribuição dos R-1 Segundo Grupos de Especialidades

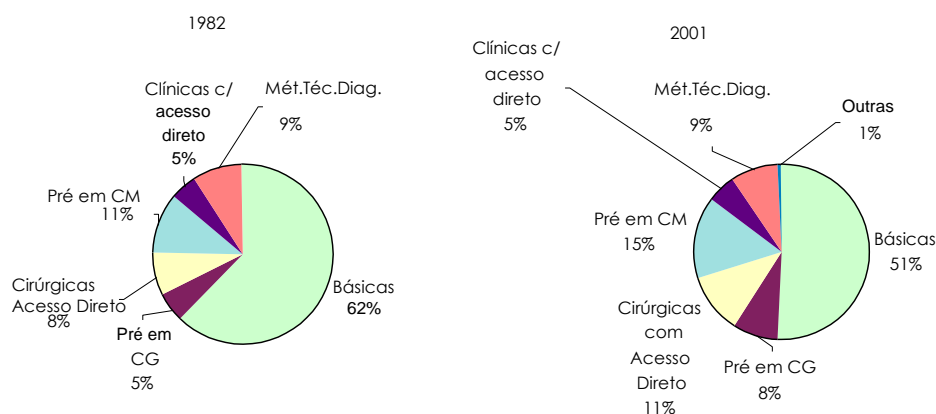


Tabela 26 – Percentual de Crescimento do Número de R-1 por Grupo de Especialidades

Grupos de Especialidades	1982		2001		Percentual de Crescimento
	N	%	N	%	
Áreas Básicas	1768	62,0	3832	50,5	117%
Especialidades Clínicas com Pré-Requisitos	313	11,0	1174	15,5	275%
Especialidades Cirúrgicas com Acesso Direto	228	8,0	840	11,1	268%
Métodos e Técnicas de Diagnóstico	256	9,0	683	9,0	167%
Especialidades Cirúrgicas com Pré-Requisitos	147	5,2	634	8,3	331%
Especialidades Clínicas com Acesso Direto	141	4,9	389	5,1	176%
Outras Especialidades	-	-	43	0,6	-
Total	2853	100,0	7595	100,0	166%

Fonte: FUNDAP/CNRM.

Os dados indicam a grande expansão na oferta de vagas iniciais em todos os grupos de especialidades, com destaque para as especialidades cirúrgicas que exigem pré-requisito, as que mais aumentaram.

Desdobrando-se os dados de cada grupo de especialidades, vê-se que, em média, os programas mais que dobraram, exceto os de Medicina Preventiva e Social e de Pediatria. A Clínica Médica apresentou o percentual de crescimento mais elevado.

Tabela 27 – Percentual de Crescimento do Número de R-1 nas Áreas Básicas

Áreas Básicas	1982		2001		Percentual de Crescimento
	N	%	N	%	
Clínica Médica	418	23,6	1072	28,0	156%
Pediatria	508	28,7	989	25,8	95%
Cirurgia Geral	392	22,2	816	21,3	108%
Ginecologia e Obstetrícia	343	19,4	750	19,6	119%
Medicina de Família e Comunidade	57	3,2	129	3,4	126%
Medicina Preventiva e Social	50	2,8	76	2,0	52%
Total	1768	100,0	3832	100,0	117%

Fonte: FUNDAP/CNRM.

Passando para o grupo de especialidades cirúrgicas, de acesso direto ou com pré-requisito, os dados da Tabela 28 mostram sua evolução.

Tabela 28 – Percentual de Crescimento do Número de R-1 nas Especialidades Cirúrgicas com Pré-Requisito

Especialidades Cirúrgicas com Pré-Requisito	1982		2001		Percentual de Crescimento
	N	%	N	%	
Urologia	38	25,9	139	21,9	266%
Angiologia e Cirurgia Vascular	14	9,5	98	15,5	600%
Cirurgia Plástica	22	15,0	95	15,0	332%
Cirurgia Cardiovascular	18	12,2	77	12,1	328%
Cirurgia Pediátrica	18	12,2	58	9,1	222%
Coloproctologia	7	4,8	44	6,9	529%
Cirurgia do Aparelho Digestivo	12	8,2	36	5,7	200%
Cirurgia Oncológica	10	6,8	35	5,5	250%
Cirurgia Torácica	6	4,1	33	5,2	450%
Cirurgia de Cabeça e Pescoço	2	1,4	19	3,0	850%
Total	147	100,0	634	100,0	331%

Fonte: FUNDAP/CNRM.

As especialidades cirúrgicas ampliaram muito a oferta de vagas iniciais, destacando-se um programa novo (Cirurgia de Cabeça e Pescoço). Tanto a Angiologia e Cirurgia Vascular como a Coloproctologia tiveram incremento muito significativo.

No que diz respeito à especialidade cirúrgica de acesso direto, o crescimento também foi acentuado, sobretudo na Oftalmologia.

Tabela 29 – Percentual de Crescimento do Número de R-1 nas Especialidades Cirúrgicas com Acesso Direto

Especialidades Cirúrgicas com Acesso Direto	1982		2001		Percentual de Crescimento
	N	%	N	%	
Ortopedia e Traumatologia	100	43,9	352	41,9	252%
Oftalmologia	64	28,1	275	32,7	330%
Otorrinolaringologia	40	17,5	134	16,0	235%
Neurocirurgia	24	10,5	79	9,4	229%
Total	228	100,0	840	100,0	268%

Fonte: FUNDAP/CNRM.

Com relação às especialidades clínicas que exigem pré-requisito, a oferta de vagas iniciais nos programas de Cancerologia merece destaque, dado seu incremento excepcional, em virtude de ser um programa novo. A Neurologia também teve crescimento diferenciado no período.

Tabela 30 – Percentual de Crescimento do Número de R-1 nas Especialidades Clínicas com Pré-Requisito

Especialidades Clínicas com Pré-Requisito	1982		2001		Percentual de Crescimento
	N	%	N	%	
Cardiologia	97	31,0	291	24,8	200%
Nefrologia	33	10,5	125	10,6	279%
Pneumologia	33	10,5	114	9,7	245%
Neurologia	25	8,0	112	9,5	348%
Dermatologia	30	9,6	105	8,9	250%
Endocrinologia/Metabologia	23	7,3	92	7,8	300%
Hematologia/Hemoterapia	26	8,3	91	7,8	250%
Gastroenterologia	28	8,9	87	7,4	211%
Cancerologia	3	1,0	78	6,6	2500%
Reumatologia	14	4,5	46	3,9	229%
Geriatria	-	-	25	2,1	-
Alergia e Imunologia	1	0,3	6	0,5	500%
Neurologia	-	-	2	0,2	-
Total	313	100,0	1174	100,0	275%

Fonte: FUNDAP/CNRM.

No que tange às especialidades clínicas de acesso direto, os dados apontam a Psiquiatria como a especialidade que mais cresceu no período.

Tabela 31 – Percentual de Crescimento do Número de R-1 nas Especialidades Clínicas com Acesso Direto

Especialidades Clínicas com Acesso Direto	1982		2001		Percentual de Crescimento
	N	%	N	%	
Psiquiatria	74	52,5	215	55,3	191%
Infectologia	52	36,9	127	32,6	144%
Patologia Clínica	9	6,4	25	6,4	178%
Medicina Física e Reabilitação	6	4,3	11	2,8	83%
Genética Médica	-	-	7	1,8	-
Psiquiatria Infantil	-	-	4	1,0	-
Total	141	100,0	389	100,0	176%

Fonte: FUNDAP/CNRM.

No que se refere à área de Métodos e Técnicas de Diagnóstico, a Radioterapia destaca-se como um programa que ampliou bem a oferta de treinamento, assim como a Medicina Nuclear, um programa novo.

Tabela 32 - Percentual de Crescimento do Número de R-1 em Métodos e Técnicas de Diagnóstico

Métodos e Técnicas de Diagnóstico	1982		2001		Percentual de Crescimento
	N	%	N	%	
Anestesiologia	129	50,4	354	51,8	174%
Radiologia	67	26,2	211	30,9	215%
Patologia (Anatomia Patológica)	57	22,3	90	13,2	58%
Radioterapia	3	1,2	17	2,5	467%
Medicina Nuclear	-	-	11	1,6	-
Total	256	100,0	683	100,0	167%

Fonte: FUNDAP/CNRM.

Finalmente, entre as especialidades que surgiram no período, a Neuropediatria e a Medicina Intensiva são as que mais se destacam.

Tabela 33 – Percentual de Crescimento do Número de R-1 nas Outras Especialidades

Outras Especialidades	1982		2001		Percentual de Crescimento
	N	%	N	%	
Neuropediatria	-	-	16	37,2	-
Medicina Intensiva	-	-	14	32,6	-
Cirurgia do Trauma	-	-	9	20,9	-
Medicina do Adolescente	-	-	3	7,0	-
Oncologia Pediátrica	-	-	1	2,3	-
Total	0	-	43	100,0	-

Fonte: FUNDAP/CNRM.

A Tabela 34 sintetiza a relação de todas as especialidades com a oferta de R-1 e o total de residentes para o ano de 2001. Nessa relação, ordenada de forma decrescente, as quatro áreas básicas são as que oferecem maior número de vagas iniciais em seus programas. As duas áreas seguintes são a Anestesiologia e a Ortopedia/Traumatologia, com capacidade de especializar cerca de 350 profissionais por ano.

Tabela 34 – Relação dos Maiores Programas – Brasil – 2001

Especialidade	Número de Residentes (R1)	Número Total de Residentes
Clínica Médica	1072	2134
Pediatria	989	2231
Cirurgia Geral	816	1737
Ginecologia e Obstetrícia	750	1650
Anestesiologia	354	737
Ortopedia e Traumatologia	352	986
Cardiologia	291	635
Oftalmologia	275	656
Psiquiatria	215	503
Radiologia e Diagnóstico por Imagem	211	528

Fonte: FUNDAP/CNRM.

Cabe aqui observar que os dados apresentados acima coincidem com os do Conselho Federal de Medicina, referentes ao número de especialistas em atividade no país em 2001. Há uma única exceção: medicina do trabalho, por não ser uma especialidade reconhecida pela CNRM. No seu lugar surgiu a Radiologia.

Outra observação merece ser feita: enquanto a Pediatria e a Ginecologia/Obstetrícia são especialidades finais, tanto a Cirurgia Geral como a Clínica Médica são pré-requisitos para outras especialidades. Assim, o dado nos informa sobre o

destino final de quem passa por elas. A tabela evidencia que, enquanto na Cirurgia Geral a oferta de vagas iniciais é maior do que a soma dos R-1 das várias especialidades cirúrgicas com pré-requisito nesta especialização, na Clínica Médica a situação é inversa. Ou seja, o número de R-1 nas especialidades clínicas com pré-requisito supera a oferta de vagas de Clínica Médica.

Tabela 35 – Oferta de R-1 nas Áreas Básicas e nas Especialidades com Pré-Requisito

Áreas Básicas	1982			2001		
	R1	R1esp. c/ pré-requisito	Diferença	R1	R1esp. c/ pré-requisito	Diferença
Cirurgia Geral	392	147	+ 245	816	634	+ 182
Clínica Médica	418	313	+ 105	1072	1174	- 102

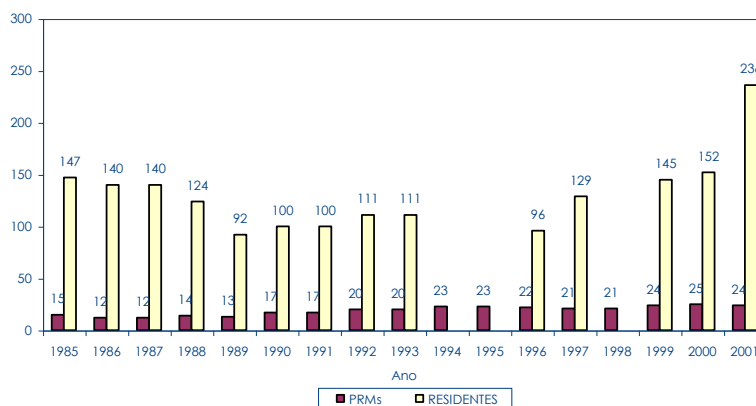
Esses dados alertam para o fato de que a Clínica Médica parece ser uma especialidade de passagem para aqueles que buscam outra especialidade final; e que a Cirurgia Geral também caminha neste sentido, embora haja um número elevado de residentes que possam dedicar-se à Cirurgia Geral.

Outra indicação que pode ser extraída dos dados acima é a de que há superávit de vagas nas especialidades clínicas com pré-requisito, que terminam por ficar ociosas. Por isso, o descompasso na oferta.

Finalmente, um programa que merece destaque é o de Medicina Geral Comunitária, que em 2002 passou a receber a denominação de Medicina da Família e Comunidade.

O Gráfico 30 ilustra a evolução desse programa.

Gráfico 30 – Evolução do número de residentes e do número de PRMs em Medicina Geral e Comunitária



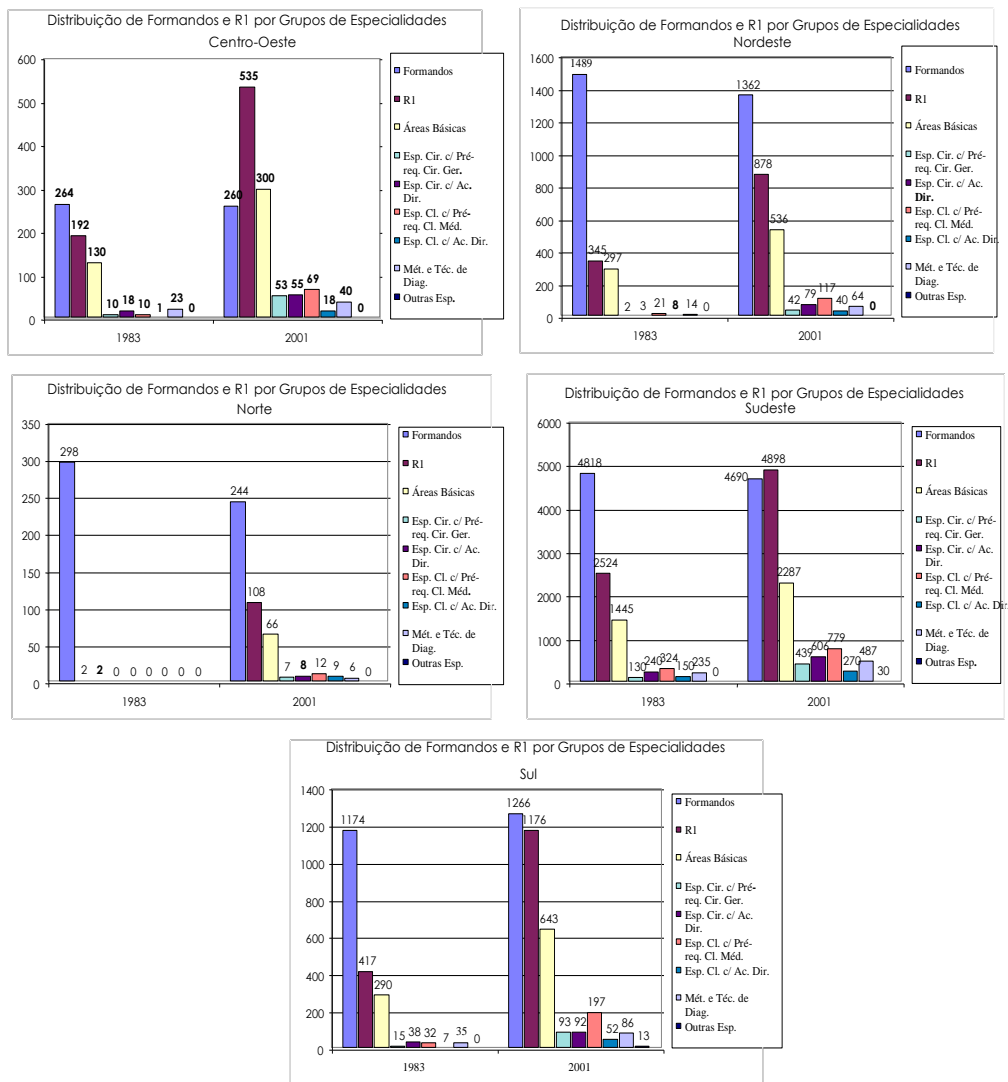
Em 1985, existiam quinze programas bastante dispersos no país, sendo a maioria (47%) mantida pelo governo federal nos hospitais universitários dos seguintes estados: Maranhão, Pernambuco, Piauí, Rio Grande do Norte, Espírito Santo e Rio Grande do Sul. Na esfera estadual, havia cinco programas (1/3), no Distrito Federal, Minas Gerais, Rio de Janeiro, Paraná e Rio Grande do Sul. Um hospital municipal do Rio de Janeiro mantinha um único programa. Na área privada, duas instituições se destacam, sendo uma em São Paulo e outra no Rio Grande do Sul. Assim, somando-se todos os níveis, existiam 147 residentes, sendo 27% alocados nos programas federais, 41% nos estaduais, 25% nos privados e 7% na esfera municipal. Portanto, na área privada existiam apenas dois programas, porém com um número elevado de residentes (37). Ainda, do total de residentes, 43 (29%) estavam localizados no Rio Grande do Sul, em apenas duas unidades (uma do Estado e outra privada).

Transcorrido esse período de praticamente vinte anos, vê-se que a tendência de maior crescimento foi observada na esfera privada. Esta, em termos de número de residentes, teve incremento percentual de 227%, passando de 37 para 121, em 2001. Esmiuçando esse dado, observa-se que somente o hospital de Porto Alegre é responsável por 31% dos residentes e que os demais programas apresentam um número diminuto deles. De outro lado, o aumento ocorrido na esfera estadual, que passou de 60 para 91 residentes, é responsabilidade quase exclusiva da unidade da Secretaria da Saúde em Porto Alegre, que detém 52% deles. Assim, a conclusão a ser extraída é a de que apenas esses dois hospitais de Porto Alegre (um estadual e um privado) apresentam um número elevado de residentes, e mais, são as únicas instituições que mantêm números constantes ao longo do período analisado. As demais instituições, principalmente aquelas vinculadas às universidades federais, desativaram todas o programa.

Outro dado que merece destaque é que alguns desses programas, com certa frequência, não tiveram residentes. Assim, só para citar alguns exemplos, em 1988, dos quatorze programas existentes, seis não tinham residentes; em 1996, de um total de 22 programas, treze não tinham residentes. Portanto, o programa é ofertado, mas não há demanda.

Finalmente, a análise da oferta da especialidade por região geográfica revela-nos que somente na região Sudeste há uma ampla oferta de todas as especialidades. Nessa região, apenas 46% das vagas iniciais são ofertadas nas áreas básicas. Nas regiões Sul e Centro-Oeste, já notamos concentração menor da oferta nas áreas básicas (55% e 56%, respectivamente). E, nas regiões Norte e Nordeste, é de 61% a oferta nas áreas básicas. Esses dados reforçam nossa tese anterior de que os candidatos a especialidades devem necessariamente migrar para completar a formação profissional (Machado & Pinto, 2000).

Gráfico 31 – Distribuição de Formandos e R1 por Grupos de Especialidades, por região



Finalmente, o perfil da oferta de especialização, através de um programa de residência médica, por entidade mantenedora, pode ser resumido na Tabela 36, notando-se que a esfera municipal e, em menor escala, a privada são responsáveis pela manutenção da oferta de vagas iniciais nas áreas básicas acima do patamar de 50%. Nota-se, também, que as especialidades cirúrgicas ganharam espaço tanto no nível municipal quanto privado.

Tabela 36 – Comparativo entre as entidades mantenedoras de Programas de Residência Médica

Perfil	Pública	Pública	Pública	Privada
	Federal	Estadual	Municipal	
N. de Instituições	73	88	36	138
N. de Programas	715	521	199	722
N. de Vagas de R1	2304	2388	623	2280
N. de R1 em Área Básica	1139(49,5%)	1126(47,2%)	38(62,3%)	1179(51,7%)
N. de R1 em Especialidades Clínicas	513(22,3%)	613(25,7%)	146(23,5%)	510(22,3%)
N. de R1 em Especialidades Cirúrgicas	412(17,8%)	406(17%)	54(8,6%)	383(16,7%)
N. de R1 em Métodos e Técnicas de Diagnóstico	231(10,0%)	224(9,4%)	32(5,1%)	196(8,7%)
N. de R1 em Outras Especialidades	9(0,4%)	19(0,7%)	3(0,5%)	12(0,6%)

Conclusão

O grande desafio enfrentado pelo sistema de saúde, atualmente, é otimizar a relação entre custo e qualidade do serviço e garantir o acesso e a equidade no cuidado médico para toda a população. Nesse contexto, o papel regulatório do Estado é extremamente importante, no sentido de estabelecer a relação entre os setores público e privado, e entre provedores de serviços e o setor educacional.

De fato, o que se conclui é que a atenção médica mudou mais em função da disponibilidade de instituições e de profissionais, notadamente no setor privado, do que em razão das reais necessidades e demandas da população. Ou seja, alterações na prática médica é que têm pautado as mudanças ocorridas no processo de educação médica.

De um lado, a tendência à especialização parece ser irreversível, já que, cada vez mais, são feitos estudos aprofundados sobre áreas do conhecimento mais restritas. Dessa forma, o surgimento de outras especialidades e/ou subespecialidades tem sido contínuo, podendo-se supor que a ampliação deste leque tende para o infinito (Jadete, 2001).

De outro lado, a ampliação do conceito de saúde, ao incorporar a idéia de “qualidade de vida”, traz para o modelo de atenção à saúde toda a população. Assim, os médicos não estão mais voltados apenas para os doentes, mas também para os indivíduos em situação de risco, tanto em função das suas condições de vida, quanto da carga genética.

Dessa forma, a questão essencial é a do aumento do custo da atenção médica da perspectiva da sociedade como um todo, ao conjugarmos a premissa de incorporação de toda a população na atenção à saúde à tendência de especialização do cuidado médico, que induz, inclusive, a um uso indiscriminado de novas tecnologias de diagnóstico e tratamento.

Do prisma da formação dos profissionais médicos, um dos problemas enfrentados é o da dificuldade de definir o perfil do profissional ao término da graduação, dada a extensão e a profundidade do conhecimento. Assim, a residência

médica adquire cada vez mais importância, pois sempre é vista como uma oportunidade adicional de desenvolver o treinamento prático dos médicos. No caso brasileiro, a baixa qualidade do ensino médico tem sido o argumento utilizado para tornar a residência médica praticamente obrigatória.

No entanto, como já vimos, no caso do ensino médico, a ampliação da oferta de profissionais não contribuiu para a diminuição da concentração dos médicos nos grandes centros urbanos e na região Sudeste. De forma análoga, pode-se pensar que o aumento da oferta de programas de residência médica por si só não contribui para o equilíbrio na formação de generalistas e especialistas.

A lógica de expansão dos programas de residência médica por parte da CNRM parece não ter considerado a necessidade – ou não – para o mercado do profissional a ser formado, tanto em termos quantitativos como qualitativos. Assim, o que parece mais evidente é que essa lógica está centrada apenas em critérios endógenos, voltados para a análise interna do processo de credenciamento, não se preocupando em inserir o produto desse programa no contexto de atendimento médico do país.

O já mencionado estudo realizado pela OPAS sobre Especialidades Médicas (OPAS, 1999) mostra, de forma muito clara, que o aumento constante do número de especialidades e de especialistas, bem como de centros de formação, além de ter contribuído para a elevação do custo da atenção médica, tem suscitado algumas preocupações. Essas podem ser resumidas nos seguintes pontos:

- **na esfera acadêmica** – o aumento global da produção de médicos deu-se de forma associada a uma deterioração da qualidade da formação dos mesmos, em nível de graduação. Isso porque as instituições formadoras diminuíram sua capacidade de educar e, em parte, transferiram para o nível seguinte a correção das deficiências da formação básica, através do estágio prático, em nível de pós-graduação. Assim, a formação graduada tornou-se um simples requisito que dá acesso ao nível especializado. Como resultado, o modelo pedagógico da residência médica passa a ser privilegiado, mesmo que esteja deslocado do contexto do país;

- **na esfera profissional** – a manutenção do ritmo de crescimento dos centros médicos especializados, que continuam a formar especialistas, mesmo que o mercado de trabalho esteja saturado. Como resultado, observam-se vagas ociosas nos concursos de acesso a determinadas especialidades, bem como o fato de alguns profissionais se dedicarem a mais de uma especialidade na prática profissional. Isso porque o sistema tem como objetivo preparar profissionais dedicados ao funcionamento dos grandes hospitais ou à manutenção do esquema por eles utilizado. Assim, continua a produzir especialistas, mesmo sem colocação no mercado de trabalho. Esse processo choca-se com aquele exercido pela Sociedade de Especialistas, orientada, inclusive, para regular o acesso à especialidade;

- **na esfera do trabalho** – a expansão da oferta de médicos não é freada pelo desemprego ou subemprego dos mesmos. A evidência empírica desse processo é

o crescimento permanente de áreas, programas e egressos do nível de especialização. Chama a atenção o fato de que a maioria dos egressos dos cursos de especialização é oriunda das chamadas especialidades generalistas. E isso serve para reforçar a tese de que apenas uma minoria de especialistas é responsável pela alta dos custos da atenção à saúde.

Enfim, esse mesmo estudo salienta que só a maior participação das organizações da sociedade civil poderia reduzir o ritmo de crescimento das especialidades médicas e, portanto, reduzir os custos da atenção à saúde.

Nota Explicativa

Para fazermos estudos de projeções, utilizamo-nos da regressão em que a variável independente era o tempo, em anos. Como variáveis independentes, foram usados os números de formandos, de matrículas em escolas médicas, de evasões em escolas médicas, de residentes e de PRMs. Essas variáveis foram estratificadas por outros fatores como estado, região e categoria de instituição.

Essas regressões foram calculadas de maneira univariada. Utilizamo-nos de modelos lineares, de modelos polinomiais de segundo e terceiro graus e, eventualmente, de modelos assintóticos (modelos S e inverso).

Para a escolha do modelo mais representativo de cada situação, quando se tratava de modelos lineares ou polinomiais, usamos a equação em que o coeficiente de mais alto grau era significativo.

Os modelos assintóticos foram empregados quando a representação gráfica dos modelos lineares ou polinomiais se mostrava inadequada para calcularmos as projeções.

Reconhecemos que as extrapolações devem ser encaradas com reserva por vários motivos, tais como:

- os intervalos de confiança das regressões são amplos e aumentam nas extremidades;
- o modelo pode não exprimir sequer uma realidade do momento;
- as previsões baseadas em modelos matemáticos não incluem mudanças de situações.

Entretanto, consideramos que as regressões utilizadas representam a melhor maneira de exprimirmos as expectativas quanto ao futuro.

Um grande número de regressões e projeções foi calculado, mas no presente trabalho apresentamos apenas algumas delas. Esperamos num breve futuro apresentá-las em outra publicação.

Bibliografia

- ALMEIDA, Márcio José de. *Educação médica e saúde*. Londrina: Editora da Universidade Estadual de Londrina, 1999.
- ANDRADE, Jorge. Marco conceptual de la educación médica en América Latina. *Educación Médica y Salud*, Washington, DC, v. 12, n. 1-3, 1978.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA. *Preparação do médico geral*. [s.l.], 1983.
- BACHESCHI, Luiz Alberto. A residência médica. In: MARCONDES, E., GONÇALVES, E. L. (Coord.). *Educação médica*. São Paulo: Sarvier, 1998.
- BASEL, Maria Aparecida. Uma experiência nacional: CINAEM. In: MARCONDES, E., GONÇALVES, E. L. (Coord.). *Educação médica*. São Paulo: Sarvier, 1998.
- BRASIL. Decreto n. 3.745 – 5 fev. 2001. Institui o programa de interiorização do trabalho em saúde. *Lex-Coletânea de Legislação e Jurisprudência: legislação federal e marginália*, São Paulo, v. 65, p. 664-665, fev. 2001.
- BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Superior. Comissão de Especialistas do Ensino Médico. *A expansão da rede escolar*. Brasília, DF, 1989. (Documento, 1).
- _____. *Ensino médico e instituições de saúde*. Brasília, DF, 1989. (Documento, 2).
- _____. *Internato e residência*. Brasília, DF, 1989. (Documento, 3).
- _____. *Aspectos atuais do ensino médico no Brasil*. Brasília, DF, 1989. (Documento, 4).
- _____. *Hospital de ensino – diretrizes para seu funcionamento*. Brasília, DF, 1989. (Documento, 5).
- _____. *Ensino médico – bases e diretrizes para sua reformulação*. Brasília, DF, 1989. (Documento, 6).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 15 – 8 jan. 1991.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.127 – 31 ago. 1999.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. *Programa de saúde da família (PSF)*. Brasília, DF, 2001.
- CADERNOS DE RECURSOS HUMANOS PARA A SAÚDE. Brasília, DF: Ministério da Saúde, v. 1, n. 1, nov. 1993.
- _____. v. 1, n.3, nov. 1993.
- _____. v. 2, n.1, jul. 1994.
- CAMPOS, F. E. et al. Caminhos para aproximar a formação de profissionais de saúde das necessidades da atenção básica. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, maio/ago. 2001.
- CARVALHO, J. Monteiro. Ensino médico atual. In: HOULI JÚNIOR, M. B. C., LIMA (Ed.). *O ensino médico no Brasil*. Rio de Janeiro: [s.n.], 1967.
- CARVALHO, Pedro Ribeiro de. Demanda de especialistas no Brasil. In: HOULI JÚNIOR, M. B. C., LIMA (Ed.). *O Ensino médico no Brasil*. Rio de Janeiro: [s.n.], 1967.

- CHAVES, Mário M. Formação do médico generalista. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 22, jan./mar. 1998. Suplemento I.
- DONNANGELO, M. C. F. *Medicina e saúde: o médico e seu mercado de trabalho*. São Paulo: Pioneira, 1975.
- ELIAS, Paulo. *Residência médica no Brasil – a institucionalização da ambivalência*. [s.n.t.], 1987. (Dissertação, Mestrado).
- FERREIRA, J. R. Análisis prospectiva de la educación médica. *Educación Médica y Salud*, Washington, DC, v. 20, n. 1, p. 26-42, 1986.
- FERREIRA, José Roberto. A ordenação da formação de recursos humanos na área da saúde. *Boletim da Associação Brasileira de Educação Médica*, [s.l.], 2001.
- FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. *A formação de médicos especialistas no Brasil*. Observatório de Recursos Humanos, [s.l.:s.n.].
- _____. *Mudanças na educação médica e residência médica no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 1998.
- GONÇALVES, E. L. (Coord.). *Educação médica*. São Paulo: Sarvier, 1998.
- KASSAB, Pedro. Crescimento de médicos e da população no Brasil. *Revista da Associação Médica Brasileira*, São Paulo, v. 21, n. 9, p. 257-258, set. 1975.
- LAMPERT, Jadete Barbosa. Currículo de graduação e o contexto da formação do médico. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, jan./abr. 2001.
- MACHADO, Maria Helena (Coord.). *Os médicos no Brasil: um retrato da realidade*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997.
- _____, PINTO, Luiz Felipe. Médicos migrantes e a formação profissional: um retrato brasileiro. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 24, n.2, 2000.
- _____, REGO, Sérgio, TEIXEIRA, Márcia. Os males da especialização médica no Brasil. *Ciência Hoje*, São Paulo, v. 22, n. 130, ago. 1997.
- MELLO, C. G. de. A formação do médico generalista e a medicina previdenciária. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 22, jan./mar. 1998. Suplemento I.
- _____. A medicina previdenciária e o ensino médico. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 22, jan./mar. 1998. Suplemento I.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. *Desenvolvimento e fortalecimento da gestão dos recursos humanos no setor da saúde*. Washington, D.C., 2001.
- _____. *Recursos humanos em saúde no Mercosul*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995.
- _____. *Toward the achievement of equity and quality of the social response in health: interventions in the interface of the medical practice and education*. [s.l.], 1999. Human Resources Development Program.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. *Especialidades médicas en América Latina: análisis de su disponibilidad e institucionalidad en ocho países seleccionados*. [s.l.], 1999. Programa de Desarrollo de Recursos Humanos.

- PAIM, Jairnilson Silva. *Recursos humanos em saúde no Brasil: problemas crônicos e desafios agudos*. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública/USP, 1994.
- PEREIRA, José Carlos. Sobre a tendência à especialização na medicina. *Educación Médica y Salud*, Washington, DC, v. 14, n. 3, 1980.
- PICCINI, Roberto Xavier, FALEIROS, J. J., GIGANTE, A. G. Praticando e ensinando medicina na comunidade: o ensino. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v.10, n. 2, p. 82-86, maio/ago. 1986.
- PIERANTONI, Célia Regina. *Residência médica: meio século no Brasil*. Rio de Janeiro: Universidade Estadual do Rio de Janeiro/IMS, 1994.
- SANTOS, Néelson Rodrigues dos. Contribuição ao entendimento do novo médico geral ou de família. [s.n.t.].
- SAYEG, Mário. *A formação do médico generalista e a medicina especializada*. Textos de Apoio, Planejamento I, Recursos Humanos em Saúde. Rio de Janeiro, 1987. Programa de Educação Continuada da Escola Nacional de Saúde Pública. Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva.
- SEIXAS, Paulo Henrique D'Ángelo. *Estudo sobre sociedades de especialistas em medicina no Brasil*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1999. (Relatório Final).
- SINGER, Paul, CAMPOS, G., OLIVEIRA, E. *Prevenir e curar: o controle social através dos serviços de saúde*. Rio de Janeiro: Forense, 1978.
- SOUZA, Evandro Guimarães de. *Desenvolvimento da residência médica no Brasil*. Salvador, 1994. (Mimeogr.). (Trabalho apresentado no Encontro Nacional de Diretores de Hospitais de Ensino).
- SVARTMAN, Mauri. A utilidade do sistema de residência e sua execução. In: HOULI JÚNIOR, M. B. C., LIMA (Ed.). *O Ensino médico no Brasil*. Rio de Janeiro: [s.n.], 1967.
- TAVARES NETO, J. Situação atual dos programas de residência médica. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE EDUCAÇÃO MÉDICA, 19., 1981, Recife. *Anais...* Recife:, 1981.
- TERRANOVA, Roberto. Residência médica: até quando? *A Revista do Médico*, [s.l.], mar./abr. 2001.

1.3

ATENÇÃO BÁSICA E REFORMA CURRICULAR

*Francisco Eduardo de Campos
Raphael Augusto Teixeira de Aguiar*

Introdução

A saúde no Brasil vem sendo alvo de reflexões e mudanças gerais há algum tempo. Esse processo de redefinição não se limita ao pensar técnico-burocrático: aborda questões diversas, que vão desde a construção do próprio conceito de saúde e de seu entendimento como direito inerente à cidadania até a reestruturação do arcabouço institucional responsável pelas ações neste campo, remanejamento de competências e alterações de financiamento do setor.

É inegável que alterações de tamanha magnitude tenham ocorrido em um tempo histórico muito curto, e tal reflexão é, por si só, complexa e ao mesmo tempo instigante. Deve-se registrar aqui a existência de um contexto internacional que influenciou diretamente as mudanças ocorridas em nosso país, principalmente no que diz respeito à crescente importância dispensada à atenção básica e aos mecanismos de controle social.

Pretende-se abordar ao longo deste texto um único parâmetro de mudança que, aparentemente, não ocorre com a mesma intensidade mencionada: a reforma do ensino médico, visando à sua adequação ao intenso e rápido fluxo de mudanças ocorridas nos últimos anos. Entender o diferente ritmo de implantação da reforma curricular no Brasil, as possíveis resistências a ela e sua importância para a continuidade das reformas em desenvolvimento é de suma importância para que a mesma ocorra com sucesso.

A Educação Médica no Século XX: Breve Histórico

Os rumos tomados pela educação médica no Brasil e no mundo estão intimamente relacionados ao desenvolvimento da ciência moderna, como se verá a seguir.

Século XIX: ciência, euforia e positivismo

O final do século XIX assistiu a inúmeros avanços tecnológicos no setor saúde. As descobertas de *Pasteur* trouxeram consigo o promissor campo da microbiologia, e o entendimento de que algumas patologias possuíam determinantes precisos e potencialmente passíveis de intervenção contribuiu para uma visão positivista da saúde, a partir da qual o homem pode assumir um papel ativo e eficaz na luta contra as doenças e o sofrimento do próprio homem.

Somam-se a isso outras descobertas daquele tempo, como as descobertas de *Freud* sobre o inconsciente e suas relações com impulsos e desejos humanos, a teoria de *Darwin* sobre a seleção natural e a evolução das espécies, os estudos de *Mendel* sobre as heranças genéticas e os estudos de *Marx* e *Engels* sobre a relação entre a sociedade e os meios de produção. Essas teorias culminaram com o entendimento do homem como ser determinado por condições biológicas e ambientais, e ao mesmo tempo agente determinante (porém transformador) de seus percalços e construtor de sua própria história.

É nesse contexto positivista, de euforia e confiança na capacidade da ciência em melhorar as condições de vida do homem, que as práticas de *saúde* começam a ser confundidas com as práticas *médicas* e *curativas*, e desenvolvidas principalmente sob a bênção da *ciência*.

Século XX: Flexner e mudanças

O encontro do contexto acima descrito com a educação médica ocorreu em um ano preciso: 1910, quando *Abraham Flexner*, comissionado pela Associação Médica Americana (com o apoio da Fundação *Carnegie*), publica um estudo sobre a educação médica no Estados Unidos. A força dessa publicação, também conhecida como *Relatório Flexner*, levou ao fechamento de várias escolas médicas americanas e ultrapassou as fronteiras daquele país, passando a nortear a reestruturação do ensino médico em outras nações.

O ensino médico brasileiro, outrora fundamentado na escola francesa, incorporou o método americano. O método científico passou a ser formalmente o determinante da produção e reprodução do conhecimento médico. Os cursos passaram a ser divididos em ciclos básicos (nos quais são ensinados os substratos biológicos responsáveis pela saúde ou doença – o primeiro termo definido aqui como ausência de patologia) e ciclos profissionais (responsáveis pelo aprendizado do exercício clínico propriamente dito).

O modelo de ensino médico resultante tornou-se hegemônico em todo o mundo, predominando ao longo do século XX, e existiu simultaneamente a um progresso tecnológico inédito na história da humanidade. Pela primeira vez, o homem foi capaz de debelar infecções por meio de medicamentos e de controlar doenças com o auxílio da vacinação. A acumulação do conhecimento médico

aumentou acentuadamente a partir do término da Segunda Guerra Mundial, em consonância com o ciclo de desenvolvimento tecnológico e econômico vigente nos Estados Unidos e na Europa a partir de então.

Tornou-se reconhecida e desejada a *divisão* de todo o montante desse conhecimento via *especializações*. A *Residência Médica* surge como uma forma de adestrar profissionais médicos em serviço e delimitar a área de atuação dos mesmos, contribuindo também para a compartimentalização não só do conhecimento, mas também do próprio ser humano, objeto primordial da prática médica. Esse passa a ser visto como um complexo mecânico-biológico passível de desgaste ou dano, independentemente do contexto socioeconômico em que vive.

Medicina Flexneriana

Uma reflexão importante tem lugar aqui: enquanto o progresso tecnológico conduziu à modernização os meios de produção industrial e agrícola, de transporte, de comunicação e de infra-estrutura urbana, aumentando a eficácia e reduzindo preços, a *produção em saúde* (melhor dizendo, a *produção de procedimentos médicos*) não seguiu o mesmo caminho. Isso ocorreu basicamente por dois fatores:

1) Ainda que muitos agravos à saúde tenham sido vencidos pela disseminação das descobertas científicas, outros surgiram, acabando por estabilizar os ganhos do modelo cartesiano pregado pela medicina. Tais agravos, devido a uma tendência à cronicidade, acabam por depender cada vez mais de *care* (cuidados) do que de *cure* (cura);

2) As inovações tecnológicas em saúde não excluem umas às outras. Ao contrário de aparatos eletrônicos que possam ser facilmente “aposentados” por versões mais novas, os procedimentos e equipamentos propedêuticos, terapêuticos e paliativos (beneficiados por progressos fenomenais ao longo do século XX) são forçados à coexistência e levam, assim, a um grande acúmulo de gastos no setor.

Constatam-se, assim, problemas que não existiam durante a consolidação dos modelos assistencial e educacional vigentes. Aumento de gastos e estabilização dos benefícios, aliados à tendência ao envelhecimento populacional em diversos países, passam a preocupar virtualmente todos os sistemas de saúde e previdência existentes.

Uma defesa desses modelos merece ser desenvolvida aqui: não se pode criticá-los desvinculando-os de seu tempo. Como já foi dito, havia todo um contexto social e científico favorável à sua implantação, e diversos progressos foram capazes de melhorar a qualidade de vida do homem. Mas ao se esgotar o potencial de ganhos dos mesmos é que deparamos com os problemas acima mencionados (que, ressalte-se bem, surgiram posteriormente).

Atenção Básica, Ensino Médico e Contradições Atuais

Retomando-se o que foi dito na introdução deste texto, assistimos a uma rápida e intensa mudança na operacionalização e nos marcos conceituais do setor saúde no Brasil e no mundo. A *Reforma Sanitária*, fruto de inúmeras discussões e lutas no que diz respeito ao nosso país, almejou, entre outros objetivos, coordenar as inúmeras ações em saúde desenvolvidas paralelamente umas às outras, bem como resgatar a integralidade no cuidado da saúde do cidadão, de forma a melhorar a sua qualidade de vida e também a reduzir custos relacionados ao tratamento de males evitáveis. A Atenção Básica foi escolhida como estratégia para a contemplação dos princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde (SUS), fruto daquela reforma. Tanto as idéias existentes na Carta de Alma-Ata como a realização de experiências bem-sucedidas de extensão dos cuidados em saúde na década de 70 contribuíram para a escolha dessa alternativa. Todo esse contexto de mudança não parece, todavia, ter sido apreendido pela maioria das escolas médicas, que continuam treinando seus alunos para o exercício de uma medicina segmentada, tecnicista e muitas vezes desvinculada das necessidades sociais e da conformação do mercado de trabalho da comunidade na qual se encontram.

Algumas contradições podem ser apontadas entre a realidade profissional (cada vez mais centrada na atenção básica) e o ensino médico atual. Entre elas, destaca-se a excessiva fragmentação do conhecimento, que vai de encontro ao cuidado holístico preconizado por aquele tipo de atenção, bem como a tendência à especialização precoce dos alunos (que convivem, na maior parte do tempo, com professores especialistas e residentes em especialização) e a ênfase dada ao ensino de patologias pouco comuns e de difícil diagnóstico em detrimento daquelas dominantes no meio em que os alunos vão exercer suas práticas, passíveis de abordagem pela atenção básica.

Outras críticas são atribuídas ao ensino médico atual, quais sejam:

- O aprendizado centrado em Hospital Universitário e dissociado do Sistema de Saúde;
- A desarticulação entre as ciências básicas (ou biológicas), clínicas e sociais;
- A existência de grades curriculares baseadas em disciplinas como créditos a serem somados e desvinculados entre si;
- Os sistemas de avaliação baseados na memorização (sem que se avaliem habilidades técnico-práticas ou de relação médico-paciente);
- O enfoque do trabalho em saúde centrado na figura do médico, sendo os outros profissionais de saúde vistos como meros auxiliares a ele subordinados;
- A falta de participação das escolas em um processo integral de educação permanente para os profissionais formados.

A superação dos problemas acima requer uma agenda de reforma curricular consistente e participativa, que valorize a atitude do aluno como agente ativo de seu próprio aprendizado, e na qual sejam observados potenciais conflitos de interesses corporativos.

A Implantação da Reforma Curricular e seus Percalços

A reforma curricular não foi uma conseqüência natural da reforma sanitária, como talvez alguns esperassem. Ainda que muitas mudanças sejam discutidas em inúmeros seminários e congressos, não há garantia de que elas ocorram através de vontades expressas, mesmo que consensuais. Apenas mudanças conjunturais ou de rumo costumam surgir dessas discussões, sem que se alcancem os problemas estruturais subjacentes e sem que as necessidades de saúde da comunidade sejam devidamente consideradas pelo ensino médico.

Poder-se-ia esperar que essas mesmas necessidades se refletissem nos serviços de saúde, que, por sua vez, se refletiriam nas escolas médicas. Tal *feedback*, contudo, não costuma ocorrer em nosso meio por motivos que devem ser considerados ao se discutir a reforma curricular. São citados a seguir dois deles, sem a intenção de se esgotar as inúmeras variáveis do problema:

1) O ensino médico é, muitas vezes, um campo de reprodução das condições de trabalho dos docentes, e não dos profissionais nos serviços públicos de saúde. Como a docência médica acaba por trazer prestígio ao profissional dos serviços privados, este se faz presente no espaço acadêmico e reproduz aos alunos a medicina que estes almejam (liberal e vinculada à tecnologias complexas), e não aquela com a qual se defrontarão ao fim do curso.

Os professores contam com o apoio dos estudantes, uma vez que é mais fácil para o aluno acreditar que o restrito espaço de exercício liberal existente hoje (seleto e alcançado apenas via especialização) será conquistado por ele e não pelos outros, que se constituirão em uma massa destinada a trabalhar no espaço público que lhe fora apresentado enviesadamente.

2) A sociedade possui uma imagem peculiar da prática médica, construída com a cumplicidade dos profissionais médicos. Tal idealização exalta a intervenção e a medicação como objetos restauradores da saúde, o que garante ao paciente a passividade no cuidado de sua própria saúde e transfere ao médico a responsabilidade pela mesma. Como resultado, podemos ter médicos e comunidades desinteressados nas ações de prevenção e promoção à saúde, componentes da atenção básica.

Cabe ressaltar que a imagem glamourosa do ofício médico (que apresenta o profissional desta área como um agente curativo e a todo o tempo intervencionista, distante da atenção básica) não está restrita à comunidade, mas penetra também na própria academia com os alunos recém-admitidos nos cursos de medicina, e neles sobrevive, respaldada pelo ensino reproduzido pelos docentes acima mencionados.

A aspiração ao exercício de uma prática liberal cada vez mais escassa, bem como interesses de docentes, alunos e da própria comunidade, estão entre os principais problemas estruturais que contribuem para a manutenção do *status quo* do ensino médico em nosso meio.

Os Desafios das Reformas Curriculares

Seria um erro imaginar que há uma receita padronizada para mudar o perfil do ensino médico das escolas e inserir a atenção básica nos currículos. Os estabelecimentos de ensino são diferentes uns dos outros, tanto pela vocação institucional (pesquisa, excelência técnica, participação comunitária) como pelo perfil humano de docentes e alunos.

Como orientação para a reflexão e o início do processo de mudanças, foram propostos três eixos de direção para a evolução das escolas. Tais eixos são independentes uns dos outros, e uma visão total da situação de uma escola médica, considerando-se todos eles, facilitaria o diagnóstico e a proposição de ações reformadoras. Não é objetivo deste texto o aprofundamento dessa proposta, portanto os eixos serão explicitados e, a seguir, será feita uma análise de seus objetivos.

Orientação teórica das escolas médicas

O primeiro eixo diz respeito à *orientação teórica* das escolas, situando-as em relação à produção de conhecimentos relevantes aos serviços de saúde, à oferta de *pós-graduação* e de *educação permanente*.

O desafio a ser vencido aqui parte da constatação de que as *pesquisas científicas* são conduzidas por uma lógica diferente, própria de países desenvolvidos. Por se preocupar com a indexação e o reconhecimento de seus artigos na comunidade internacional (parâmetros correntes de avaliação institucional), ao pesquisador nem sempre é interessante estudar assuntos de grande importância em seu meio, principalmente se eles não são importantes nos países desenvolvidos.

A atenção básica é, por natureza, heterogênea. Cada comunidade possui um perfil único, e esta heterogeneidade é justamente um dos motivos que conduziu o sistema de saúde brasileiro à descentralização. Portanto, há que se promover a produção de pesquisa em consonância com as diferentes necessidades dos meios nos quais a mesma é produzida.

Este item também se refere às *modalidades de pós-graduação* oferecidas pelas escolas, uma vez que a residência, principal pós-graduação *lato sensu* para médicos, pode ser desenhada por uma lógica interna das instituições, atendendo a grupos de pressão, interesses de um único serviço ou mesmo corporativos.

A conformação de programas de residência de acordo com as necessidades do sistema de saúde é fundamental para o sucesso de uma reforma curricular, uma vez que os mesmos têm um grande impacto tanto sobre o ensino como sobre a postura do estudante em relação ao aprendizado.

Também o oferecimento de programas de *educação permanente* é uma preocupação válida para o desenvolvimento da escola segundo esse eixo, uma vez que os mesmos demandam pesquisa e atividades docentes, além de afirmar o papel da escola médica na continuidade da atenção a seus ex-alunos, profissionais do sistema de saúde.

Por fim, aqui é também considerada a valorização dos *determinantes de saúde* durante a formação médica, que podem variar desde o ensino puro de aspectos biomédicos voltados para o diagnóstico e tratamento dos pacientes até a apreensão dos fatores ambientais e socioeconômicos vinculados ao processo saúde-doença.

Abordagem pedagógica

Este eixo se ocupa basicamente da *estrutura curricular* em si, o *processo didático-pedagógico* empregado nas atividades curriculares e a *orientação programática*.

Em relação à *estrutura curricular*, o desafio consiste na promoção de um currículo integrado, reduzindo-se ao máximo a fragmentação causada pela separação dos cursos em ciclos básico e profissional. Outro desafio é promover a inter e a transdisciplinaridade dentro do trabalho em saúde, ressaltando o caráter multiprofissional da atenção básica.

O item *mudança pedagógica* tem como desafio a participação ativa do aluno em seu próprio processo de aprendizagem. Para isso, os modelos tradicionais de ensino, centrados no professor, na teoria e em aulas expositivas, devem ser substituídos por métodos que valorizem a participação do aluno e a reflexão do mesmo sobre o conteúdo administrado, e que proponham desafios a serem superados pelos alunos, tornando-os sujeitos na construção de seu conhecimento.

As grandes turmas de alunos devem dar espaço a grupos reduzidos, possibilitando a participação ativa e a troca de idéias, impressões e experiências. A aprendizagem baseada em problemas, a multiplicidade de cenários de aula e o uso efetivo de laboratórios de simulação, bibliotecas adequadas, sistemas de informação e serviços de saúde são importantes para a realização do desafio mencionado.

Os métodos de *avaliação*, usualmente teóricos e valorizadores da memorização, devem dar lugar a métodos que promovam a avaliação de todas as habilidades que devem ser desenvolvidas pelos alunos, entre elas a relação médico-paciente, a destreza psicomotora exigida por certos exames e procedimentos e a capacidade de diagnóstico coletivo e intervenção na comunidade, através de ações planejadas.

Os alunos devem aprender a aprender, ou seja, devem ser capazes de buscar a informação desejada em livros, periódicos, bases de dados ou na Internet, utilizando-se de sua capacidade de reflexão e avaliação crítica como ferramentas de seleção da informação.

A *orientação programática* versa sobre o desafio de se inverter a seqüência clássica *teoria/prática* no ensino, promovendo a prática como determinante da teoria na construção do conhecimento através da *ação-reflexão-ação*.

Cenário de práticas

O eixo *cenário de práticas* ocupa-se dos locais de prática da aprendizagem e da abertura dos serviços da instituição ao sistema de saúde local. O desafio contido aqui diz respeito à substituição do tradicional uso dos hospitais (notadamente as suas enfermarias, *loci* privilegiado para o treinamento prático) pelos ambulatórios e serviços de atenção básica.

A supervalorização do espaço hospitalar no ensino médico opõe-se à progressiva *desospitalização* da atenção à saúde e, muitas vezes, amarra o aprendizado às demandas de ensino e pesquisa próprias da instituição.

Já o ensino na comunidade, nos domicílios e nos centros de saúde reduz os custos, diversifica a clientela atendida (que deixa de ser cativa e redundante como a da atenção terciária) e promove a integração entre aluno, docente e comunidade. A transição de um serviço de saúde isolado e vicioso para um serviço aberto e integrado ao SUS é fundamental para o vencimento desse desafio.

Por trás de todos esses desafios está o maior de todos: a formação de indivíduos que exerçam sua capacidade de reflexão sobre o meio em que vivem; que adotem uma postura crítica em relação ao seu trabalho e ao conhecimento apreendido em seu processo de educação permanente; que saibam integrar diferentes conhecimentos no planejamento de ações em saúde e valorizar o trabalho em equipe; e, sobretudo, que saibam exercer o seu ofício com ética, humanidade e respeito ao próximo, estendendo sua dedicação além da cura individual e em direção à prevenção, reabilitação e promoção da saúde de toda a comunidade.

Bibliografia

CAMPOS, F. E. La equidad y la relación entre la universidad, los servicios de salud y la comunidad. *Educación Superior y Sociedad*, Caracas, v. 7, n. 2, p. 5-12, [s.d.].

_____. O sistema integrado de prestação de serviços de saúde no norte de Minas Gerais como espaço de atuação acadêmica. In: FLEURY, S. *Projeto Montes Claros: a utopia revisitada*. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1995. p. 219-239.

_____, ALBUQUERQUE, E. M. As especificidades contemporâneas do trabalho no setor saúde: notas introdutórias para uma discussão. In: CASTRO, J. L., SANTANA, J. P. (Org.). *Negociação coletiva do trabalho em saúde*. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 1998. p. 41-69.

- CAMPOS, F. E. et al. Caminhos para aproximar a formação de profissionais de saúde das necessidades da atenção básica. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 53-59, maio/ago. 2001.
- FERREIRA, J. R. O médico do século XXI. In: ARRUDA, B. K. G. (Org.). *A Educação profissional em saúde e a realidade profissional*. Recife, PE: Instituto Materno-Infantil de Pernambuco/Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001. cap. 2, p. 27-47.
- MARANHÃO, E. A., SILVA, F. A. M. Formação médica – novas diretrizes curriculares e um novo modelo pedagógico. In: ARRUDA, B. K. G. (Org.). *A Educação profissional em saúde e a realidade profissional*. Recife: PE: Instituto Materno-Infantil de Pernambuco/Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001. cap. 8, p. 153-168.
- SANTANA, J. P., CAMPOS, F. E., SENA, R. R. *Formação profissional em saúde: desafios para a Universidade*. Disponível na Internet: <http://www.opas.org.br/rh/publicacoes/textos_apoio/ACF2114.pdf>. Acesso em: 2 jul. 2002.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Declaration of Alma-Ata*. Alma-Ata, URSS, 1978.

2

DESCENTRALIZAÇÃO E RECURSOS INSTITUCIONAIS PARA CAPACITAÇÃO DE PESSOAL

2.1

PÓLOS DE CAPACITAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA: ALTERNATIVAS DE DESENVOLVIMENTO DE RECURSOS HUMANOS PARA ATENÇÃO BÁSICA

*Célia Regina Rodrigues Gil
Maria Angélica Curia Cerveira
Zelma Francisca Torres*

O descompasso entre a formação dos profissionais de saúde, as necessidades dos serviços, principalmente aqueles que configuram o primeiro nível de atenção, e as necessidades de saúde da população não é um dilema recente para o setor público de saúde brasileiro.

Nos últimos anos, porém, após o advento do Sistema Único de Saúde – SUS, esse problema tem adquirido importância crescente, tornando-se cada vez mais visível para os gestores, que não podem contar com um quadro de profissionais preparados, com suficiência quantitativa e qualitativa, para atuar no âmbito da atenção básica e, conseqüentemente, fortalecer este nível de atenção no Sistema Único de Saúde. Por sua vez, os órgãos formadores não têm mais como desconsiderar essa realidade, que tem se mostrado cada vez mais evidente às instituições de ensino.

Esses fatores remetem à necessidade premente de buscar alternativas de mudança na área de desenvolvimento de recursos humanos que possam ir ao encontro das necessidades emanadas pelo processo de construção de um sistema de saúde mais equânime e justo para todos.

Tais mudanças exigem esforços concatenados principalmente entre as duas vertentes que regem a partitura de recursos humanos para o SUS, ou seja, instituições formadoras e prestadoras de serviços de saúde. Esse é um problema que evoca uma melodia a ser tocada a quatro mãos.

No entanto, o distanciamento entre o processo de formação dos profissionais de saúde e as necessidades dos serviços tem-se manifestado como um problema crônico dentro de um quadro muito complexo. Apesar da difícil solução, há sinais crescentes de oportunidades, na perspectiva da própria evolução das políticas públicas do setor saúde. Os avanços obtidos através dos sucessivos movimentos de aproximação das políticas de reorientação do modelo e das práticas de atenção à

saúde, com vistas à reorganização do sistema, têm sido determinantes nesse processo.

O objetivo deste artigo é traçar, sucintamente, um paralelo entre a evolução da saúde pública no Brasil a partir da década de 70 até a criação do SUS e as políticas de desenvolvimento de recursos humanos neste período, no contexto dos Pólos de Capacitação e da articulação entre os gestores do SUS e as universidades. Para isso, o artigo foi estruturado em tópicos que visam a aproximar, minimamente, os principais cenários em que se desenvolveram tais processos, buscando compreender seus limites e possibilidades para o desenvolvimento de recursos humanos para o SUS na lógica da articulação ensino-serviço.

Contexto Sócio-Histórico: da Atenção Primária à Saúde à 8ª Conferência Nacional de Saúde

No Brasil, apesar do desfavorável contexto sócio-político dos anos 60 e 70, alguns projetos alternativos para o setor saúde foram desenhados com o objetivo de criar um sistema de saúde mais descentralizado, resolutivo, equânime e que pudesse atender as necessidades de saúde da população, principalmente das camadas sociais de menor acesso ao sistema.

Foi assim que, na década de 70, por iniciativa de algumas prefeituras municipais ou de algumas instituições universitárias, teve início o processo de delineamento de novas práticas de atenção à saúde e novos modelos de organização de serviços locais, no enfoque proposto pela Atenção Primária à Saúde – APS (Escorel, 1998).

Em 1978, com a ampla divulgação da Declaração de Alma-Ata, elaborada durante a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, alguns municípios passaram a adotar aquelas recomendações como eixo norteador da organização da assistência. Os cuidados primários de saúde traziam em seu bojo questões fundamentais para a reorganização dos serviços, tais como: importância das ações de promoção da saúde e prevenção das doenças; saúde como direito dos povos e dever do Estado; atenção ao indivíduo e à família; referência e contra-referência no sistema de saúde; vínculo dos serviços com a população; oferta de ações básicas de saúde; intersectorialidade das ações; participação da comunidade; planejamento das ações; trabalho em equipe, incluindo auxiliares de saúde oriundos das comunidades das áreas de abrangência dos postos de saúde, entre outras (Alma-Ata, 1978).

Naquele momento, em meio ao debate sobre necessidades de saúde da população *versus* organização dos serviços, já se evidenciava o descompasso entre o perfil de profissionais de saúde que a população brasileira precisava e o perfil que as escolas formavam para o mercado. O modelo representado pela APS tornava nítidas as diferenças entre um modelo que pudesse atender às necessidades de saúde da população e o modelo hegemônico e sua relação com o processo de formação dos profissionais, principalmente do médico.

Alguns importantes estudiosos, críticos do modelo adotado pelas políticas de saúde no Brasil, como Samuel Pessoa, Carlos Gentile de Mello, Maria Cecília Donnângelo, Nelson Rodrigues dos Santos, já apontavam esses problemas e indicavam a questão da formação médica como um dos pilares para a mudança de concepção dos modelos e práticas da atenção à saúde. Muitos questionamentos sobre a fragmentação excessiva do cuidado, a dependência do complexo médico-industrial, a mercantilização da medicina e a desvalorização do compromisso social do trabalho médico, principalmente com a população de menor poder aquisitivo, compunham as reflexões teóricas traçadas por estes autores (Mello, 1977; Mello, 1981; Pessoa, 1978; Donnângelo, 1972; Santos, 1978).

Durante os anos subseqüentes, alguns estados e municípios brasileiros avançaram lenta e gradativamente na implantação e expansão do modelo de atenção primária em saúde em contraposição ao modelo hegemônico. No início da década de 80, o já extinto Ministério da Previdência e Assistência Social, através do CONASP – Conselho Consultivo da Administração da Saúde Previdenciária, lançou a proposta de reorientação técnica e política da assistência à saúde no âmbito da Previdência Social. Essa proposta estava pautada em quatro grandes eixos: racionalização dos gastos, reorganização dos serviços, maior e melhor utilização dos serviços da rede pública e valorização do quadro próprio de recursos humanos. Como estratégia de desenvolvimento, criou as Ações Integradas de Saúde – AIS, que previam, entre outros, mecanismos de repasse de recursos financeiros a estados e municípios para a prestação de serviços básicos de saúde mediante convênios entre União e estados e a criação de instâncias colegiadas de articulação e negociação entre as diferentes esferas de governo (Plano CONASP, 1980).

Nesse contexto sócio-histórico, o país vivia um momento de abertura política, com eleições diretas para governos de estado. Em algumas das unidades da federação, os governadores eleitos e seus secretários de saúde estavam comprometidos com projetos de desenvolvimento de políticas sociais mais democráticas e descentralizadoras. Esses requisitos foram decisivos para o processo de tomada de decisão rumo à descentralização dos serviços de saúde e ampliação das experiências de atenção primária que, em alguns casos, puderam ser acompanhadas de estímulos técnicos e financeiros destinados à criação de estruturas de saúde no âmbito municipal. Dessa forma, a proposta apresentada pelo CONASP passou a ser considerada por alguns dirigentes como uma estratégia oportuna e um desafio para a implantação de uma rede hierarquizada e descentralizada de serviços a partir das experiências de atenção primária, que já traziam algum acúmulo crítico reflexivo e resultados que permitiam avaliá-las como uma alternativa a ser adotada pelos municípios.

A abertura de espaços para a entrada de um novo ator no contexto das políticas de saúde – os municípios – fez com que houvesse uma expansão dos serviços de atenção básica e, conseqüentemente, aumentou o ingresso de profissionais de saúde no setor público. Dados coletados pela Fundação IBGE, através do Inquérito de Assistência Médico-Sanitária – AMS, demonstram que, no período de 1980 a 1987 no Brasil, houve um aumento dos estabelecimentos

municipais de saúde, de caráter público e sem internação. Apontam ainda o crescimento de postos de trabalho tanto de profissionais de nível superior quanto de pessoal técnico e auxiliar nos estabelecimentos municipais públicos (Estatísticas da Saúde, 1987).

Neste período de expansão dos serviços e do quadro de profissionais no setor público, houve muito debate sobre a temática de recursos humanos e a necessidade de adequação dos perfis profissionais à nova conjuntura setorial que se delineava. A insuficiência quantitativa e qualitativa de profissionais, principalmente do médico, tornou-se mais evidente e os debates em torno desta questão ganharam corpo sem, no entanto, atingir mais agressivamente as universidades.

As propostas de desenvolvimento de recursos humanos vigentes naquele período e sugeridas pelo Ministério da Saúde estavam voltadas fundamentalmente para a formação e capacitação dos profissionais de saúde já graduados, inseridos ou em fase de inserção nos serviços. Uma das alternativas adotadas foi buscar mecanismos que suprissem as deficiências nas áreas da atenção básica, diversificando e aumentando a oferta dos cursos nas áreas programáticas específicas. Tais cursos foram organizados para atender aos diferentes programas do Ministério da Saúde naquele momento que se constituíam nas prioridades para a organização dos sistemas municipais de saúde.

Pode-se concluir, hoje, que o processo de desenvolvimento de recursos humanos ocorreu, predominantemente, de forma pontual, fragmentada, descontínua, não priorizando ciclos de vida e também não dando conta da integralidade da assistência. Entretanto, mesmo com essas limitações, pode-se afirmar que houve avanços importantes para a área de desenvolvimento de recursos humanos, principalmente no que se refere aos aspectos conceituais e teórico-metodológicos dos cursos.

Muitas áreas programáticas reorientaram os projetos pedagógicos das suas capacitações e, para o desenvolvimento dos cursos, várias secretarias estaduais de saúde revitalizaram seus centros formadores para poder apoiar o processo. Pode-se citar, a título de exemplo, as capacitações do PAISM – Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher; do PAISC – Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança; do CBVE – Curso Básico de Vigilância Epidemiológica, etc. Outra iniciativa importante foi a do Projeto Larga Escala, que propunha a formação do quadro de pessoal de nível médio, principalmente dos auxiliares de enfermagem, através da formação de enfermeiros instrutores, sendo toda a concepção do curso desenvolvida com base na metodologia da problematização. Essa iniciativa foi uma das mais significativas no desenho metodológico que influenciou a formatação dos cursos, pois permitia trabalhar o processo de capacitação concomitantemente ao de gestão dos serviços.

Essas alternativas vieram acompanhadas de outras que compunham o cenário de desenvolvimento de recursos humanos, como a ampliação e descentralização da oferta de Cursos de Especialização em Saúde Pública. Esse projeto foi desenvolvido numa parceria entre a Escola Nacional de Saúde Pública,

Escolas de Saúde Pública das secretarias estaduais de saúde e universidades adeptas da proposta. Naquele período, estes atores, SES e universidades, articularam-se para aumentar a oferta de formação de profissionais em saúde pública por meio do desenvolvimento destes cursos descentralizados de especialização.

Outras iniciativas também compuseram a oferta de capacitações, mais voltadas a apoiar áreas estratégicas dos serviços de saúde no âmbito gerencial. Entre elas, pode-se destacar o CADRHU – Curso de Atualização e Desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde, o CAPSIS – Curso de Aperfeiçoamento em Planejamento de Sistemas Integrados de Saúde e o CAVISA – Curso de Atualização em Vigilância Sanitária. Todos esses cursos eram modulares, tinham uma carga horária expressiva e contavam com um amplo quadro de instrutores em âmbito nacional. Essas iniciativas tinham apoio da OPAS e do Ministério da Saúde.

Todos esses cursos e capacitações cumpriram papel fundamental na estruturação dos serviços estaduais e municipais de saúde e, conseqüentemente, na organização da atenção básica. Também representaram suporte para a reflexão sobre os processos de articulação entre aparelho formador e prestador de serviços e influenciaram as universidades na reorientação, ainda que tímida, de seus conteúdos curriculares nas áreas concernentes à saúde coletiva. Nesse período, as Leis de Diretrizes e Bases do Ensino Superior não contemplavam mudanças que favorecessem uma aproximação mais efetiva entre a formação dos profissionais, necessidades dos serviços e as necessidades de saúde da população.

Em 1986, houve a 8ª Conferência Nacional de Saúde, considerada ponto de inflexão para a história do movimento político pela reformulação do sistema nacional de saúde. Essa conferência priorizou em seu temário o enfoque do direito à saúde e levou os quase cinco mil participantes que lá estiveram a se mobilizar em torno de um projeto necessário ao avanço da democratização da saúde: a criação de um novo sistema, de caráter nacional, mais equânime e justo para a população (Ministério da Saúde, 1986).

A 8ª Conferência Nacional desencadeou uma série de conferências temáticas que passaram a acontecer imediatamente após sua realização. As mesmas eram organizadas e realizadas em âmbito estadual e os representantes se reuniam nas conferências nacionais para aprofundamento e sistematização de propostas e encaminhamentos. Foi nesse movimento de muita discussão que aconteceu a I Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde, realizada em setembro de 1986 e que contou com uma ampla participação de estados e municípios (Ministério da Saúde, 1986).

Em 1988, houve no Brasil a promulgação da nova Constituição Federal e a criação do Sistema Único de Saúde – SUS, tendo como premissa “a saúde como direito universal, garantido mediante políticas públicas”, e como diretrizes a universalização e a descentralização do atendimento, a equidade, a integralidade da assistência e a participação social.

A década de 80 terminou com a realização do Seminário *Nacional Política de Recursos Humanos para o Sistema Único de Saúde*, realizado em 1989 e promovido pelo Ministério da Saúde, com apoio da OPAS (Ministério da Saúde, 1989). Desse seminário resultou uma publicação intitulada *Sistema Único de Saúde: Diretrizes para Formulação de Política de Recursos Humanos*, ressaltando os avanços na regulamentação jurídico-normativa do setor saúde na Constituição Federal, em que é atribuída ao SUS a competência de “ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde”.

A Década de 90 e a Implantação do SUS: Desafio para os Atores Sociais

A implantação do SUS veio acompanhada de um grande desafio aos gestores, intelectuais, professores, dirigentes universitários, pesquisadores e profissionais de saúde, à medida que explicitou a abertura de possibilidades e dificuldades para a construção de um novo paradigma de orientação do modelo assistencial e das práticas de atenção à saúde no Brasil a partir da concepção “Saúde enquanto um Direito de Cidadania e um Dever do Estado”.

Durante a implantação do SUS, foram desenvolvidos e aperfeiçoados os mecanismos para seu funcionamento e regulamentação em todo o território nacional, com definição de competências e atribuições para os diferentes níveis governamentais e, a cada etapa de implementação do sistema, foram criados ou aperfeiçoados os seus instrumentos de gestão.

No período inicial da década de 90, o debate em torno do desenvolvimento de recursos humanos para o SUS emergiu novamente, desta vez abarcando as diferentes faces do problema. Por um lado, manifestava-se a insatisfação por parte dos gestores quanto ao desempenho dos profissionais nos serviços, cujos sintomas eram o não-cumprimento da carga horária, principalmente por parte do profissional médico; nível alto de absenteísmo no trabalho; baixa resolutividade dos serviços e reclamações constantes da população quanto à qualidade do atendimento. Por outro lado, os profissionais também se mostravam bastante insatisfeitos, uma vez que as condições de trabalho e os salários não eram compatíveis com o que se exigia em relação ao cumprimento da jornada de trabalho e desempenho profissional. Essas questões, na verdade, camuflavam uma questão mais profunda dentro do projeto de construção do SUS, referente à valorização social dos profissionais de saúde no setor público.

Esta polarização entre os gestores das diferentes esferas do governo e os profissionais do SUS arrastou-se por quase toda a década. A grande queixa dos gestores focalizava-se na falta de cumprimento do horário estipulado pelas normas e padrões estabelecidos pelo SUS e no baixo compromisso profissional da categoria médica com os serviços. Por outro lado, a grande queixa dos profissionais médicos ficou centrada na desvalorização profissional, traduzida em baixos salários e no não-reconhecimento social dos profissionais que trabalhavam nos serviços locais de saúde, enfrentando toda sorte de problemas e dificuldades próprias deste nível da

atenção. Tal conflito e a necessidade de buscar mecanismos para superá-lo passaram a ser um desafio para a implementação do sistema.

Outros problemas emergiram nesse período: em decorrência dos baixos salários, os profissionais enfermeiros e auxiliares de enfermagem passaram também a procurar outros vínculos empregatícios em busca de melhores rendimentos. Dessa forma, uma das idéias centrais de fortalecimento do SUS, que era a existência de um quadro de profissionais próprio, com dedicação em tempo integral aos serviços de atenção básica, começa a apresentar sinais de seus limites.

Portanto, observa-se que, durante a primeira metade dos anos 90, poucos foram os avanços e inovações na área de desenvolvimento de recursos humanos para o SUS. Ao contrário, os problemas e dificuldades se amplificaram sem que surgissem no cenário nacional possibilidades de superação.

O tema desenvolvimento de recursos humanos para o SUS passou a constar na agenda das conferências municipais, estaduais e nacionais de saúde, porém poucas foram as propostas inovadoras apresentadas e insuficientes as iniciativas de criação de mecanismos de valorização profissional que possibilitassem maior adequação do desempenho dos profissionais às necessidades do sistema de saúde da população. Das poucas experiências em andamento, nenhuma gerou grandes contribuições para solucionar a problemática do setor.

Um outro ponto que ficou evidenciado nesse período foi a necessidade de maior domínio de conhecimentos e habilidades gerenciais que o desenvolvimento do SUS passou a requerer. A discussão em torno de algumas propostas, como a da implementação de Distritos Sanitários e sua lógica de territorialização dos serviços, a descentralização do planejamento, com ênfase no planejamento local, e a necessidade de criação de sistemas de avaliação, com ênfase em avaliações de resultados, levou muitos municípios a investir na formação de um quadro de gerentes locais, aderindo à proposta apresentada pela parceria OPAS e Ministério da Saúde de capacitação em gerência. O Projeto GERUS – Desenvolvimento Gerencial para Unidades Básicas de Saúde talvez tenha sido uma das poucas iniciativas importantes para a formação dos trabalhadores do sistema de saúde nessa década.

Essa proposta, bastante difundida entre os gestores municipais, representou um investimento ímpar para a formação de profissionais de saúde com função de exercer a gerência local ou distrital. O GERUS foi desenvolvido, na maioria dos casos, a partir da decisão dos gestores municipais e por meio de cursos de especialização que se efetivaram em parceria com as universidades. No entanto, para o desenvolvimento da gerência local, outros mecanismos de gestão precisavam ser fortalecidos, com a participação e decisão política dos gestores locais.

No período de 1994 a 2000, foram formados em torno de 2.800 especialistas em Gerência de Unidades Básicas, 769 monitores, envolvendo cerca de 250 municípios.

Em que pese a importância dessa iniciativa, as avaliações parciais sobre os aspectos teórico-conceituais e metodológicos dessas capacitações demonstram que tal iniciativa, apesar de contribuir para o desenvolvimento institucional, não poderia, isolada, ter a capacidade de efetivar mais substantivamente as mudanças necessárias para a melhoria da qualidade dos serviços. Segundo Bertussi (2002),

“...vale ressaltar que a proposta de desenvolvimento gerencial teve o objetivo de alavancar o desenvolvimento institucional, não sendo, portanto, um cardápio de ações para o desenvolvimento gerencial (...) o GERUS contribuiu para uma nova cultura organizacional, independentemente de atores institucionais negarem o desenvolvimento institucional, porque as condições favoráveis e desfavoráveis à mudança são criadas e se tornam propriedades do meio organizacional”.

Infelizmente, muitos gestores locais limitaram-se a liberar seus profissionais para a realização dos cursos sem a preocupação e o compromisso de repensar o processo de organização do trabalho das equipes locais, suas relações com as equipes de nível central e o processo de gestão como um todo.

O Cenário Acadêmico dos Anos 90

No cenário acadêmico, nesse período, alguns fatos merecem destaque no contexto da formação e desenvolvimento de recursos humanos para o SUS. Alguns fatores contribuíram para potencializar as possibilidades de mudança no campo do ensino. Entre eles, o fato de que alguns professores universitários, ex-gestores do sistema comprometidos com a implementação do SUS e da reforma sanitária brasileira, voltam às instituições acadêmicas de origem para desencadear diferentes movimentos reflexivos em torno da reorientação da formação de recursos humanos para o SUS. Esses atores redirecionam o processo de formação dos profissionais da área da saúde, abrindo novos espaços institucionais para o avanço dessas reflexões e a realização de algumas experiências inovadoras destinadas a contribuir mais efetivamente para o desenvolvimento do SUS.

Outro fator que contribuiu para este movimento de transformação curricular no âmbito das universidades foi a convocação feita pela Fundação W.K. Kellogg, em 1990, para o Programa UNI – Uma Nova Iniciativa na Formação dos Futuros Profissionais de Saúde em União com a Comunidade. Essa convocação reuniu instituições de ensino superior de vários países da América Latina e Caribe, entre eles o Brasil, para um repensar sobre o processo de ensino de graduação dos cursos da área da saúde, em especial os de medicina e enfermagem.

Um dos requisitos para a adesão ao Programa UNI era a articulação da academia com os serviços de saúde e a comunidade da área de abrangência dos projetos, que deveria estar retratada desde a formulação de cada um dos projetos até a execução e avaliação dos resultados alcançados pelos mesmos. Ao todo participaram, na América Latina, vinte e três universidades que, com a aprovação de seus projetos, receberam um incentivo financeiro específico da Fundação para desenvolverem suas estratégias de reorientação e reformulação curricular nos

cursos na área da saúde. No Brasil, participaram dessa convocação seis universidades distribuídas em cinco estados: UNESP e FANEMA em São Paulo, UEL no Paraná, UFBA na Bahia, UFRGN no Rio Grande do Norte e UnB no Distrito Federal (Kisil & Chaves, 1996).

Um dos produtos mais importantes desse processo foi a possibilidade de intercâmbio dessas experiências e a criação de um acúmulo de conhecimentos no que se refere a inovações curriculares na área da saúde e, sobretudo, na educação médica no Brasil e no mundo. Os atores, implantando mudanças mais efetivas em seus locais de atuação, contribuíram para a construção de cenários de transformação nas políticas de formação de profissionais para a saúde. Por suas experiências concretas, esses atores vêm-se legitimando e acumulando poder de influência no processo de inovações curriculares.

Segundo Almeida (1999),

“...a proposta UNI contou, na sua fase de concepção, com a participação de líderes do movimento de educação dos profissionais de saúde (medicina, enfermagem, odontologia) e do movimento de reforma do setor saúde existentes na América Latina, particularmente do movimento pela Reforma Sanitária Brasileira”.

Em meados da década de 90, no desenrolar desse processo, as experiências em desenvolvimento oriundas dos Projetos UNI somaram-se às desenvolvidas pelos Projetos de Integração Docente-Assistencial – Projetos IDA, já existentes no país desde os anos 70, criando, nesta fusão, a Rede UNIDA. A parceria ensino-serviço-comunidade foi, então, plantada no cenário de formação dos futuros profissionais de saúde, rompendo a tradição acadêmica de pensar *para* os serviços e fortalecendo a vertente de pensar *com* os serviços de saúde e comunidade.

Nessa época, portanto, pode-se dizer que, no âmbito do desenvolvimento do SUS, havia dois cenários distintos, porém com potencial para se complementar e fortalecer mutuamente. De um lado, gestores e lideranças do sistema criando e aperfeiçoando os mecanismos de gestão do SUS nas três esferas de governo, revendo os aspectos jurídicos e organizacionais que regem o sistema único. De outro, um crescente movimento por parte da academia revendo seu papel enquanto formadora de recursos humanos para o SUS e retomando sua missão de preparar mais adequadamente os futuros profissionais para as mudanças necessárias ao fortalecimento do sistema.

Situação Atual: Alguns Desafios para a Consolidação do SUS

Hoje, decorrida mais de uma década da criação do SUS, observa-se que, no campo da gestão, apesar das conquistas obtidas no plano jurídico-constitucional, com as Leis n. 8080 e n. 8142, as Normas Operacionais Básicas do sistema e, mais recentemente, a NOAS – Norma Operacional da Assistência à Saúde, ainda são insuficientes os avanços rumo às mudanças nas práticas organizacionais e administrativas que possam garantir a consolidação do Sistema Único de Saúde no Brasil.

O mesmo pode ser dito em relação ao processo de mudança na formação dos profissionais de saúde. Em que pese os avanços no campo acadêmico, as experiências inovadoras em andamento ainda não afetaram substantivamente as grandes e tradicionais instituições de ensino. As conquistas estão ocorrendo ainda em universidades de menor porte e não atingiram os grandes estados centrais do país, dificultando a visibilidade e poder de influência dessas experiências. Isso posto, entende-se que os modelos de ensino dos cursos da área da saúde, em sua grande maioria, ainda estejam centrados em práticas predominantemente especializadas e hospitalares, na visão uniprofissional, nos currículos que pouco valorizam a atenção básica e na baixa relevância da concepção de promoção e vigilância da saúde e qualidade de vida dos cidadãos.

Nos serviços, ainda persistem problemas como a baixa qualidade da assistência à saúde, a baixa resolutividade da atenção básica e a permanência do modelo centrado exclusivamente na doença e na fragmentação dos cuidados, demonstrando a fragilidade do sistema. Entretanto, mesmo com tais dificuldades, não há como negar os avanços obtidos nesses anos de construção de um novo modelo de atenção e um novo modelo de formação de profissionais para o setor saúde. O sistema conta hoje com uma expressiva participação dos municípios na prestação de serviços, há mecanismos de regulação e de normatização do sistema que são relativamente uniformes em todo o país, imprimindo características mais efetivas de um real “sistema nacional de saúde”, há um quadro de recursos humanos bastante significativo atuando no setor de prestação de serviços públicos de saúde, principalmente no âmbito municipal. No que se refere às questões de infra-estrutura e expansão da rede de serviços básicos, os progressos também foram significativos. Entretanto, tais conquistas não vieram acompanhadas de uma política correspondente de recursos humanos, que tivesse como objetivo central o fortalecimento efetivo do SUS.

O desenvolvimento de recursos humanos para o SUS ainda representa um dos nós críticos mais importantes para a viabilização das mudanças mais profundas no modelo de atenção e decorre, em parte, do fato de que a expansão dos serviços está ocorrendo sem uma política agressiva no processo de formação, qualificação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde comprometida com a consolidação do SUS e com a atenção básica. Apesar da Constituição Federal de 1988 afirmar que o SUS deve ordenar a formação de recursos humanos, esta medida ainda não se fez valer.

A Estratégia de Saúde da Família na Reorganização da Atenção Básica: Velhos Problemas, Novos Desafios para a Questão de Recursos Humanos

Foi no contexto acima descrito que, em meados da década de 90, o Ministério da Saúde iniciou a implantação do Programa Saúde da Família – PSF, criado em 1994 como proposta de reorganização dos serviços básicos de saúde. O PSF surgiu, inicialmente, para atuar junto com o Programa de Agentes Comunitários em Saúde – PACS, criado em 1991, tendo como um dos objetivos tornar o atendimento à

saúde mais próximo da população, estendendo a cobertura das ações de promoção e prevenção e chegando mais perto ainda da ponta do sistema.

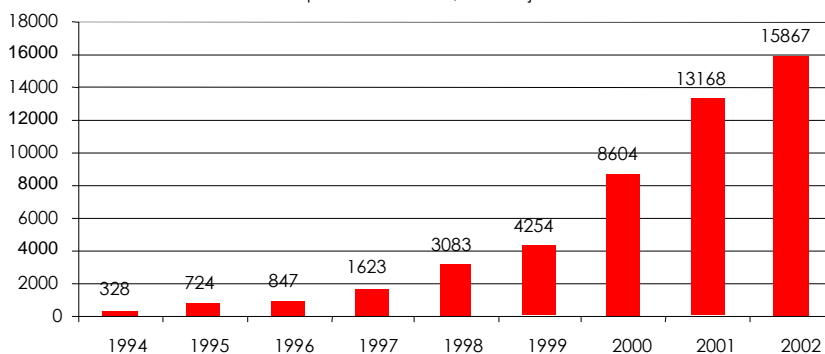
Os documentos oficiais do Ministério da Saúde (1998) apontam que a estratégia da Saúde da Família tem como objetivo geral contribuir para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde, tendo como foco a família, percebida a partir do seu ambiente físico e social, possibilitando às equipes profissionais tanto uma compreensão ampliada do processo saúde/doença quanto intervenções que possam ir além das práticas curativas habituais. Essa estratégia deve ser desenvolvida por equipes minimamente compostas por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde.

Ao longo dos anos, tal proposta passou a ganhar novos espaços, em função dos resultados que mostraram um impacto positivo para a atenção básica. O número de municípios que aderiram ao PSF foi crescendo e as experiências ganharam visibilidade, apontando o Saúde da Família como um dos caminhos para a melhoria da qualidade e resolutividade da atenção básica.

Em 1998, com a criação do Piso de Atenção Básica – PAB, nas modalidades de PAB fixo e PAB variável, o Ministério da Saúde passa a definir e assegurar incentivos financeiros que, repassados diretamente do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde, conferem maior autonomia e responsabilidade aos gestores municipais no que se refere ao investimento na atenção básica. Uma das ações contempladas pelo PAB variável foi a implantação da Saúde da Família. Essa medida contribuiu significativamente para o fortalecimento do programa e sua transformação, posteriormente, em estratégia de reorganização da atenção básica.

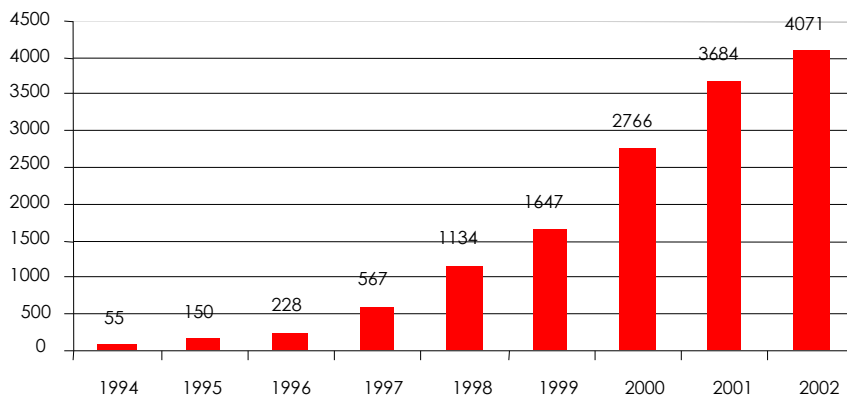
Esses mecanismos, sem dúvida, tiveram um grande peso na crescente adesão dos municípios e no expressivo aumento do número de equipes de Saúde da Família em todo o país, conforme os dados oficiais publicados pelo Ministério da Saúde, que mostram abaixo o número de equipes implantadas e o número de municípios que implantaram a estratégia.

Gráfico 1 – Evolução do Número de Equipes de Saúde da Família Implantadas. Brasil, 1994 a jul. 2002



Fonte: Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica.

Gráfico 2- Evolução do Número de Municípios que Implantaram a Estratégia de Saúde da Família. Implantaram a Estratégia de Saúde da Família. Brasil, 1994 a julho/2002



Fonte: Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica.

O que se observa é que a estratégia de Saúde da Família vem-se colocando, cada vez mais, como *estruturante* para a reorganização dos serviços de atenção básica e de reorientação das práticas em saúde, na tentativa de inverter o modelo tradicional vigente, imprimindo-lhe a concepção da saúde enquanto um produto social, pelo qual a equipe de saúde estabelece vínculos de cooperação com os indivíduos, famílias e comunidade.

A estratégia da Saúde da Família traz um novo paradigma para a organização do trabalho em saúde, pautado no trabalho de todos os profissionais de saúde em tempo integral; remuneração diferenciada; delimitação mais precisa e radical do território de atuação das equipes; trabalho em equipe; incorporação da participação da comunidade no trabalho da equipe; vínculo dos profissionais com os indivíduos, famílias e comunidades; incorporação mais efetiva dos instrumentos de planejamento e possibilidade (e necessidade) de incorporação de outros saberes em saúde: o social, o pedagógico, o psicológico, entre outros. Esse novo paradigma aponta claramente a insuficiência dos processos de formação e desenvolvimento de recursos humanos, que não é recente, como foi exposto anteriormente, mas que o momento atual evidencia, iluminando as contradições existentes nesse quadro.

A Criação dos Pólos de Capacitação para a Estratégia de Saúde da Família

A implementação da estratégia da Saúde da Família, em 1998, veio acompanhada de outros processos de sustentação, entre eles, os Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente para pessoal das equipes Saúde da Família.

Os *Pólos* foram criados para atender as necessidades de formação e desenvolvimento de recursos humanos para apoiar a estratégia de Saúde da

Família, valorizando a articulação ensino-serviço. São definidos como a articulação de uma ou mais instituições voltadas para a formação e educação permanente de recursos humanos em saúde, vinculadas às universidades ou instituições isoladas de educação superior, com Secretarias de Estado e/ou Secretarias Municipais de Saúde, através de convênios ou consórcios para implementar programas destinados ao pessoal de prestação de serviços em Saúde da Família no âmbito de um ou mais municípios. Trata-se, portanto, de uma rede de instituições comprometidas com a integração ensino-serviço, voltada para atender à demanda de pessoal preparado para o desenvolvimento da estratégia de Saúde da Família no âmbito do SUS.

Os Pólos, entendidos enquanto estratégia operacional para o desenvolvimento de habilidades dos profissionais de SF na abordagem da atenção integral, foram concebidos de forma a promover ações que contemplem suas três vertentes: a Capacitação, a Formação e a Educação Permanente.

Nesse sentido, propôs-se que ações fossem desenvolvidas e direcionadas aos profissionais das equipes de SF, impulsionadas pelo processo de educação permanente, contribuindo para a sustentabilidade da estratégia, tanto em relação aos resultados esperados como ao desenvolvimento de seu mercado de trabalho. Por outro lado, as ações dos Pólos deveriam (e devem) gerar reações no aparelho formador, articulando novas metodologias de ensino e de capacitação em serviço com a formação acadêmica, inserindo inovações curriculares nos cursos de graduação.

O que se pretende é gerar iniciativas autônomas que articulem instituições de ensino superior e o Sistema Único de Saúde nos níveis municipal e estadual.

Os compromissos estabelecidos entre as instituições de ensino e serviços que compõem os Pólos estão dirigidos para ações de curto, médio e longo prazos. Nas ações de curto prazo, estão a oferta do Curso Introdutório para as equipes de Saúde da Família, cursos de atualização e aperfeiçoamento destinados às abordagens da saúde coletiva e clínica individual, objetivando a permanente melhoria da resolutividade das equipes e o acompanhamento e avaliação do trabalho das equipes nas unidades de SF.

As ações de médio e longo prazo são: implantar programas de educação permanente destinados aos profissionais da equipe de Saúde da Família, utilizando cursos curtos presenciais, educação à distância ou modalidades associadas, valendo-se das atividades de interconsultas a especialistas, recursos audiovisuais, telemática e outros; implantar Cursos de Especialização e Residência em Saúde da Família ou outras formas de pós-graduação para médicos, enfermeiros, odontólogos e outros profissionais.

Deve-se trabalhar também na inserção de conteúdos referentes à estratégia nos demais cursos existentes (saúde coletiva, residências e outros), desenvolver iniciativas destinadas a introduzir inovações curriculares nos cursos de graduação etc.

Atualmente, estão envolvidos na composição dos Pólos, além das coordenações estaduais, 98 IES, 5 Escolas de Saúde Pública das SES e representantes de secretários municipais.

Quadro 1 – Distribuição e Composição dos Pólos de Capacitação

Regiões do País e Estados	IES	ESP/SES	Coordenação do Pólo	COSEMS
Norte	9	0	-	-
Acre	1	-	SES	-
Amapá	1	-	SES	-
Amazonas	1	-	SES	-
Pará	2	-	SES	sim
Roraima	1	-	SES	sim
Rondônia	1	-	SES	sim
Tocantins	1	-	SES	-
	1	-	SES	
Nordeste	27	1	-	-
Alagoas		-	SES	sim
Bahia	2	-	SES	sim
Ceará	4	1	SES	-
Maranhão	5	-	IES	sim
Paraíba	2	-	IES	sim
Pernambuco	1	-	SES	-
Piauí	4	-	SES	sim
Rio Grande do Norte	4	-	SES	sim
Sergipe	3	-	SES	-
	2	-	SES	
Centro-Oeste	5	1	-	-
Distrito Federal	1	-	SES	-
Goiás	1	-	SES	-
Mato Grosso	1	1	SES	sim
Mato Grosso do Sul	2	-	SES	-
Sudeste	30	2	-	-
Espírito Santo	2	-	SES	sim
Minas Gerais	6	1	IES	-
Rio de Janeiro	6	-	IES	-
São Paulo	16	1	SES/IES	sim
Sul	27	1	-	-
Paraná	5	-	SES	-
Santa Catarina	5	-	SES	-
Rio Grande do Sul	17	1	SES	-
Total	98	5	-	-

IES = Instituição de Ensino Superior SES = Secretaria de Estado da Saúde

Fonte: Relatório de Avaliação dos Pólos de Capacitação para Pessoal de Saúde da Família/COQUAB/DAB/SPS/MS.

Os Pólos de Capacitação realizaram, durante o período de 1998 a 2001, várias outras atividades de capacitação. O quadro abaixo apresenta uma síntese das capacitações realizadas e os egressos dos cursos.

Quadro 2 – Demonstrativo das Capacitações realizadas pelos Pólos de Capacitação.
Período 1998 a 2001

Curso	N. Cursos Realizados	N. de Egressos
Introdutório	1.833	48.866
ACS	1.344	23.990
Instrutores PACS/PSF	547	5.668
AIDPI	352	5.496
SIAB	551	8.812
Ciclos de Vida	340	11.864
Eventos variados	2.246	68.537
Atividades voltadas ao ensino de graduação	2.434	13.629
Total	9.647	173.233

Fonte: Relatório de Avaliação dos Pólos de Capacitação para Pessoal de Saúde da Família/ COQUAB/ DAB/ SPS/MS

Apesar de todos os esforços despendidos pelos Pólos de Capacitação na oferta dos cursos, inclusive ultrapassando, na maioria das vezes, as metas programadas quando da elaboração anual dos Planos de Trabalho, o que se constata, na realidade, é que esta oferta de capacitações está sendo insuficiente para o tamanho e velocidade da expansão das equipes de Saúde da Família.

Com o objetivo de superar o desafio e expandir o processo de capacitação das equipes para além dos cursos introdutórios e dos cursos de atualização, o Ministério da Saúde lançou, em 2000, uma convocatória para as instituições de ensino superior visando à oferta de cursos de pós-graduação *lato sensu*, na modalidade de Especialização e Residência Multiprofissional em Saúde da Família. Disso decorreu a abertura do processo de Licitação Internacional, primeiro na modalidade de Concorrência Internacional, em seguida por Cartas-Convite e, mais recentemente, por Contratação Direta para os Estados que não apresentaram inicialmente nenhuma proposta (lotes desertos). A finalidade de todo esse processo foi expandir a oferta de cursos de pós-graduação para melhor qualificar os recursos humanos para a atenção básica. Os dados a seguir permitem visualizar a distribuição dos cursos e a participação das instituições de ensino nessas iniciativas.

Quadro 3 – Distribuição dos Cursos de Especialização em Saúde da Família. Brasil, 2002

Região/UF	Instituição Formadora	N. de Cursos	N. de Alunos
Norte	-	7	250
Acre	Univ.Federal	1	50
Amapá	Univ.Federal	1	30
Amazonas	Univ.Federal	1	30
Pará	Univ.Federal	1	40
Rondônia	Univ.Federal	1	60
Roraima	Univ.Federal	1	20
Tocantins	Univ.Federal GO	1	20
Nordeste	-	10	588
Bahia	UEFS	1	40
	FAPEX	1	90
Ceará	CETREDE/UFC	1	40
	UECE	1	80
Maranhão	F.Souzândrade	1	105
Paraíba	FUNAPE	1	30
Rio Grande do Norte	Univ.Federal	1	30
Pernambuco	SES-PE	1	80
Sergipe	Univ.Federal	1	45
Piauí	Univ.Federal	1	48
Centro-Oeste	-	5	152
Distrito Federal	FINATEC	2	72
Goiás	SES-GO	1	20
Mato Grosso	SES-MT	1	30
Mato Grosso do Sul	SES-MS	1	30
Sudeste	-	16	1.780
	FUNCAMP	1	40
	UNESP	1	80
São Paulo	F.ZERBINI	1	180
	F.UNI	1	70
	USP/SJRP	1	40
Espírito Santo	FENSPTEC	1	30
	FUNDEP	1	680
Minas Gerais	FADENOR	1	120
	FADEPE/JF	1	70
	FMTM	1	90
Rio de Janeiro	CEPESC	6	380
Sul	-	12	495
	FUNPAR	2	90
Paraná	HUTEC	1	40
	UNIOESTE	1	40
Santa Catarina	FURB	1	60
	FAPEU	1	56
	Univ. S. C. Sul	1	45
	FAURGS	1	30
Rio Grande do Sul	FIDENE	1	40
	UPF	1	30
	UCS	1	30
	FAURG	1	34
Total	-	50	3.265

Fonte: Ministério da Saúde/Departamento de Atenção Básica.

Quadro 4 – Distribuição dos Cursos de Residência Multiprofissional em Saúde da Família. Brasil, 2002

Região/UF	Instituição Formadora	No de Cursos	N. de Alunos
Nordeste	-	6	113
Alagoas	Univ. Federal	1	10
Bahia	FAPEX	1	30
Ceará	CETREDE/ESP	1	20
Paraíba	P. Sobral	1	25
Pernambuco	FUNAPE	1	12
	IMIP	1	16
Centro-Oeste	-	4	61
Distrito Federal	FUNSAUDE	1	20
Goiás	Univ. Federal	1	20
Mato Grosso	SES-MT	1	12
Mato Grosso do Sul	SES-MS	1	9
Sudeste	-	10	151
	FUNCAMP	1	9
São Paulo	UNESP	1	12
	F.UNI	1	20
	SANTA MARCELINA	1	20
Minas Gerais	FUNDEP	1	20
	FADENOR	1	18
	FADEPE/JF	1	18
	CEPESC	1	18
Rio de Janeiro	FUNAG	1	10
	FESO	1	6
Sul		5	86
Paraná	FUNPAR	1	20
	UNIOESTE	1	18
Santa Catarina	FURB	1	20
	FAPEU	1	18
Rio Grande do Sul	F. U. Pelotas	1	10
Total	-	25	411

Fonte: Ministério da Saúde/Departamento de Atenção Básica.

Esses dados mostram alguns dos esforços do Ministério da Saúde em relação ao desenvolvimento de recursos humanos mais adequados às necessidades específicas da Saúde da Família. Ainda nessa ótica, está em fase final de discussão a proposta de implantação do Plano Nacional de Descentralização dos Cursos de Capacitação de Recursos Humanos para a Saúde da Família.

Esse plano foi elaborado com base nos resultados da pesquisa de avaliação dos Pólos de Capacitação, realizada pelo Núcleo de Estudos de Políticas Públicas – NEPP, que mostraram a necessidade de agilizar o processo de capacitação das equipes, tendo em vista a demanda reprimida para os cursos introdutórios e demais cursos na área da atenção básica (NEPP, 2002).

Outro ponto que se considerou para a elaboração da proposta foi a pesquisa de monitoramento e avaliação da implantação da estratégia que está sendo

realizada pelo Departamento de Atenção Básica. Essa pesquisa demonstrou, como a anterior, a necessidade de ampliar e agilizar os processos de capacitação das equipes, principalmente nas áreas identificadas como prioridade para a atenção básica, conforme apontado pela NOAS (Ministério da Saúde, 2002).

A ausculta informal de necessidades apresentadas pelos Pólos, pelos gestores e pelas equipes, aliada aos resultados apresentados nos dois estudos acima citados, levou a Secretaria de Políticas de Saúde, através do Departamento de Atenção Básica, à elaboração do plano de implementação das capacitações para as equipes de Saúde da Família. Para tanto, o recorte e a prioridade estabelecidos foram a busca de mecanismos para descentralizar e agilizar os processos de capacitação, além de lhes dar uma direção que permita, futuramente, melhorar os indicadores da atenção básica nas áreas consideradas frágeis. A elaboração de uma Agenda Nacional de Capacitação a ser avalizada nos diferentes níveis de gestão do SUS e instituições de ensino superior e médio é de fundamental importância.

Diante disso foi elaborado e negociado, estando atualmente em fase adiantada de análise de custos, o Plano Nacional de Descentralização de Desenvolvimento de Recursos Humanos para a Saúde da Família. Esse Plano prevê quatro eixos de ação:

1º Institucionalização dos Pólos Estaduais de Capacitação de Recursos Humanos para a Saúde da Família: os Pólos de Capacitação apresentam uma grande heterogeneidade na sua conformação e não foram ainda instituídos formalmente. Considerando sua institucionalização como estruturante para a proposta de implementação dos Pólos de Capacitação, este eixo constitui-se prioritário para o processo de desenvolvimento de recursos humanos para a Saúde da Família e, conseqüentemente, para o fortalecimento da atenção básica no Sistema Único de Saúde. Esta institucionalização dos Pólos Estaduais deve ser acompanhada de uma redefinição de responsabilidades e reorientação do processo de articulação entre as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e instituições de ensino superior e médio, mediante a elaboração de uma agenda de capacitação que melhor atenda às necessidades de ações de saúde de cada estado.

2º Implantação dos Pólos Regionais de Capacitação com Coordenação Única nas Unidades Federadas: atualmente os estados contam com um Pólo Estadual que planeja e executa as capacitações necessárias às equipes. Para potencializar a oferta das capacitações, a proposta é implantar Pólos Regionais que deverão, na sua composição, orientar-se pela mesma lógica de articulação ensino-serviço, ou seja, agregar no âmbito regional instituições gestoras do SUS, instituições de ensino superior que possuam minimamente os cursos de graduação em medicina, enfermagem ou odontologia e, onde houver, instituições de ensino técnico em algumas destas áreas.

3º Descentralização de Recursos aos Municípios para o Desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde da Família: para potencializar o processo de capacitação das equipes de Saúde da Família e implementar as ações mínimas

apontadas pela NOAS como prioridades para a atenção básica, este eixo propõe a descentralização de recursos aos municípios com população igual ou superior a 100 mil habitantes e que tenham equipes de SF implantadas e em funcionamento, mediante a criação de um incentivo financeiro específico para a capacitação. Esses municípios, em coordenação com os Pólos Regionais e Estaduais, deverão elaborar seus projetos, apresentando-os em forma de Termos de Adesão, comprometendo-se a investir na melhoria dos indicadores apresentados nessas áreas prioritárias.

4º Ampliação do Quadro de Instrutores para a Capacitação de Recursos Humanos em Saúde da Família: para apoiar o desenvolvimento das capacitações de forma descentralizada, faz-se necessário ampliar a formação de profissionais que atuem como instrutores dos cursos. Esses instrutores deverão estar aptos e comprometidos com o desenvolvimento dos cursos introdutórios e com os processos de educação permanente em seus estados.

Agrega-se a essas medidas o Curso de Especialização em Saúde da Família na modalidade de Ensino à Distância, cujo projeto está em fase de elaboração. Pretende-se que ele seja mais uma alternativa de capacitação, aumentando-se a oferta de cursos aos interessados. Esse leque de atividades vai ao encontro das necessidades de capacitação dos profissionais já inseridos nos serviços de saúde, com exceção, talvez, de alguns Cursos de Residência Multiprofissional em Saúde da Família que estão mais voltados para os recém-formados.

Outras Iniciativas em Curso Apoiadas pelo Ministério da Saúde

Cabe ressaltar que há outras iniciativas em andamento no Ministério da Saúde para implementar os processos de mudanças curriculares e no modelo de atenção à saúde, que também vão ao encontro da estratégia de articulação entre o aparelho formador e os serviços de saúde. Dessas, optou-se por ressaltar as que estão mais ligadas à proposta dos Pólos de Capacitação no atual momento: o PROMED, o PROENF e o PITS.

O PROMED – Projeto de Incentivo às Mudanças Curriculares nas Escolas Médicas envolve inicialmente 20 escolas médicas e pretende fortalecer o papel do Ministério da Saúde na orientação das políticas de formação dos profissionais de saúde. Para isso, o Ministério da Saúde criou um incentivo financeiro destinado a apoiar as escolas de medicina que pretendem imprimir mudanças em seus processos de formação em direção às necessidades apresentadas pelo SUS. Esse projeto está sendo desenvolvido em parceria com o Ministério da Educação e Cultura.

Nessa mesma linha, está em andamento proposta semelhante para os cursos de enfermagem, através do Projeto de Incentivo às Mudanças Curriculares nas Escolas de Enfermagem – PROENF. Essas duas iniciativas poderão representar um avanço significativo para o encurtamento da distância existente entre a academia e os serviços de saúde.

Outra experiência que envolve a articulação ensino-serviço é a do Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde, que está entrando em seu segundo ano consecutivo. O PITS tem como objetivo ampliar o acesso aos serviços de saúde para as populações mais desassistidas do país, implantando equipes de Saúde da Família nos municípios cujos indicadores de qualidade de vida e saúde são bastante críticos. Para desenvolver tal estratégia, uma das medidas propostas foi ofertar aos profissionais médicos e enfermeiros selecionados para o Programa um curso de Especialização em Saúde da Família. Esses cursos são ofertados pelas instituições de ensino que estão participando dos Pólos de Capacitação, com acompanhamento e avaliação por equipes coordenadoras do programa no Ministério da Saúde.

Ao todo, estão sendo desenvolvidos 18 cursos de especialização, com 23 turmas, 410 profissionais em 25 universidades envolvidas. Essa oferta tende a aumentar com a segunda convocatória do PITS, que deverá manter os municípios anteriormente selecionados e ampliar o programa para outros.

Perspectivas: Pontos de Facilidade e Dificuldade para o Processo de Articulação Ensino-Serviço

Segundo Dussault & Souza (s.d.), a organização dos serviços de saúde pode-se dar de duas formas. Na primeira delas, os serviços são organizados como resposta às demandas, ou seja, oferta de serviços que atendem à demanda direta dos usuários. Na segunda, os serviços são organizados de modo a satisfazer as necessidades de saúde da população, ou seja, oferta de serviços para responder a problemas de saúde identificados como prioritários através de processos coletivos de decisão.

No Brasil, mudar ou conciliar a lógica da oferta de serviços sequer chega a ser o desafio principal quando se pretende fazer cumprir a própria Constituição Federal, que afirma ser a saúde um direito de todos e um dever do Estado. Essa prerrogativa por si só remete ao conceito de cidadania que, por sua vez, remete à importância da intersetorialidade para o enfrentamento dos problemas de saúde da população.

A estratégia de Saúde da Família tem demonstrado capacidade para produzir mudanças mais efetivas na reorganização dos serviços, ampliando conceitos e revisitando as concepções que regem o binômio saúde/doença, mas, para isto, são necessárias mudanças urgentes na formação e nas práticas dos profissionais de saúde. Fazendo-se um paralelo com os momentos anteriormente descritos, parece-nos que o cenário atual apresenta diversos pontos facilitadores para a implementação dos processos de mudança que envolvem a articulação ensino-serviço.

Partindo do movimento da academia para os serviços, podem-se destacar:

- as atuais diretrizes curriculares, que estão mais flexíveis e sensíveis às necessidades dos serviços e de saúde da população, favorecendo a abertura de espaços para mudanças mais profundas e eficazes no ensino da graduação;
- a existência, no Brasil, de algumas experiências concretas de inovações curriculares nos cursos da área de saúde, que permitem a construção de conhecimentos e reflexões sobre as mudanças no ensino que podem contribuir para a implementação do SUS;
- a existência de um corpo de atores sociais no campo do ensino das profissões de saúde que são comprometidos com o processo da Reforma Sanitária Brasileira e com a construção do SUS, como a Rede UNIDA; e
- a adesão e participação de muitas universidades nas atividades de capacitação e formação dos profissionais das equipes de Saúde da Família, inclusive no PITS.

Partindo do movimento dos serviços para a academia, podem-se destacar:

- a iniciativa do Ministério da Saúde de criação dos Pólos de Capacitação, acompanhada de recursos financeiros destinados especificamente à parceria ensino-serviço no desenvolvimento das capacitações das equipes de SF;
- a criação dos diferentes cursos de Especialização em Saúde da Família: para o PITS, para os profissionais das equipes, na modalidade de EAD, todos com recursos destinados às instituições de ensino;
- a criação de Cursos de Especialização na modalidade de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, com recursos destinados à participação das instituições formadoras para implementação desta estratégia;
- a criação, por parte do Ministério da Saúde, do incentivo financeiro às mudanças curriculares nos cursos de graduação em medicina e enfermagem;
- a elaboração do Plano Nacional de Desenvolvimento de Recursos Humanos para a Saúde da Família, que institucionaliza e amplia a rede de Pólos;
- a criação de incentivos para desenvolvimento de recursos humanos destinados aos municípios com mais de 100 mil habitantes; e
- a maior sensibilidade dos gestores, principalmente os municipais, para a importância da articulação entre instituições de ensino e serviços.

Essas iniciativas representam um passo adiante no enfrentamento da problemática “recursos humanos para a atenção básica no SUS”, mas por si mesmas não garantem o fortalecimento dos avanços conquistados a partir da implantação do SUS.

A conversão do modelo de atenção à saúde precisa de muito mais do que isso. Precisa de processos mais eficientes de gestão; de medidas que visem à fixação das equipes em seus municípios; recursos de contrapartida dos estados e municípios para a consolidação da estratégia de Saúde da Família. Precisa ainda da

criação de políticas de recursos humanos que promovam a valorização social dos profissionais que trabalham na área da saúde pública, com destaque para os que compõem as equipes de Saúde da Família e com destaque também para os profissionais médicos. Sem ter a pretensão de distinguir a importância das diferentes categorias profissionais que compõem o SUS, os profissionais médicos têm representado um desafio quase intransponível ao processo de mudanças das práticas setoriais. Sem que haja uma maior sensibilização e mobilização dessa categoria, todas as demais ficam prejudicadas no reconhecimento e valorização social das práticas profissionais em saúde pública.

As iniciativas do Ministério da Saúde têm sido crescentes, mas ainda são insuficientes porque a demanda por uma política de recursos humanos mais coerente com os princípios do SUS ainda está represada. Exemplo disso tem sido a superposição e descoordenação na alocação de recursos para cursos e capacitações em diferentes áreas, todas elas consideradas prioritárias para a atenção básica. Não há um projeto de intervenção na destinação de recursos e na organização dos cursos de capacitação que busque garantir a resolutividade do sistema e a melhoria do desempenho dos níveis de atenção à saúde.

Por outro lado, os passos dados pelas instituições de ensino ainda são muito frágeis e muito tímidos quando se analisa, empiricamente, a relação custo/benefício do processo de formação dos profissionais de saúde, com destaque para os profissionais médicos. A pergunta que se faz é até quando a sociedade vai poder pagar para ter profissionais que não correspondem às necessidades de saúde de um grande contingente da população nem atendem às necessidades de organização dos serviços.

Esses são alguns problemas que continuarão a preocupar os envolvidos com a construção de um modelo de atenção à saúde que realmente reflita as necessidades de saúde da população e modelos de formação dos profissionais de saúde que resultem na formação de profissionais mais comprometidos com o binômio saúde-cidadania.

Qualquer que seja o caminho em busca da superação desses problemas, uma coisa é certa: nosso contexto sócio-histórico demonstra que ele deverá ser trilhado compartilhadamente, fortalecendo a articulação ensino-serviço. Fazendo uma analogia, pode-se dizer que esses dois componentes representam as diferentes faces de uma mesma moeda que, para ter seu valor reconhecido, precisa necessariamente dos dois lados: da cara e da coroa. Nesse sentido, o fortalecimento do processo de construção de um sistema de saúde mais justo e equânime só poderá acontecer quando os profissionais de saúde saírem de suas instituições formadoras interessados e preparados para atuar na atenção básica com a mesma disposição com que saem hoje para atuar num centro de alta tecnologia e especialização. Por outro lado, esses profissionais, recém-egressos, deverão encontrar serviços de atenção básica valorizados e reconhecidos socialmente, com capacidade de garantir a manutenção da opção feita e a dignidade profissional de quem presta serviços de atenção básica às pessoas, famílias e comunidades.

Bibliografia

- ALMEIDA, Márcio José de. *Educação médica e saúde: possibilidades de mudanças*. Londrina: Ed. da UEL/Rio de Janeiro: ABEM, 1999.
- BERTUSSI, Débora Cristina. *Desenvolvimento gerencial em saúde: limites e possibilidades*. Londrina: Universidade Estadual de Londrina, 2002. (Dissertação, Mestrado).
- BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social. *Plano de reorientação da assistência médico-previdenciária*. Brasília, DF, 1980.
- _____. Secretaria de Assistência à Saúde. *Avaliação da implantação e funcionamento do programa saúde da família – PSF*. Brasília, DF, 2000.
- _____. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Projeto de apoio à implantação e consolidação do programa de saúde da família no Brasil*. Brasília, DF, 2002. (Mimeogr.).
- _____. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Qualificação em Atenção Básica. *Relatório de avaliação dos pólos de capacitação para pessoal de saúde da família, 1998-2001*. Brasília, DF, 2002. (Mimeogr.).
- _____. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Avaliação e Acompanhamento. *Monitoramento da implantação e funcionamento das equipes de saúde da família no Brasil. 2001-2002*. Brasília, DF, 2002. (Mimeogr.).
- CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8, 1986, Brasília, DF. *Anais...* Brasília, DF, 1986.
- DONNANGELO, Maria Cecília. *Mercado de trabalho médico*. São Paulo: Universidade de São Paulo, 1972. (Tese, Doutorado).
- DUSSALUT, Giles, SOUZA, Luiz Eugênio de. *Gestão de recursos humanos em saúde*. Canadá: [s.n.], [19--]. (Mimeogr.).
- SCOREL, Sarah. *Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998.
- ESTATÍSTICA DE SAÚDE: assistência médico-sanitária. Rio de Janeiro: IBGE, 1980-1987. v. 5-12.
- KISIL, Marcos, CHAVES, Mário. Uma estratégia para a reforma sanitária: a iniciativa UNI. *Divulgação em Saúde para Debate*, Londrina, jul. 1996.
- MELLO, Carlos Gentile de. *Saúde e assistência médica no Brasil*. São Paulo: CEBES/Hucitec, 1977.
- _____. *O sistema de saúde em crise*. 2. ed. São Paulo: CEBES/ Hucitec, 1981.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Atenção primária de saúde*. Genebra, 1978.
- PESSOA, Samuel Barnsley. *Ensaio médico sociais*. São Paulo: CEBES/Hucitec, 1978.
- SANTOS, Nelson Rodrigues dos. Contribuição ao entendimento do novo médico geral ou da família. *Saúde em Debate*, Londrina, n. 7/8, 1978.
- UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS. Núcleo de Estudos de Políticas Públicas. *A concepção dos pólos como recurso institucional de capacitação, formação e educação permanente de pessoal para saúde da família*. Campinas, 2002.

2.2

EXPERIÊNCIAS INOVADORAS DE CAPACITAÇÃO DE PESSOAL PARA ATENÇÃO BÁSICA NO BRASIL: BALANÇO, LIMITES E POSSIBILIDADES DOS PÓLOS

*Regina Faria
Ana Luíza d'Ávila Viana*

Introdução

Desde os anos 80, em todo o mundo ocidental, observa-se um intenso processo de reforma dos Sistemas Nacionais de Saúde, destacando-se modificações das funções e estruturas dos ministérios, do financiamento e forma de remuneração dos serviços, da modalidade de gerenciamento (terceirização ou contratação de terceiros, compra de serviços, maior autonomia), dos modelos de atenção básica e complexa, das funções institucionais, com incremento da descentralização territorial e, finalmente, da extensão de cobertura.

Tais modificações incidiram fortemente sobre a área de recursos humanos, impondo, para esta, transformações importantes como: novas formas de contratação, novas funções e áreas de competência, mudanças na organização do trabalho e na conformação das equipes de saúde, mudanças nos sistemas de incentivo e ênfase no desempenho e avaliação. Ao mesmo tempo, há uma importante competição institucional, objetivando maior resolutividade, produtividade e qualidade do serviço. Dessa forma, torna-se imprescindível incrementar as funções de regulação dos processos de desenvolvimento de recursos humanos. Por outro lado, agregam-se aos problemas clássicos¹ novos problemas, como a concentração de profissionais em áreas altamente urbanas, saturação do mercado em determinadas áreas, desemprego e migrações, desregulação e desordem na formação de saúde com multiplicação de entidades educativas, flexibilização com condições mais precárias de trabalho, reação corporativa às mudanças e debilidade regulatória.

Entre os desafios derivados das reformas, destacam-se a gestão complexa de múltiplos sistemas de contratação e gestão, a gestão descentralizada, o incentivo para o incremento da qualidade e produtividade, a flexibilidade contratual, o trabalho em equipe, a gestão empreendedora orientada para o reconhecimento dos

¹ Baixa disponibilidade de profissionais, concentração urbana, formação biológica, enfoque pedagógico tradicional, regime de trabalho rígido e pouco incentivador, salários baixos, baixa produtividade e difícil regulação.

direitos dos usuários e, finalmente, as igualmente importante, a necessidade de educação permanente tanto para a formação de profissionais quanto para o seu aprimoramento em serviço.

No cenário da *formação* educacional, cada vez mais os antigos currículos das escolas médicas e de enfermagem se mostraram inadequados frente às mudanças sociais, aos novos perfis epidemiológicos e às demandas dos serviços. Atualmente, não se requerem tantos especialistas, mas sim generalistas, seja para alcançar os objetivos de extensão de cobertura, seja para criar novos modelos de atenção, com ênfase no trabalho em equipe e nas ações de promoção, vigilância e prevenção. Nesse contexto, ganha expressão a demanda por educação continuada.

No âmbito da *capacitação em serviço*, é cada vez mais necessário implementar projetos educacionais capazes de atualizar conhecimentos, introduzir novas tecnologias e desenvolver habilidade para trabalho multiprofissionais. No ambiente profissional, é notável o aumento da demanda por melhoria da qualidade do trabalho, por nova certificação profissional e novas modalidades de “acreditação” e credenciamento.

Para manejar de forma eficaz a passagem de uma medicina baseada na arte da clínica individual para a medicina gerenciada, na qual se confrontam custos e qualidade, diferentes vínculos de trabalho e condições diversificadas de exercício profissional, a área de recursos humanos em saúde enfrenta, hoje, um desafio-síntese: reinventar uma carreira pública na área de saúde e ser capaz de formar profissionais para ocupá-la num contexto que requer a desconcentração e a descentralização de pessoal.

O Brasil no Contexto de Reformas: O Programa de Saúde da Família (PSF) como Resposta aos Novos Desafios

No Brasil, tais mudanças acompanharam o processo de implementação do Sistema Único de Saúde e colocaram para os formuladores da política de saúde um duplo desafio: implantar o novo modelo de saúde preconizado pelo SUS – universal, descentralizado, com atenção integral, gestão única no município e participação social – e introduzir os requerimentos oriundos das intensas transformações tecnológicas da área da medicina, das modalidades de atenção com predomínio da prevenção, das transformações no papel e função do Estado (a chamada reforma do Estado) e da maior competitividade entre microinstituições de saúde e entre serviços públicos e privados.

As respostas que vêm sendo dadas a esse quadro muito mais complexo vão desde uma maior presença da esfera federal no processo de regulação do sistema (com a edição de sucessivas normas operacionais – NOB 1996 e NOAS 2001/02) até o incentivo à adoção de novos modelos assistenciais pelos municípios (como o PACS e o PSF) e novas estratégias de formação e capacitação dos profissionais de saúde.

A introdução do PSF talvez seja a resposta mais completa ao desafio da mudança em vários níveis: nas práticas de saúde, no trabalho em saúde, na formação e educação, no compromisso com a participação comunitária, na expansão de cobertura. Em síntese, observa-se no PSF a ênfase em práticas não-convencionais de assistência, destacando as atividades de prevenção e promoção como forma de reorganização e antecipação da demanda; o trabalho em equipes multiprofissionais; a educação em saúde; a reafirmação dos princípios de integralidade, hierarquização, regionalização e, finalmente, a importância de ações intersetoriais.

Dois fases bem marcantes de desenvolvimento do PSF podem ser registradas: uma primeira, caracterizada por uma implantação embrionária, circunscrita a algumas regiões e pequenos municípios; outra, com forte expansão dos níveis de cobertura, introdução do Programa nas regiões Sudeste e Sul, assim como em municípios médios e grandes.

Outro aspecto importante que diferencia uma fase da outra é o grau de desenvolvimento da estratégia para formação e capacitação de pessoal para o PSF: na primeira fase, o desenvolvimento dos Pólos de Capacitação ainda era embrionário, circunscrito a alguns estados; já na segunda, os Pólos são realidade em todos os estados brasileiros.

Concorreram para a fase de expansão (segundo período) a melhor remuneração das Equipes de Saúde da Família (em termos de fluxo e disponibilidade de recursos com a introdução do PAB variável e a remuneração segundo níveis de cobertura), bem como o fortalecimento institucional do Programa através de sua inserção na Secretaria de Políticas de Saúde e de sua integração com os demais programas gerenciados pelo Departamento de Atenção Básica.

Assinale-se que a mudança na política de financiamento da Atenção Básica foi um dos fatores determinantes das características de expansão do PACS/PSF no Brasil. Houve um crescimento desses recursos de 41% de 1995 para 1996 e de 46% em 1997 relativamente a 1996. Após a implantação dos incentivos financeiros previstos na NOB-SUS 01/96 para organização da atenção básica (Piso de Atenção Básica Fixo e Variável), observa-se um incremento de 113% de 1998 para 1999 e de 67% em 2000 (dados até outubro) se comparados com 1999. As características das duas fases de expansão do PSF no Brasil – 1994 a 1998 e 1998 a 2000 – estão sintetizadas no Quadro 1, a seguir.

Quadro 1 – Principais Características das Duas Fases de Expansão do PSF no Brasil: 1994/1998 e 1998/2000

Principais Características e Estratégias de Formação e Capacitação	Primeira Fase de Expansão Março de 1994 a Dezembro 1998	Segunda Fase de Expansão Dezembro de 1998 a Dezembro 2000
Cobertura total inicial e final	Menos de 1% para 9%	De 9% a 22,5%
Regiões com maior expansão	Nordeste e Sudeste	Sudeste e Sul
Tamanho dos municípios	Pequenos e médios	Médios e grandes
Regra preponderante para transferência dos recursos federais	Assinatura de convênio com o MS de março de 1994 a dezembro de 1995 Remuneração por serviços produzidos a partir de janeiro de 1996	Transferência direta do FNS aos FMS a partir de fevereiro de 1998: PAB fixo – habilitação na NOB SUS 01/96 PAB variável – qualificação segundo as regras nacionais
Vinculação administrativa do PSF no MS	Programa vinculado à Fundação Nacional de Saúde – 1994 Estratégia vinculada à Coordenação de Atenção Básica da Secretaria de Assistência à Saúde – 1995 a 1999	Estratégia vinculada ao Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Políticas de Saúde – a partir de 2000
Estratégia de formação e capacitação de profissionais para o PSF	Embrionária, circunscrita a 10 Pólos	Abrangente: 27 Pólos

Fonte: Elaboração própria com base em MS/SPS/DAB. *Indicadores de Monitoramento da Implementação do PSF em Grandes Centros Urbanos* (Relatório Final, 2002).

Formação de Equipes para o PSF: um Estudo sobre o Papel dos Pólos

Em estudo de avaliação recente, analisamos a atuação dos *Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal para a Saúde da Família*, um braço importante do complexo institucional destinado a formar recursos humanos para a atenção básica.

A análise que apresentamos neste artigo está baseada nos resultados de **estudo de caso** que contemplou, por um lado, a *capacitação ofertada* por 12 Pólos situados em 10 estados brasileiros. Por outro lado, contemplou a *capacitação demandada* pelas Equipes de Saúde da Família atuantes em 56 municípios localizados em quatro grandes regiões do país (Quadro 2).

Quadro 2 – Localização dos Pólos e dos Municípios Estudados

UF	N. Pólos	Municípios e Região				Total
		CO	NE	S	SE	
AL	1		5			5
BA	1		5			5
CE	1		5			5
PE	1		5			5
DF	1	1				1
MT	1	5				5
MG	2				10	10
RJ	2				10	10
PR	1			5		5
SC	1			5		5
Total	12	6	20	10	20	56

Fonte: Unicamp. NEPP (2001).

Caracterização dos pólos estudados

Os Pólos selecionados para o estudo de caso da *capacitação ofertada* são todos os 12 criados em virtude da aprovação dos projetos de ensino que apresentaram, respondendo ao edital do Ministério da Saúde de dezembro de 1996. Foram implementados a partir de 1997 e constituem o universo dos Pólos pioneiros. Os dados foram obtidos mediante entrevistas realizadas com a coordenação, o corpo docente e os dirigentes da instituição líder e das instituições parceiras, bem como a partir de análise documental. As diretrizes para implementar o arcabouço institucional destinado a capacitar pessoal para a Saúde da Família, divulgadas no Edital/96, revelaram o conhecimento dos problemas usualmente enfrentados para a realização desta atividade no circuito oficial de ensino. Objetivando solucioná-los, os projetos apresentados deveriam preencher um conjunto de requisitos: **integração entre ensino, serviço e instâncias de representação** (o conjunto articulado de instituições proponentes deveria incluir instituições de ensino coordenadas com secretarias estaduais e municipais de saúde, devendo o projeto ser aprovado na Câmara Intergestores Bipartite); **perfil educacional** (o conjunto de instituições deveria comprovar experiência em educação permanente, detalhando o perfil do egresso, as metas de impacto em cursos de graduação e a integração com programas de residência, internato e estágios curriculares); **integração entre ensino e pesquisa** (os projetos deveriam apresentar abordagem metodológica indutora da integração entre docência e investigação, contemplando treinamento em serviço); **inovações gerenciais** (integração, articulação e estabelecimento de parceria com instituições afins e com a administração municipal, sendo controle social e avaliação alguns dos procedimentos gerenciais inovadores); **aumento da capacidade resolutiva** (o projeto pedagógico deveria considerar níveis de aplicação em serviço capazes de reduzir os exames complementares desnecessários, a referência desnecessária a especialistas e a quantidade de internações).

Em função da natureza da instituição líder e do conjunto de instituições parceiras, os 12 Pólos estudados² apresentam, na data das entrevistas, as características assinaladas no Quadro 3.

Quadro 3 – Caracterização dos Pólos: Natureza das Instituições Participantes e Coordenação

Pólo	Instituições de ensino		Serviço			Coordenação	
	Instituições de ensino superior (federais, estaduais ou municipais)	Outras	SES	Órgãos de ensino da SES	Outras ⁽¹⁾	Ensino	Serviço
AL	04		SES		02		X
BA	05		SES		03		X
CE	01		SES	01	02		X
DF	01		SE/DF				X
MT	01	01		01			X
MG–BH	01	03	SES	01	03	X	
MG–JF	01	01	SES	01	02	X	
PR	05		SES		02		X
PE	03	02	SES		03		X
RJ	03	02	SES		04	X	X
SC	05		SES		05		X

⁽¹⁾ Inclui Secretarias Municipais de Saúde

Fonte: Unicamp. NEPP (2001).

Pólos: Fonte de Informação – Os dados referentes à oferta de capacitação são provenientes de entrevistas com roteiro misto (estruturado e aberto) feitas pela equipe de pesquisadores com os coordenadores dos Pólos, coordenadores do PSF nos respectivos estados, professores, coordenadores de projetos, dirigentes das instituições parceiras, estagiários e residentes, funcionários das secretarias estaduais e municipais de saúde. Além disso, em cada um dos Pólos – visitados pessoalmente por dois membros da equipe de pesquisadores – houve observação participante em reuniões diversas e foi coletado material didático-pedagógico, normativo, técnico e de divulgação das atividades do Pólo.

Caracterização dos municípios visitados

A análise da *capacitação demandada* constitui **estudo de caso** baseado em entrevistas com Gestores e Equipes de Saúde da Família (médico, enfermeira, ACS) atuantes nos 56 municípios selecionados. A seleção foi intencional e incluiu localidades que preencheram, simultaneamente, dois requisitos: (a) terem recebido

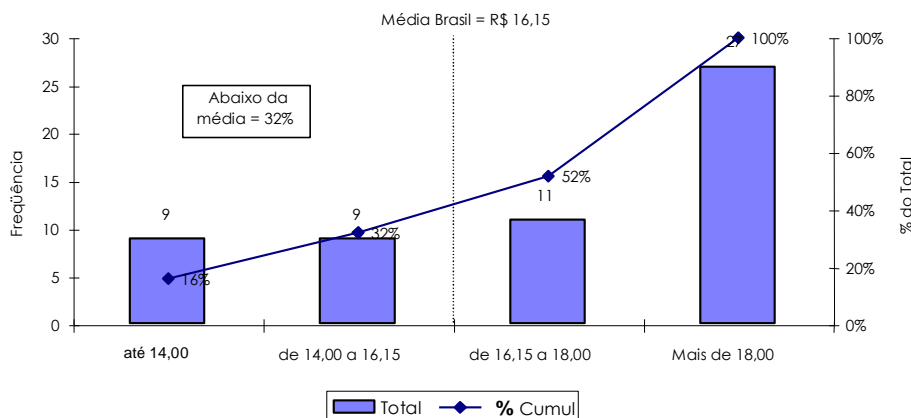
² Os dois Pólos do Rio de Janeiro foram agregados para efeitos de análise. Por essa razão, em todas as tabelas, quadros e gráficos o total de Pólos é 11.

capacitação ofertada pelos Pólos³ e (b) terem participado (respondendo ao questionário) da Pesquisa de Avaliação do PAB, também realizada pelo NEPP.

Uma vez selecionados os municípios, procuramos refletir suas condições de saúde através de variáveis agrupadas em três dimensões: volume de recursos financeiros para a atenção básica transferidos pelo governo federal (com base nos valores do PAB total, PAB fixo e PAB variável – PSF e PACS – por habitante) em 1999; produção de serviços do SUS (medida pelo número de consultas básicas por habitante) em 1999; indicador de saúde da população (medido pela taxa de mortalidade infantil) em 1998. Nesses termos, a seleção dos 56 municípios foi condicionada pelos seguintes fatores: ter (o município) o PSF com diferentes condições de operação do sistema de saúde, passar por capacitação e responder ao questionário da Pesquisa de Avaliação do PAB.

Os dados revelaram que a maioria dos municípios selecionados recebeu recursos do PAB acima da média nacional, produziu uma quantidade de consultas básicas maior do que a média dos municípios brasileiros e apresentou baixas taxas de mortalidade infantil. A maioria dos municípios selecionados (68%) recebeu, em 1999, um volume de recursos, referente a transferências do PAB total por habitante/ano, superior à média nacional (R\$ 16,15). Esse valor se refere à somatória das transferências do PAB fixo e PAB variável e revela o impacto que a implantação do PSF teve no total de recursos transferidos, uma vez que os recursos do PSF/PACS representam um percentual significativo das transferências destinadas ao financiamento da atenção básica nos municípios⁴ (Gráfico 1).

Gráfico 1 – Distribuição dos Municípios Estudados Segundo o Volume de Recursos PAB Total por Habitante/Ano – 1999

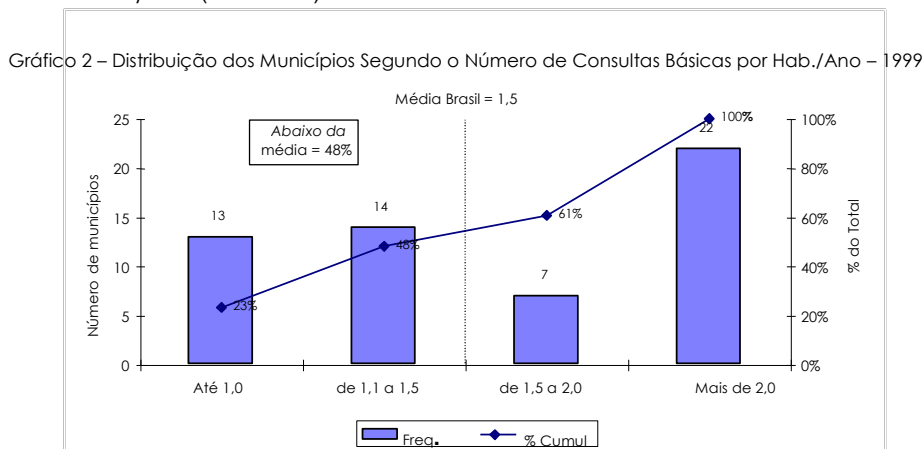


Fonte: Unicamp. NEPP (2001).

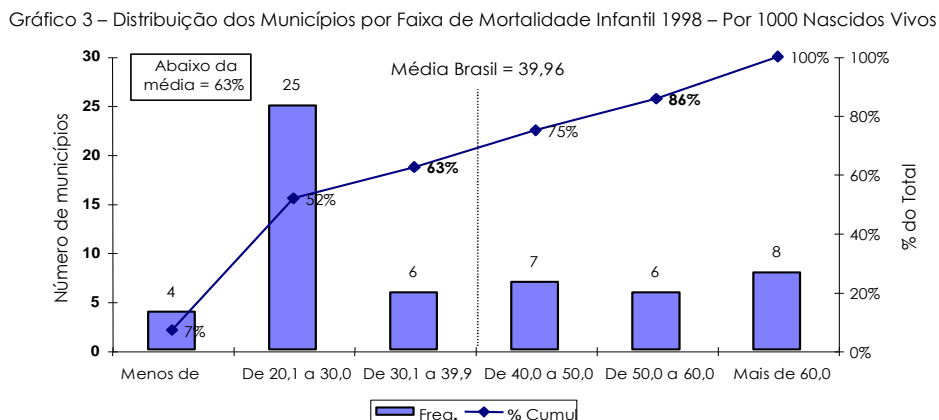
3 A relação de municípios foi oferecida pelos próprios Pólos, incluindo 5 municípios com boa participação e 5 municípios com participação ruim.

4 Conforme dados da Pesquisa de Avaliação do PAB.

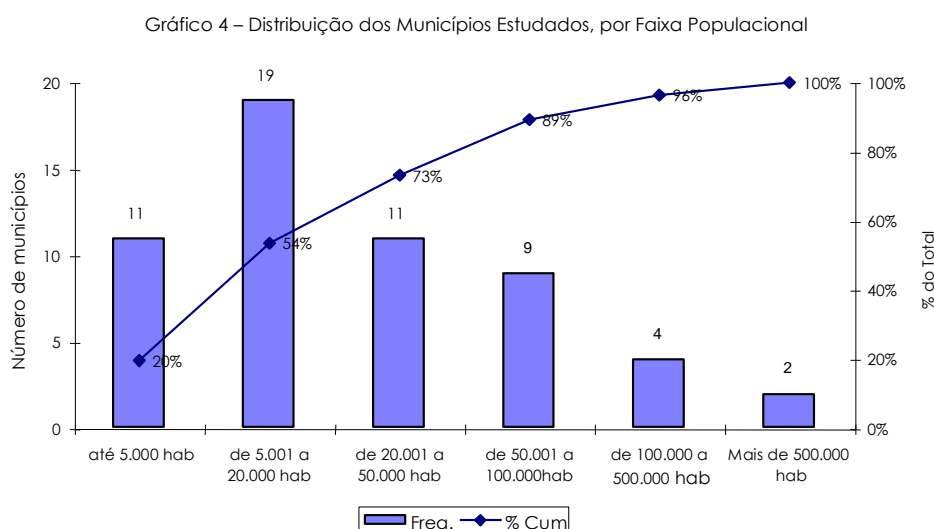
Em 1999, o número médio de consultas nas especialidades básicas produzido pela totalidade dos municípios brasileiros foi de 1,5 consulta por habitante/ano. A distribuição dos municípios segundo esse critério indica que mais de 50% dos municípios selecionados produziram um número de consultas básicas superior à média nacional, sendo que um percentual significativo (39%) produziu mais de 2,0 consultas por habitante/ano. Apesar disso, 23% dos municípios apresentaram um baixo grau de produção de serviços, com menos de 1,0 consulta por habitante/ano (Gráfico 2).



Finalmente, 63% dos municípios selecionados apresentaram, em 1998, taxas de mortalidade infantil abaixo da média nacional (39,96 óbitos de menores de 1 ano por mil nascidos vivos). Quase 45% dos municípios se situam na faixa de 20,1 a 30,0 óbitos por mil nascidos vivos e 7% registraram taxas inferiores a 20,0. Apesar disso, 25% dos municípios selecionados apresentaram taxas de mortalidade bastante elevadas, com mais de 50,0 óbitos por mil nascidos vivos.



A distribuição dos municípios estudados, por faixa populacional, indica que a maior parte é de pequeno porte (mais de 50% têm até 20 mil habitantes), mas um percentual significativo (36%) está situado na faixa de 20 mil a 100 mil habitantes (Gráfico 4). Finalmente, a “trajetória SUS” dos municípios, nos termos das condições de gestão das Normas Operacionais Básicas de 1993 e 1996, indica que a grande maioria entrou diretamente na condição Plena da Atenção Básica (PAB). Entre os municípios que estão na condição Plena do Sistema Municipal, responsáveis também pela gestão dos serviços de média e alta complexidade, há municípios que entraram diretamente nesta condição e outros que passaram pelos sistemas de gestão semiplena, incipiente ou PAB (Tabela 1).



Fonte: Unicamp. NEPP (2001).

Tabela 1 – Distribuição dos Municípios Segundo a Trajetória SUS

Trajетória	Freqüência	Percentual
Direto PAB	46	82%
Direto Plena do Sistema	4	7%
Semiplena-Plena	3	5%
Incipiente-PAB-Plena	2	4%
PAB-Plena	1	2%
Total	56	100%

Fonte: Unicamp. NEPP (2001).

Municípios: Fonte de Informação – As Equipes de Saúde da Família, foco principal do estudo realizado, têm responsabilidade exaustiva pela adequada implementação dos serviços de atenção básica ofertados à população. Do ponto de vista de suas atividades, devem conhecer a realidade das famílias que assistem, através de seu cadastramento e do diagnóstico de suas características sociais,

demográficas e epidemiológicas; identificar os problemas de saúde prevalentes e as situações de risco às quais a população está exposta; elaborar, com a participação da comunidade, um plano local para enfrentar os determinantes do processo saúde/doença; prestar assistência integral, respondendo de forma contínua e racional à demanda organizada ou espontânea, na Unidade de Saúde da Família, na comunidade, no domicílio e no acompanhamento ao atendimento nos serviços de referência ambulatorial ou hospitalar; desenvolver ações educativas e intersetoriais para enfrentar os problemas de saúde identificados.

Conhecer o ambiente de trabalho dessas equipes e as condições disponíveis para o adequado exercício de suas atividades é essencial para a compreensão do conteúdo que deve estruturar um programa de capacitação voltado para o aprimoramento de seu desempenho.

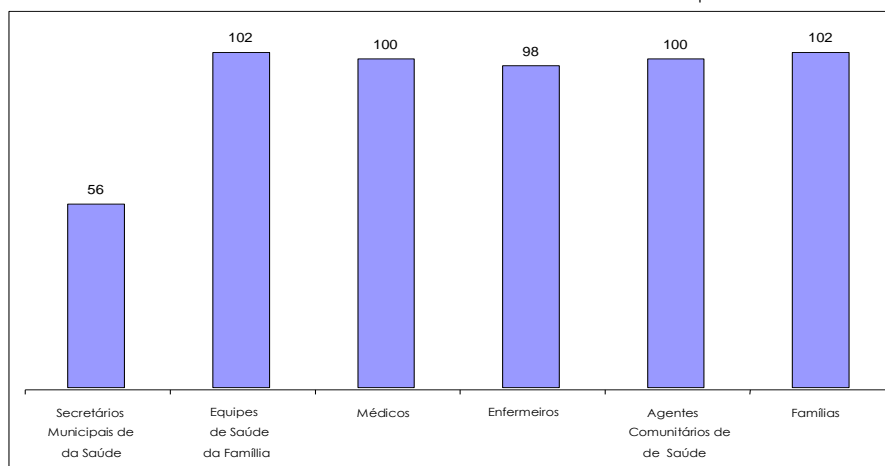
Com esse objetivo, coletamos um conjunto de dados entrevistando gestores locais (SMS), médicos, enfermeiras, agentes comunitários de saúde e famílias beneficiárias, nas quantidades assinaladas no Gráfico 5. As informações foram coletadas mediante a realização de entrevistas conduzidas por entrevistadores devidamente treinados e munidos de questionários estruturados. O Quadro 4 resume as principais variáveis consideradas na estruturação do questionário.

Quadro 4 – Estrutura dos Instrumentos de Coleta de Dados

Bloco e Conteúdo		Questionários ⁽¹⁾					
		SMS	ESF	Enfermeira	Médico	ACS	Família
1	Perfil	√	√	√	√	√	√
2	Implantação dos Serviços	√					
3	Organização dos Serviços	√	√				
4	Participação da Comunidade	√	√			√	
5	Capacitação da(s) ESF	√	√				
6	Caracterização da ESF		√				
7	Identificação dos Usuários		√				
8	Funcionamento da ESF		√				
9	Atuação da ESF		√				
10	Monitoramento		√				
11	Relacionamento com a Comunidade		√	√	√	√	
12	Condições de Trabalho			√	√	√	
13	Formação e Capacitação			√	√	√	
14	Perspectivas de Capacitação			√	√	√	
15	Inter-relações na ESF			√	√	√	
16	Caracterização do Domicílio						√
17	Caracterização da Família						√
18	Identificação de Problemas de Saúde		√	√	√	√	
19	Atuação da ESF						√
20	Avaliação do PSF						√

⁽¹⁾ Os itens assinalados com √ indicam, em cada coluna, a estrutura do instrumento do respectivo entrevistado: o questionário do SMS, por exemplo, contém questões sobre Perfil, Implantação dos Serviços, Organização dos Serviços, Participação da Comunidade, Capacitação da ESF.

Gráfico 5 – Número de Informantes Entrevistados na Pesquisa



Fonte: Unicamp. NEPP (2001).

Resultados

Natureza da capacitação ofertada

A oferta de capacitação dos Pólos às equipes do PSF pode ser examinada a partir de diferentes óticas: puramente pedagógica; financeira, quase sempre baseada nas usuais análises de custo-benefício; social, em função da mudança introduzida no mercado de trabalho local e dos níveis de qualidade do serviço ofertado; político-administrativa, do ponto de vista da aplicabilidade dos conhecimentos na implementação do atendimento básico, e assim por diante.

Nossa abordagem aponta para a viabilidade de instalação e operação de um complexo institucional voltado para a capacitação específica de recursos humanos para o PSF e abrange, pelo menos, quatro eixos analíticos: a estrutura organizacional resultante da interação de um conjunto de instituições integrantes do Pólo, as peculiaridades do projeto educacional ofertado, os níveis de descentralização e cooperação exercitados no desenvolvimento e implementação das atividades formativas e, finalmente, o grau de institucionalização do aparelho formador e sua capacidade de implementar a mudança (Quadro 5).

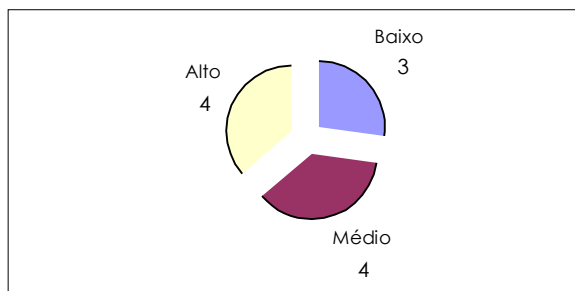
Quadro 5 – Oferta de Capacitação – Estrutura e Atuação dos Pólos

Eixo	Dimensão Examinada	Indicadores
Estrutura e Organização	Instituições integrantes Integração ensino e serviço	Natureza e características das instituições Níveis de interação e tipo de cooperação institucional
Projeto Educacional	Abrangência e diversificação das atividades	Natureza do projeto pedagógico e plano de atividades
Descentralização e Cooperação Institucional	Esferas governamentais envolvidas Cooperação institucional	Natureza da participação e cooperação entre os diferentes níveis da Federação Integração de instituições regionais e locais
Institucionalização e Mudança	Recursos institucionais de gerenciamento Sistema de avaliação e monitoramento Impacto nas instituições participantes Impacto na graduação	Tipo de gestão Incorporação, reprodução e difusão de inovações Estabelecimento e fortalecimento de parcerias Níveis de descentralização das atividades

Fonte: Unicamp. NEPP (2001).

Com respeito ao eixo **estrutura e organização**, encontramos uma diversidade de instituições comprometidas com o projeto institucional dos Pólos, sendo que predominam em quatro deles ações altamente positivas de interação e cooperação, com integração entre as instituições de ensino e as de serviço, estabelecimento de parcerias institucionais e participação das instâncias de representação; em três deles, estes valores têm conotação negativa, havendo predomínio de isolamento e de relações hierárquicas com baixa capacidade de articulação institucional. Nos quatro restantes, esses valores adquirem conotação apenas regular (Gráfico 6). O relacionamento e os níveis de cooperação entre as instituições de ensino e os órgãos da administração direta (Secretarias de Saúde e instituições vinculadas) são de excelente qualidade em sete dos onze Pólos examinados.

Gráfico 6 – Níveis de Interação e Articulação Institucional



Fonte: NEPP/Unicamp (2001). *Formação de Profissionais para a Saúde da Família*.

O **projeto institucional de ensino** é bastante subordinado às diretrizes emanadas do instrumento formal de constituição dos Pólos. Entretanto, alguns se sobressaem, tanto na criatividade quanto no cumprimento da pauta. As atividades de *formação*, que incluem graduação e pós-graduação, são primordialmente desenvolvidas no âmbito das instituições de ensino superior com predomínio de cursos de graduação. Por isso, sua ocorrência enquanto atividade dos Pólos, fora do circuito oficial de ensino universitário, restringiu-se à implementação de estágios rurais e residência específica em saúde da família mencionados por Pólos liderados por instituições de ensino ou, no caso da liderança pelo setor serviço, por Escolas de Saúde Pública subordinadas às Secretarias Estaduais, cujas atividades de formação são credenciadas pelo próprio MS. Dois aspectos merecem destaque. O primeiro refere-se aos níveis de *diversificação, abrangência e adequação* das atividades. Em seis Pólos, esses níveis foram considerados *altos*, uma vez que oferecem, além do curso introdutório, uma programação que contempla áreas temáticas, ciclo de vida e atividades de especialização e aperfeiçoamento, na forma de estágios, residência e outros programas específicos em Saúde da Família; três Pólos apresentaram atividades com níveis baixos de diversificação, abrangência e adequação, restringindo-se basicamente à oferta de cursos introdutórios; dois apresentaram níveis médios. O segundo aspecto refere-se à *natureza reativa ou proativa das atividades* implementadas. Dos Pólos analisados, quatro apresentaram atuação reativa às diretrizes das Secretarias Estaduais ou Municipais de Saúde e sete apresentaram projetos institucionais proativos e antecipadores das demandas. O Quadro 6 resume as informações sobre a natureza da instituição líder e sobre as atividades desenvolvidas pelos Pólos, exceto aquelas de graduação e pós-graduação.

Quadro 6 – Caracterização dos Pólos por Atividades Básicas e Tipo de Coordenação

Legenda: Sim Não

Pólos	Capacitação			Educação Permanente		Coordenação
	Introdutório	Ciclo de Vida	Áreas Temáticas	Atualização	Especialização	
AL						Serviço
BA						Serviço
BH/MG						Ensino
CE						Serviço
DF						Serviço
JF/MG						Ensino
MT						Serviço
PE						Serviço
PR						Serviço
RJ e Niterói						Ensino e Serviço
SC						Serviço

Fonte: Unicamp. NEPP (2001).

O eixo analítico que trata da **descentralização e cooperação institucional** examina a intensidade do relacionamento dos Pólos com as instâncias estadual e

municipal, por um lado, e sua capacidade de multiplicação, por outro, implantando núcleos e cursos de capacitação descentralizados e em parceria com instituições locais e regionais. Em sete Pólos, o relacionamento intergovernamental é considerado intenso, pautado pela realização de reuniões de planejamento e por um processo de cooperação com decisões conjuntas. Em um deles, esse relacionamento é escasso, restrito ao necessário e, em três, é considerado mediano. A dimensão mais operacional, que envolve um esforço de parcerias regionais destinado a descentralizar as ações formativas, é considerada de alto nível em cinco dos onze Pólos. O esforço para descentralizar as atividades de ensino, aproximando-as de seus beneficiários, se destaca tanto pelo estabelecimento de parceria com instituições de ensino dispersas no estado, quanto por uma adequada integração com as organizações regionais e locais de serviço (Gráfico 7).

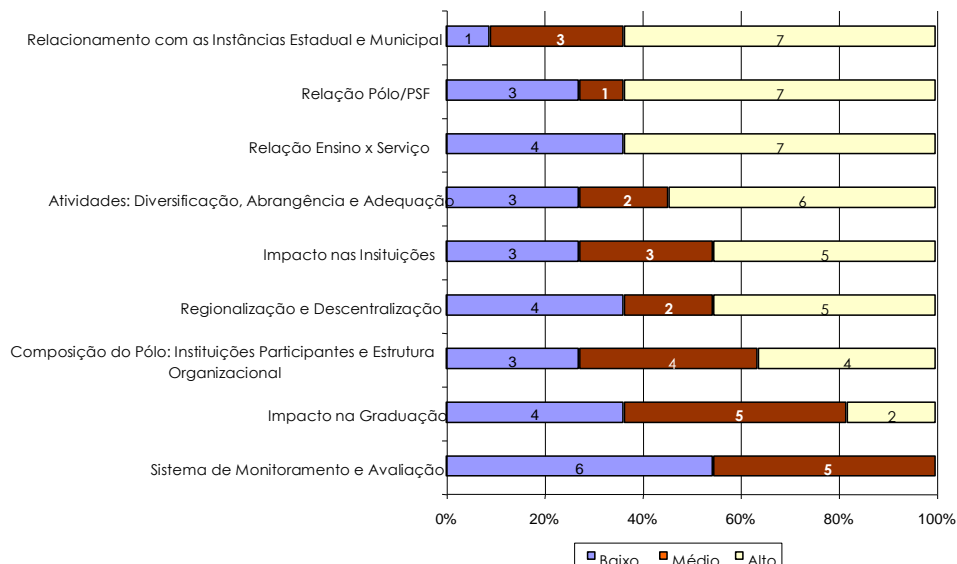
Gráfico 7 – Descentralização e Cooperação Institucional



Fonte: Unicamp. NEPP (2001).

Institucionalização e Mudança. O exame deste eixo baseou-se na avaliação reflexiva, que relacionou as características do Pólo com as características do PSF, de modo a detectar aspectos inovadores na atuação daqueles ou a simples reprodução das características do próprio Programa. Além de aspectos meramente organizacionais relacionados com recursos de implementação (estilo gerencial, instalações, transporte e similares), examinamos a capacidade do Pólo para incorporar resultados de monitoramento e avaliação, por um lado, e de causar impacto nas instituições ou nos cursos de graduação com os quais interage, por outro. Os resultados não surpreendem: o impacto institucional só é alto em cinco casos e o impacto na graduação em dois; o sistema de monitoramento e avaliação é bastante incipiente, apresentando nível mediano em cinco casos e nível baixo em seis. O Gráfico 8 apresenta um resumo dos resultados da atuação dos Pólos com respeito a um conjunto de variáveis relevantes consideradas neste capítulo.

Gráfico 8 – Posicionamento dos Pólos Avaliados ⁽¹⁾ com Respeito a Variáveis Seleccionadas
Posicionamento dos Pólos Segundo seu Desempenho por Dimensão



⁽¹⁾ Os Pólos de Niterói e Rio de Janeiro estão agregados, perfazendo um total de 11 em cada barra do gráfico.

Fonte: Unicamp. Nepp (2001).

O exame da **capacitação ofertada**, tanto do ponto de vista do conteúdo das atividades e do projeto educacional quanto do ponto de vista da engenharia institucional estruturada para sua implementação, revela alguns dilemas que podem ser resumidos em quatro vertentes principais: dificuldade para formar profissionais alinhados com as diretrizes do atendimento básico resolutivo, principalmente nos cursos de graduação; diversidade do complexo institucional encarregado da formação e capacitação de recursos humanos, que reproduz a setorialização entre educação e saúde, acentuando eventuais conflitos entre ensino e serviço; dificuldade para implantar formatos didático-pedagógicos que permitam a capacitação das equipes integradas, ao invés de capacitar seus segmentos profissionais específicos, separadamente; finalmente, mas não menos importante, dificuldade para executar projetos de ensino capazes de considerar a necessidade real e a heterogeneidade das equipes beneficiárias, principalmente em virtude da inexistência de recursos gerenciais consistentes voltados para o monitoramento e avaliação dos projetos operacionalizados. Esses aspectos serão considerados, em detalhe, no capítulo que trata das nossas conclusões.

Qualificação existente e capacitação demandada

No que se refere especificamente às **necessidades de capacitação** das equipes do PSF, examinamos a relação entre o projeto educacional do Pólo (traduzido pelas atividades realizadas) e a qualificação e desempenho das Equipes de Saúde da Família. O Quadro 7 resume os eixos analíticos relacionados com a capacitação das ESF.

Quadro 7 – Plano de Análise: Eixos Estruturantes e Indicadores

Eixo	Dimensão Examinada	Indicadores
Qualificação dos Recursos Humanos	<ul style="list-style-type: none"> • Caracterização das Equipes de Saúde da Família (ESF) • Capacitação e Desempenho 	<ul style="list-style-type: none"> • Estrutura; permanência e rotatividade; interação/ integração; satisfação profissional; apoio e supervisão. • Qualificação básica, especializada, específica e aprimorada; participação das equipes; sugestões e demandas; fontes e recursos de capacitação; divulgação do trabalho; dificuldades.
Eficácia e Controle Social	<ul style="list-style-type: none"> • Relação das Equipes de Saúde da Família com a Comunidade 	<ul style="list-style-type: none"> • Atividades de planejamento; interação com as famílias; conhecimento do meio.

Fonte: Unicamp. NEPP (2001).

Qualificação dos Recursos Humanos. As dimensões contidas neste eixo analisadas durante a pesquisa incluem as características das equipes de saúde da família, sua capacitação e desempenho. A **caracterização das ESF**⁵ revela um conjunto de fatos interessantes. O primeiro mostra que, com respeito à **estrutura das equipes**, não foram identificados problemas relacionados com a falta de profissionais, exceto no caso do odontólogo, cujo processo de incorporação nas ESF ainda é recente. As ESF entrevistadas estavam completas no momento da pesquisa, como mostra a *Tabela 2*, e praticamente todas as ESF contavam com pelo menos um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e quatro ACS; mais de 40% das ESF contavam, ainda, com a disponibilidade de um odontólogo. Além disso, um percentual significativo das ESF (31%) trabalhava também com mais de um auxiliar/técnico de enfermagem.

Tabela 2 – Estrutura das ESF por Categoria Profissional

Número de Profissionais	Composição das Equipes de Saúde da Família por Categoria Profissional (em %)				
	Médico	Enfermeiro	Auxiliar de Enfermagem	ACS	Odontólogo
Nenhum	-	4	4	2	58
1	97	96	65	1	38
2	3 ⁶	-	26	2	2
3	-	-	5	-	-
4	-	-	-	12	-
5	-	-	-	23	-
6	-	-	-	27	-
Mais de 6	-	-	-	32	-

Fonte: Unicamp. NEPP (2001).

5 A análise está baseada em entrevistas com 100 médicos, 98 enfermeiras, 102 ESF e 100 ACS distribuídos nos 56 municípios estudados (Quadro 2). As bases para cada demonstração estão indicadas caso a caso.

6 Médicos trabalhando em tempo parcial.

A estrutura das equipes examinada por gênero, faixa etária e tempo de exercício profissional não apresenta surpresas. Há predomínio de mulheres entre os profissionais de enfermagem e entre os ACS, enquanto, entre os médicos, há predomínio de homens. Em todos os segmentos profissionais, a faixa etária predominante é inferior a 50 anos, sendo os agentes comunitários de saúde os profissionais mais jovens. A diferença de idade observada entre médicos e enfermeiros está relacionada com o tempo de formados destes profissionais: enquanto 41% dos médicos haviam-se formado há mais de 10 anos, apenas 26% dos profissionais de enfermagem apresentavam o mesmo tempo de formação. Contudo, é interessante observar que, nas ESF visitadas, o percentual de médicos recém-formados (10%) é o dobro do percentual de profissionais de enfermagem (5%), como mostra a Tabela 3.

Tabela 3 – Estrutura das Equipes por Variáveis Seleccionadas

Item	Descrição	Categoria Profissional (%)		
		Médico/a	Enfermeiro/a	ACS
Gênero	Homens	55	12	16
	Mulheres	45	88	84
Idade	Até 30 anos	33	47	54
	De 31 a 50 anos	53	48	42
	Mais de 50 anos	14	5	4
Tempo de formação em medicina ou enfermagem	Menos de 1 ano	10	5	-
	De 1 a 5 anos	31	52	-
	De 6 a 10 anos	18	16	-
	De 11 a 20 anos	17	16	-
	Mais de 20 anos	24	10	-

Fonte: Unicamp. NEPP (2001).

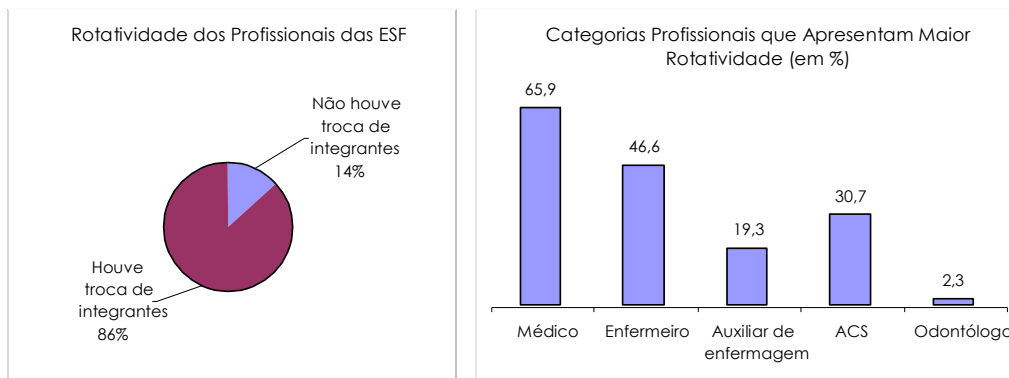
A **permanência ou rotatividade** dos membros de uma equipe é determinante de sua experiência, de sua integração com a comunidade e do conhecimento de seus problemas. O exame da trajetória dos médicos, enfermeiras e ACS integrantes das ESF entrevistadas nos permite verificar que os profissionais que estão há mais tempo na equipe são os ACS, seguidos das enfermeiras e, finalmente, dos médicos. A maioria atuou em saúde pública antes de integrar a ESF, da mesma forma que a maioria iniciou o trabalho no PSF no próprio município em que os profissionais foram entrevistados (72% dos médicos, 66% das enfermeiras e 100% dos ACS). A porcentagem restante, que atuou no PSF de outros municípios antes de chegar à situação atual (28% dos médicos e 34% das enfermeiras), tem mais de dois anos de experiência de trabalho em saúde da família e sua saída do município anterior foi motivada por razões políticas para 29% dos médicos e 39% das enfermeiras. Verificamos, outrossim, que 1/3 dos médicos e profissionais de enfermagem estava atuando no município visitado “há menos de seis meses” e “entre 1 e 2 anos”, respectivamente, enquanto quase 50% dos agentes comunitários de saúde atuavam há mais de dois anos (Tabela 4).

Tabela 4 – Permanência e Rotatividade dos Componentes das ESF

Item	Descrição	Categoria Profissional (%)		
		Médicos	Enfermeiros	ACS
Tempo de atuação no PSF do município	Menos de 6 meses	31	22	12
	De 6 meses a 1 ano	23	23	11
	De 1 a 2 anos	24	30	30
	Mais de 2 anos	23	25	47
Atuação profissional anterior ao PSF	Saúde pública	72	67	-
	Saúde privada	35	28	-
	Profissional liberal	24	2	-
	ACS do PACS	-	-	46
Atuação no PSF de outro município	Sim	28	34	-
	Não	72	66	100
Tempo de atuação no PSF de outro município (28% dos médicos e 34% dos enfermeiros)	Menos de 6 meses	25	17	-
	De 6 meses a 1 ano	11	12	-
	De 1 a 2 anos	28	33	-
	Mais de 2 anos	36	38	-
Razão da saída do PSF do município onde atuava (28% dos médicos e 34% dos enfermeiros)	Salário baixo	18	33	-
	Condições de trabalho inadequadas	18	18	-
	Infra-estrutura deficiente	14	6	-
	Razões pessoais/familiares	25	18	-
	Razões políticas	29	39	-
	Distância grandes centros	14	-	-

Considerando-se que mais de 40% das equipes entrevistadas foram implantadas até 1998 e que, portanto, estavam funcionando há mais de três anos no momento da pesquisa e considerando-se que, apesar de completas, em 86% das equipes entrevistadas já houve troca de profissionais, podemos afirmar que há alguma *rotatividade* de seus membros. Essa rotatividade é mais alta nos segmentos profissionais mais capacitados: 66% de médicos e 47% de enfermeiros, seguidos de 31% de ACS e 19% de auxiliares de enfermagem.

Gráfico 9 – Rotatividade no Trabalho por Categorias Profissionais



Fonte: Unicamp. NEPP (2001).

Em que pese o fator residência anterior na localidade, posto que os agentes são membros da comunidade, podemos supor pelo menos duas razões para a fidelidade profissional: que o vínculo com o PSF significou ascensão social e satisfação profissional, impedindo o êxodo para centros maiores; ou que, em pequenos centros, o PSF é uma de poucas alternativas de trabalho para esta categoria profissional. Embora todos os segmentos considerem os baixos salários como uma das principais razões para a rotatividade, a busca voluntária de melhores oportunidades não é a razão mais recorrente entre os ACS, cuja rotatividade é atribuída a razões políticas e eleitorais, quando ocorre mudança de gestores.

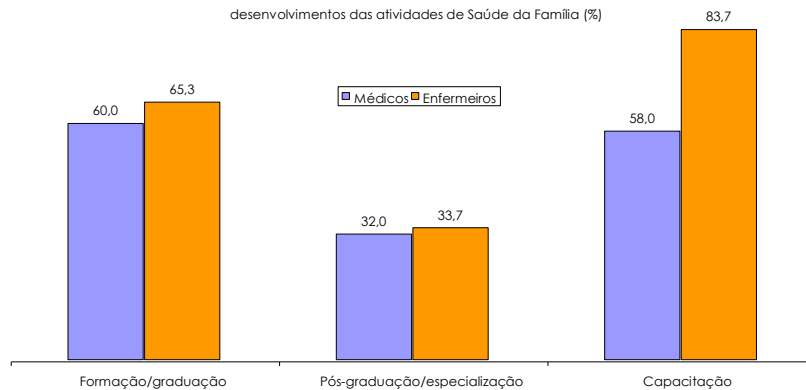
O exame do tema **integração** dos membros da ESF destaca dois pontos. Primeiro, um sinal importante da integração da equipe é o fato dos entrevistados considerarem seu exercício profissional como um momento de aprendizagem em serviço. De acordo com as informações obtidas na pesquisa, tanto os médicos (98%) como os enfermeiros (99%) se mostram favoráveis ao processo de treinamento em serviço, alegando que a prática propicia aprendizado diário e constante, aprimorando os conhecimentos teóricos e permitindo o aprendizado com a comunidade e com a vivência de novas situações. Da mesma forma, 95% dos ACS se consideram treinados em serviço pelos enfermeiros, médicos e auxiliares de enfermagem, sendo os enfermeiros os profissionais que mais lhes propiciam ensinamentos. Entre os ACS entrevistados, 56% declararam que o treinamento em serviço é momento altamente significativo, pois possibilita, entre outros aspectos, aprender a se relacionar com a comunidade e a lidar com as pessoas.

O segundo ponto abrange prioritariamente a questão da oferta de capacitação para os integrantes da ESF, ainda sem curso introdutório, e secundariamente a grande rotatividade dos integrantes das equipes. Esse fato tem condicionado a oferta de treinamento a segmentos profissionais específicos, que acabam sendo treinados separadamente (em épocas diferentes, em grupos diferentes, com abordagem do conteúdo diferente, com docentes diferentes, com metodologias diferentes). Na opinião das enfermeiras entrevistadas, faz toda a diferença o treinamento ser assim “disperso” ou ser “abrangente” à equipe como um todo. No caso dos treinamentos “dispersos”, os membros da ESF acabam recebendo e “interpretando” o conteúdo individualmente, o que talvez não tenha a mesma força de transformação de atitudes e de postura profissional que haveria no caso dos treinamentos “abrangentes”, em que o conteúdo poderia ser discutido para chegar a uma interpretação mais consensual e homogênea, produzindo talvez uma espécie de vigilância mútua sobre o seguimento das orientações recebidas no treinamento, ao voltarem à rotina do trabalho no dia-a-dia. De qualquer modo, é importante ressaltar o papel da capacitação como elemento integrador da equipe.

A análise da **capacitação e desempenho** das equipes destaca a contribuição tanto da graduação quanto da educação continuada para a **qualificação básica** em saúde da família. Médicos e enfermeiras declaram ter recebido conhecimentos

aplicáveis à atenção básica tanto na graduação quanto nos cursos de capacitação. Entretanto, os dados do Gráfico 10 revelam que a capacitação conseguiu transmitir mais conhecimentos relacionados a Saúde da Família aos enfermeiros (84%) do que aos médicos (58%), enquanto os cursos de graduação e pós-graduação/especialização beneficiaram ambos os profissionais praticamente na mesma proporção.

Gráfico 10 – Contribuição da Graduação e da Educação Continuada para a Transmissão de Conhecimentos Aplicáveis à Saúde da Família
Momentos em que recebeu conhecimentos úteis e aplicáveis ao desenvolvimento das atividades de Saúde da Família (%)



Fonte: NEPP/Unicamp, 2001.

A **demand**a é ampla e abrange aspectos da própria graduação. Apesar de terem recebido conhecimentos úteis sobre Saúde da Família durante sua formação, médicos e enfermeiras declararam ser necessário introduzir novos conteúdos sobre o tema, tanto nos cursos de graduação como nos de pós-graduação e especialização (Tabela 4). Entre os conteúdos citados por esses profissionais, ressaltam-se aqueles relacionados à estratégia, aos princípios e funcionamento do PSF: saúde pública/saúde coletiva; abordagem da família; sensibilização da comunidade. A inclusão ou ampliação de estágios em saúde da família, por sua vez, foi a principal mudança sugerida com o objetivo de formar profissionais para a atenção básica preventiva e resolutive (14% dos médicos e 37% dos enfermeiros).

Contudo, a maioria dos médicos (76%) e dos enfermeiros (86%) destacou a inexistência de dificuldades para a introdução dessas mudanças de conteúdo nos cursos de graduação. Aqueles que declararam haver dificuldade (11% e 16%, respectivamente, de médicos e enfermeiras) atribuem estas dificuldades a: resistência de alunos e docentes em relação à saúde pública; falta de interesse e vontade política; direcionamento dos atuais cursos de medicina para especialidades e restrição a novos conteúdos para alteração dos currículos existentes (Tabela 5).

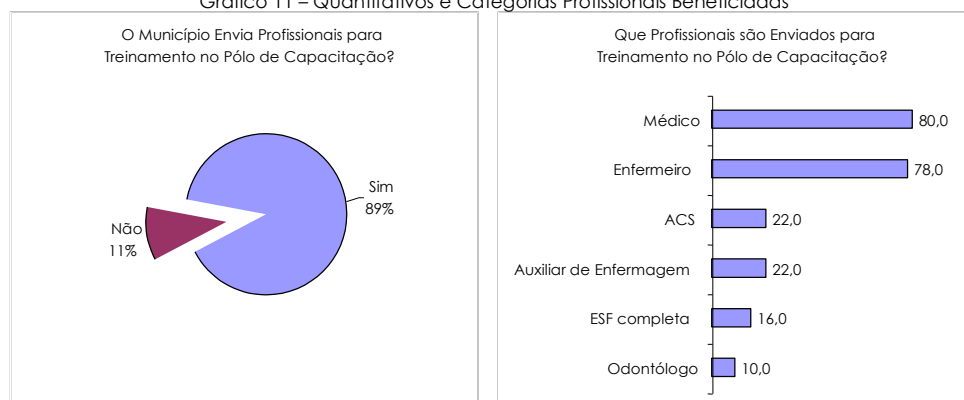
Tabela 5 – Posição dos Médicos e Enfermeiras com Respeito aos Conteúdos de Saúde da Família nos Cursos de Graduação

Item	Descrição	Categoria Profissional (%)	
		Médicos	Enfermeiras
Que conteúdos de Saúde da Família precisam ser introduzidos na graduação?	Funcionamento do PSF	16	23
	Saúde da família	19	20
	Saúde coletiva/saúde pública	10	19
	Abordagem da família/comunidade	09	10
É difícil introduzir esses conteúdos na graduação?	Sim	11	16
	Não	86	76
	Não informou	03	07
Quais são as dificuldades? (Questão respondida por 11% dos médicos e 16% das enfermeiras que declararam existência de dificuldades para introduzir conteúdos de SF na graduação)	Resistência à saúde pública	22	08
	Falta de interesse/vontade política	09	28
	Formação voltada para especialização	13	-
	Restrição a novos conteúdos	09	14
	Inclusão/ampliação do estágio em SF	14	37
Que outras mudanças necessitam ser introduzidas?	Inclusão de disciplina em SF	04	12
	Formação mais generalista	11	-
	Ênfase do aspecto prático	11	01
	Docentes mais qualificados	03	07

Fonte: Unicamp. NEPP (2001).

A **participação nas atividades de capacitação** é diferenciada por segmentos profissionais e a oferta ainda é insuficiente para cobrir as necessidades das ESF como um todo. Em menos de 20% dos municípios estudados, todos os integrantes das equipes são treinados e um pequeno número de ACS e auxiliares de enfermagem aparece como participantes dos cursos oferecidos. Os médicos e os enfermeiros são, no conjunto dos municípios, as categorias que mais participaram das atividades de capacitação ofertadas (Gráfico 11).

Gráfico 11 – Quantitativos e Categorias Profissionais Beneficiadas



Fonte: Unicamp. NEPP (2001).

A **demanda e as expectativas educacionais** dos dois segmentos profissionais que mais participaram das atividades (médicos e enfermeiras) compreendem uma gama considerável de conteúdos, que ampliam os cursos que já fizeram ou acrescentam e atualizam (Quadro 8). Esses conteúdos podem ser agregados em três grandes conjuntos: educação continuada profissional, programas de saúde, administração e planejamento (Quadro 9).

Quadro 8 – Capacitação Recebida e Capacitação que Gostaria de Receber

Conteúdos	Estudou		Gostaria de estudar	
	Médico	Enfermeiro	Médico	Enfermeiro
Educação Continuada Profissional				
Diagnóstico e tratamento de hipertensão	84,0	74,5	9,0	20,4
Tratamento da diarreia infantil	83,0	78,6	10,0	18,4
Diagnóstico e tratamento de diabetes	82,0	75,5	11,0	20,4
Tratamento da IRA (infecção respiratória aguda)	80,0	70,4	13,0	27,6
Diagnóstico e tratamento de tuberculose	78,0	75,5	18,0	18,4
Assistência ao pré-natal	76,0	87,8	11,0	10,2
Orientação técnica sobre aleitamento materno	73,0	80,6	17,0	16,3
Higiene (cuidados básicos/ higiene pessoal, alimentação, condições sanitárias)	68,0	73,5	21,0	17,3
Diagnóstico e tratamento da hanseníase	66,0	73,5	26,0	21,4
Exame ginecológico	65,0	69,4	19,0	27,6
Atendimento ao parto	63,0	65,3	23,0	25,5
Avaliação e estimulação do desenvolvimento infantil	63,0	54,1	23,0	41,8
Planejamento familiar	62,0	79,6	28,0	16,3
Orientação nutricional para desnutrido	62,0	55,1	28,0	41,8
Trabalho com grupo de pacientes	49,0	50,0	38,0	42,9
Educação sexual do adolescente	45,0	40,8	42,0	55,1
Abordagem do alcoolismo	37,0	36,7	53,0	54,1
Programas De Saúde				
DST/AIDS	73,0	78,6	23,0	18,4
Saúde da criança em geral	71,0	72,4	20,0	27,6
Saúde do adulto em geral	67,0	56,1	19,0	37,8
Saúde da mulher em geral	64,0	75,5	24,0	21,4
Visita domiciliar	54,0	57,1	33,0	34,7
Vigilância Epidemiológica	52,0	65,3	34,0	30,6
Vigilância Sanitária	44,0	42,9	40,0	45,9
Saúde do idoso	42,0	42,9	45,0	54,1
Saúde do adolescente em geral	38,0	37,8	50,0	57,1
Internação domiciliar	34,0	22,4	52,0	69,4
Saúde do trabalhador	32,0	27,6	48,0	57,1
Saúde bucal em geral	21,0	28,6	46,0	52,0
Promoção e prevenção em Saúde Bucal	19,0	24,5	46,0	54,1
Administração, Planejamento E Gestão				
Educação e Saúde	56,0	66,3	30,0	26,5
Análise da situação de saúde	42,0	42,9	40,0	50,0
Abordagem da comunidade e da família	41,0	48,0	47,0	45,9
Planejamento e programação local em Saúde	38,0	40,8	48,0	53,1
Operação do SIAB	32,0	49,0	45,0	44,9
Sistemas de informação	12,0	29,6	47,0	50,0

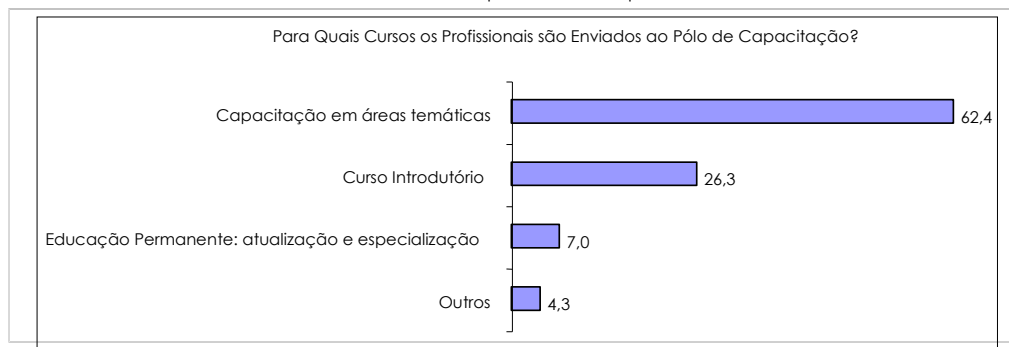
Quadro 9 – Expectativas Educacionais de Médicos e Enfermeiras –
Conteúdos Indicados Simultaneamente pelos Dois Segmentos com Incidência Igual ou Superior a 40%

Área	Temas	Incidência = ou > 40%	
		Médicos	Enfermeiras
ECP	Educação Sexual do Adolescente	42,0	55,1
PS	Vigilância Sanitária	40,0	45,9
PS	Saúde do Idoso	45,0	54,1
PS	Saúde do Adolescente em Geral	50,0	57,1
PS	Interação Domiciliar	52,0	69,4
PS	Saúde do Trabalhador	48,0	57,1
PS	Saúde Bucal em Geral	46,0	52,0
PS	Promoção e Prevenção em Saúde Bucal	46,0	54,1
APG	Análise da Situação de Saúde	40,0	50,0
APG	Abordagem da Comunidade e da Família	47,0	45,9
APG	Planejamento e Programação Local em Saúde	48,0	53,1
APG	Operação do SIAB	45,0	44,9
APG	Sistemas de Informação	47,0	50,0

Notas: ECP = Educação Continuada Profissional; PS = Programas de Saúde; APG = Administração, Planejamento e Gestão

No que diz respeito ao conteúdo programático, a frequência ao Módulo Introdutório representa menos de 30% do total das atividades, e parte substancial dos esforços está voltada para a capacitação em Áreas Temáticas (Gráfico 12).

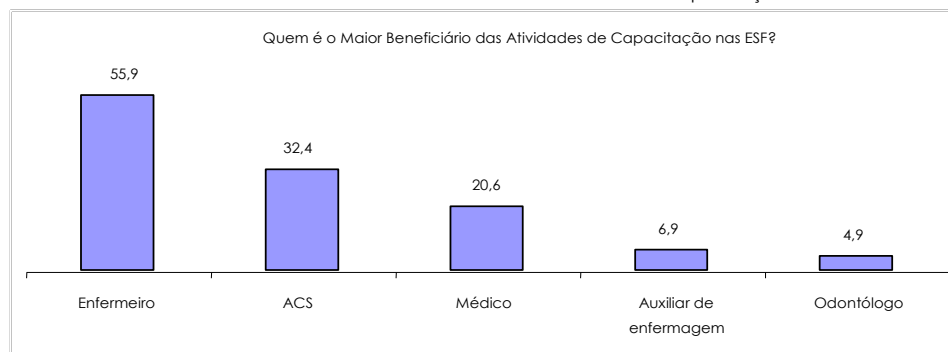
Gráfico 12 – Principais Cursos Frequentados



Fonte: Unicamp. NEPP (2001).

Os enfermeiros, seguidos dos ACS, são aqueles que, a juízo da própria equipe, se beneficiam mais com os conhecimentos adquiridos nos programas de capacitação.

Gráfico 13 – Maiores Beneficiários das Atividades de Capacitação



Fonte: Unicamp. NEPP (2001).

O exame do tema **recursos de capacitação** incorpora a participação dos municípios na implementação das atividades formativas e nos remete à necessidade urgente de descentralizar o aparelho formador, ampliando sua capilaridade até o nível local. Para que os municípios se envolvam cada vez mais com a capacitação das ESF, é preciso conhecer a disponibilidade de seus recursos, tanto institucionais quanto de equipamentos e de pessoal. Em quase todos os municípios pesquisados, estão disponíveis TV e vídeo (96%); computadores (75%); recursos audiovisuais; rádio comunitária (27%); espaço físico (24%) e biblioteca (16%), recursos necessários para que os cursos possam ser incrementados no nível local. A existência de meios úteis para implementar programas de capacitação, contudo, não garante sua disponibilidade para uso. Essa disponibilidade depende de atitudes gerenciais e planos que viabilizem a utilização compartilhada dos recursos existentes, minimizando as fronteiras da setorialização. Os fatores que justificam a implantação dos programas de ensino no nível local, segundo médicos e enfermeiras, estão explicitados a seguir (Tabela 6) .

Tabela 6 – Fatores de Viabilidade da Capacitação em Nível Local, Segundo Médicos e Enfermeiras

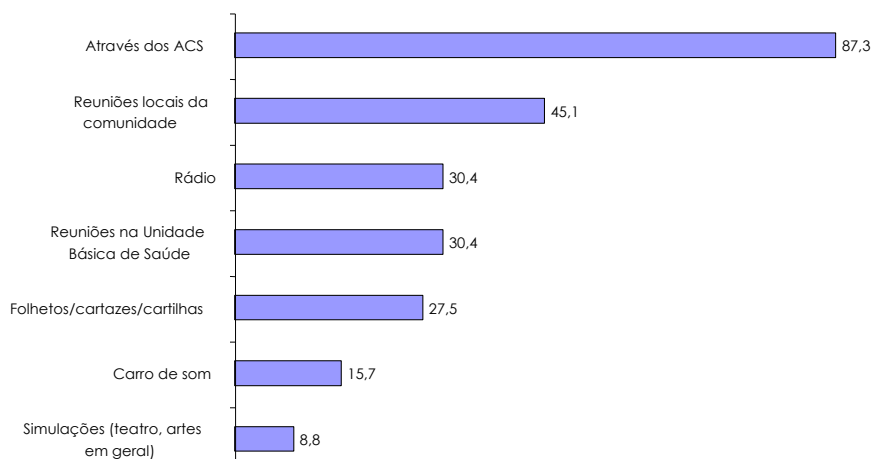
Fatores Citados	% de Respostas	
	Médicos	Enfermeiros
Disponibilidade de recursos humanos e materiais	24,1	4,5
Conteúdo mais adequado à realidade local	21,7	18,2
Maior proximidade / facilidade de acesso	14,5	30,7
Existência de infra-estrutura no município	10,8	13,6
Custo baixo	7,2	4,5
Existência de apoio / incentivo do poder local	7,2	5,7
Possibilidade de a participação de todos os profissionais/equipes	7,2	4,5

Fonte: Unicamp. NEPP (2001).

O principal e mais eficiente meio de **divulgação do trabalho** da ESF é o agente comunitário de saúde, segundo 87% dos entrevistados. Essa atuação é

complementada por reuniões locais da comunidade com a ESF (45% dos casos), divulgação por rádio (30%), distribuição de folhetos e cartilhas (28%) e uso de carros de som (15%).

Gráfico 14 – Divulgação do trabalho das ESF



Fonte: Unicamp. NEPP (2001).

A **eficácia e o controle social** do trabalho das equipes foram detectados pelo exame de um conjunto de variáveis, entre as quais destacamos alguns aspectos das atividades de planejamento, o conhecimento do público-alvo, a interação com a comunidade, a percepção positiva ou negativa do próprio trabalho e a participação da comunidade nas atividades de planejamento, oferta e aprimoramento dos serviços.

É interessante o significado que tem o PSF para os 50% das famílias entrevistadas que declararam conhecê-lo: “atendimento domiciliar” (33%); “uma equipe que cuida da saúde da comunidade e fornece medicamentos” (18%); “um programa importante para a saúde da comunidade” (12%); “trabalho do ACS, que orienta e encaminha o paciente para o posto” (12%); “um posto perto de casa” (7,8%). Ainda de acordo com a maioria dos entrevistados, foi o ACS quem explicou o que era o PSF (67%), seguido do médico (16%) e do enfermeiro (14%).

Os principais fatores que contribuem para a eficácia do trabalho das equipes estão relacionados com o envolvimento dos recursos humanos que as integram. A contribuição dos cursos de capacitação é modesta e não encontramos qualquer referência a recursos materiais, sejam eles financeiros ou de equipamentos. (Tabela 7).

Tabela 7 – Fatores Responsáveis Pelos Resultados Positivos do Trabalho da ESF

Fatores	Grau de Contribuição (em %)			
	Nenhum	Baixo	Médio	Alto
Comprometimento dos enfermeiros	-	-	7,8	88,2
Envolvimento de toda a ESF	-	-	16,7	83,3
Comprometimento dos ACS	-	-	18,6	78,4
Comprometimento dos médicos	-	2,9	19,6	77,5
Apoio da coordenação do PSF	6,9	5,9	24,5	59,8
Diagnóstico de situações de risco	1,0	4,9	32,4	58,8
Apoio do poder local	2,0	8,8	41,2	48,0
Envolvimento da comunidade	2,9	14,7	38,2	44,1
Eficiência dos cursos de capacitação	5,9	18,6	43,1	29,4
Atuação do Conselho Municipal de Saúde	19,6	25,5	27,5	23,5
Adequada compreensão do PSF pela população	6,9	25,5	47,1	19,6
Interação com instâncias estaduais e federais	14,7	19,6	50,0	15,7

Fonte: Unicamp. NEPP (2001).

O cadastramento das famílias, base para as atividades de **planejamento** e fator propulsor dos contatos com a comunidade, facilitando a **integração**, é dificultado, algumas vezes, pelo excesso de demanda enfrentado pelas equipes. Considerando o porte dos municípios, encontramos dois casos em que 50% das ESF têm mais de 1000 famílias cadastradas em sua área de atuação. Nos municípios pequenos, essa proporção se inverte e encontramos 58% das equipes com até 800 famílias cadastradas em sua área de atuação.

Tabela 8 – Famílias Cadastradas na Área de Responsabilidade da ESF, por Porte do Município

Porte do Município	Número de Famílias / % de ESF		
	Até 800	De 801 a 1.000	Mais de 1.000
Até 5.000 habitantes	58,3	25,0	16,7
De 5.001 a 20.000 hab.	33,3	44,4	19,4
De 20.001 a 50.000 hab.	29,2	20,8	50,0
De 50.001 a 100.000 hab.	50,0	25,0	25,0
Mais de 100.000 hab.	21,5	28,6	50,0
Total dos 56 municípios	36,3	31,4	31,4

Fonte: Unicamp. NEPP (2001).

A maioria das ESF atende pessoas que estão fora da área de abrangência, em caráter de urgência ou na ausência de outro tipo de atendimento, sendo que o grupo populacional mais atendido é o de mulheres adultas entre 20 e 59 anos, seguido do grupo de crianças de 0 a 14 anos e o de idosos com 60 anos ou mais. Outro dado interessante diz respeito ao atendimento realizado em locais próximos da comunidade. Mais de 50% das ESF realizam atendimento de forma itinerante, com deslocamentos de periodicidade mensal e atendimento em escolas, igrejas e casas de moradores, na maioria dos casos.

Tabela 9 – Atendimento da população cadastrada pelas ESF

Item	Descrição	ESF (em%)
Atendimento de pessoas fora da área de abrangência	• Sim	78
	• Não	22
Grupos mais atendidos por faixa etária	• Adulto mulher (20 a 59 anos)	53
	• Criança (0 a 14 anos)	29
	• Idoso (mais de 59 anos)	22
	• Adulto homem (20 a 59 anos)	05
Atendimento itinerante em locais próximos da comunidade	• Adolescente (15 a 19 anos)	02
	• Sim	56
Divulgação do atendimento itinerante	• Não	44
	• ACS	91
	• Cartazes e folhetos	23
	• Escola	21
	• Igreja ou templo religioso	14

Fonte: Unicamp. NEPP (2001).

Conclusões

Neste artigo, examinamos o nível de institucionalização dos Pólos em relação ao nível de institucionalização da própria estratégia de Saúde da Família, considerando três vertentes principais. Primeiramente, examinamos sua capacidade para transmitir, no exercício de sua missão, uma concepção clara do papel do PSF na atenção primária, bem como de seu próprio papel na formação dos diferentes segmentos profissionais integrantes das equipes. Em segundo lugar, analisamos as características da inserção do Pólo no complexo institucional responsável pela implementação do PSF, definidas a partir da qualidade da integração que, em linhas gerais, pode ser classificada como interativa, propulsora e harmoniosa x isolacionista, reativa e conflituosa. Em terceiro lugar, examinamos a capacidade de articulação e multiplicação do conjunto de instituições líderes, constituído pelas organizações que elaboraram o projeto original do Pólo.

Concluimos que a articulação entre os Pólos e o Programa de Saúde da Família, no nível estadual, revelou-se extremamente sinérgica na maior parte dos Pólos analisados. Essa sinergia tem produzido, por um lado, uma reflexão mais aprofundada sobre o papel do PSF no desenvolvimento das ações básicas de saúde; por outro, um maior estímulo para que tanto a coordenação estadual do Programa quanto o complexo institucional envolvido com sua execução se ancorem em diretrizes operacionais claras e bases conceituais sólidas que possam orientar os mecanismos de intervenção, as atribuições e competências nos cuidados básicos de saúde.

Entretanto, o exame da **capacitação ofertada**, seja do ponto de vista do conteúdo das atividades e do projeto educacional, seja do ponto de vista da engenharia institucional estruturada para sua implementação, revela ainda alguns dilemas que podem ser resumidos em quatro vertentes principais:

- (a) dificuldade para formar profissionais atualizados com os requisitos de um atendimento básico resolutivo, principalmente nos cursos de graduação;
- (b) dificuldade para ampliar a legitimidade institucional do Pólo, por intermédio do desenvolvimento de liderança intelectual que impulse a criação de uma inteligência e massa crítica na área da atenção básica;
- (c) diversidade do complexo institucional encarregado da formação e capacitação de recursos humanos, que reproduz a setorialização entre educação e saúde, não somente acentuando eventuais conflitos entre ensino e serviço, como também duplicando esforços e dificultando o acompanhamento e a avaliação das iniciativas empreendidas;
- (d) dificuldade para executar novos formatos didático-pedagógicos que permitam a capacitação das equipes integradas, ao invés de capacitar seus segmentos profissionais específicos, separadamente;
- (e) finalmente, mas não menos importante, dificuldade de realizar projetos de ensino capazes de contemplar a necessidade real e a heterogeneidade das equipes beneficiárias, principalmente em virtude da inexistência de recursos gerenciais consistentes voltados para a flexibilização de diretrizes e o monitoramento e avaliação dos projetos operacionalizados, além das dificuldades de se incrementar práticas mais descentralizadas de capacitação.

(a) Dificuldade em formar profissionais atualizados com os requisitos de um atendimento básico resolutivo, principalmente nos cursos de graduação

A necessidade de formação do médico generalista, no nível da educação formal graduada e, por outro lado, a ausência de estímulos capazes de competir com a riqueza tecnológica da atenção de alta complexidade, no nível do exercício profissional, constituem ainda hoje um dilema que dificulta a disseminação e consolidação do paradigma da integralidade e abordagem do indivíduo na perspectiva bio-psíquico-cultural-espiritual, metas da estratégia de Saúde da Família. A constituição de equipes integrais (médicos, enfermeiras, auxiliares, odontólogos e agentes comunitários) e sua inserção vocacionada e estável nos programas de atenção primária, especialmente nas localidades interioranas e com recursos tecnológicos modestos, continuam sendo um dos problemas enfrentados pela política nacional de formação de recursos humanos para a saúde.

Desde que se disseminaram as estratégias internacionais para promover a atenção primária em saúde, cujo marco foi a Conferência Internacional de Alma-Ata, em 1978, inúmeras iniciativas de reforço de redes básicas, voltadas para atenção ambulatorial e com participação da comunidade e de agentes de saúde, proliferaram no Brasil.

Tanto os organismos internacionais quanto a Associação Brasileira de Escolas Médicas promoveram debates intensos sobre medicina familiar, tendo como países de referência os Estados Unidos e o Canadá.

Porém, as resistências às propostas de uma prática médica mais geral foram intensas: criticava-se o foco demasiado curativo deste tipo de atenção e o pouco empenho em promover serviços integrados em rede hierarquizada, bem como o uso de profissionais não-médicos (como os agentes comunitários de saúde).

De um outro lado, as escolas médicas sempre estiveram muito distantes das propostas que enfatizam a clínica geral, tendo em vista os enormes avanços nas clínicas especializadas nas últimas décadas do século passado, o que permanece até os dias de hoje, e seu apelo cada vez maior junto à população.

Para se ter idéia das dificuldades dessa proposta, é necessário ressaltar que as diretrizes para formar profissionais alinhados com os objetivos da Saúde da Família incluem expressivas mudanças curriculares no nível da graduação, por um lado, e quebra da setorialidade em que a formação profissional vem sendo tratada, na dicotomia Ministério da Educação e Ministério da Saúde, por outro.

A estratégia recente dos Pólos considera alguns esforços nessa direção, com destaque para as seguintes atividades:

- Proliferação de cursos de residência e especialização em SF, que certamente terão impactos positivos nas Faculdades de Medicina e Enfermagem onde estes cursos são realizados, tendo em vista a mobilização de docentes e o novo campo de pesquisas e estágios que pode ser aberto;
- Implantação de internatos regionais de medicina comunitária e residência em saúde da família;
- Realização de oficinas temáticas que discutem a estratégia da SF na graduação e pretendem, com isto, sistematizar o conhecimento relativo à atenção básica e o desenho necessário para formação de pessoal;
- Estudos para inserção de Seminário Interprofissional de Saúde da Família na graduação, contando com a presença de gestores, pessoal da área de saúde, professores e alunos;
- Discussão para a inserção do conteúdo da SF em disciplinas que discutam uma temática básica relacionada com “Tópicos em SF”, evitando criar uma disciplina específica e especial para este propósito;
- Desenvolvimento de uma visão interprofissional e interdisciplinar, mediante a realização de “Seminários Temáticos de Atenção Básica em Saúde”, de modo a trabalhar com alunos de todas as áreas e com interesses em questões relativas à saúde (tópicos como saúde ambiental, abordagem de saúde, higiene, ações sanitárias, ciclo de vida, violência, drogas, alimentação etc.);
- Desenvolvimento de estratégias para a capacitação de docentes, através de discussão levada a cabo entre profissionais do Pólo, do MS e com a Rede Unida.

Para encerrar esse tópico, é importante ainda que se comente a mencionada dicotomia Ministério da Saúde e Ministério da Educação. A atual autonomia do

MEC e sua ingerência em quase todos os campos envolvidos com a área educacional, bem como a pouca experiência desenvolvida em Câmaras Setoriais Integradas, que discutam as interfaces do modelo de saúde proposto e da formação profissional, caso muito típico do Brasil, dificultam uma ação de maior envergadura para reversão do modelo médico.

b) Dificuldade de ampliar a legitimidade institucional do Pólo por intermédio do desenvolvimento de liderança intelectual que impulse a criação de uma inteligência e massa crítica na área da atenção básica.

O Pólo, ao nosso ver, deve dar maior densidade às definições e diretrizes do SF, promovendo um maior desenvolvimento do seu campo operacional (por exemplo, na área da formulação de protocolos clínicos) e propiciando, desta forma, a construção de alternativas de integração com os demais níveis da atenção em saúde. Esse papel do Pólo é crucial para a legitimidade de sua liderança institucional na área de formação e capacitação e para a criação de uma inteligência e massa crítica na área da atenção básica. A valorização teórica da área é tão importante quanto a que pode ocorrer pela abertura de um mercado voltado para os profissionais da SF. Apenas a valorização pelo mercado não será suficiente para mobilizar as instituições de ensino e para propiciar uma maior integração ensino-serviço.

A necessidade de definir claramente o papel do PSF na atenção primária e seu impacto na organização do sistema e nas atividades do Pólo, revelada em inúmeras entrevistas,⁷ indica a demanda crescente por níveis de institucionalização mais eficazes na implementação da política e a ausência ainda dessa liderança intelectual e dessa massa crítica.

Parece essencial para o bom desempenho do Pólo e para o incremento de estratégias mais inovadoras de atuação a criação de um ambiente em que se desenvolva um processo de interlocução permanente entre o PSF e o Pólo, no sentido de construir uma tecnologia própria de intervenção baseada na atenção básica. Certamente, é a clareza sobre o papel do Programa na reestruturação da atenção primária e na formulação dos passos necessários para a concretização desse novo desenho de organização da rede de serviços de saúde que potencializa e inova a atuação do Pólo. A mera reprodução das diretrizes inicialmente definidas pouco interfere na implantação de uma estratégia de mudança, permitindo que o Programa e o próprio Pólo acabem por conduzir apenas mais um programa do Ministério.

7 Várias entrevistas, entre as quais destacamos: com o Dr. Carlos Haroldo Piancastelli, médico pediatra do Pólo da UFMG, coordenador da área temática "Tópicos de Saúde da Família na Graduação"; com a Dra. Estela Márcia Saraiva Campos, enfermeira, coordenadora do Pólo de Capacitação de Juiz de Fora; com a Dra. Maria Teresa Bustamante Teixeira, médica coordenadora do NATES/UFJF.

(c) Diversidade do complexo institucional destinado a hospedar atividades voltadas para a educação e capacitação dos recursos humanos, que reproduz a setorialização entre educação e saúde, não somente acentuando eventuais conflitos entre ensino e serviço, como também duplicando esforços e dificultando o acompanhamento e a avaliação das iniciativas empreendidas.

As formas mais ou menos virtuosas de inserção dos Pólos nas estratégias regionais de desenvolvimento da SF, por si mesmas, não revertem o quadro de desagregação do ensino profissional e não conduzem à criação de diretrizes educacionais mais sólidas e permanentes, como podemos verificar ao longo da pesquisa.

Outras iniciativas devem ser exploradas no sentido de minorar os efeitos desta imensa fragmentação nas atividades de capacitação e ensino na área de saúde, o que ocorre entre os processos de capacitação ofertados por um mesmo nível de governo (isto é: pelas suas diferentes estruturas); entre as capacitações oferecidas pelos planos federal, estadual e municipal; entre instituições públicas e privadas; entre as instituições de ensino de uma mesma universidade; entre instituições de ensino de uma mesma região ou localidade, e assim sucessiva e indefinidamente.

Essa fragmentação impede o estabelecimento de um processo permanente de monitoramento e avaliação e induz inúmeras duplicações: alguns profissionais são capacitados em temas semelhantes por diferentes instituições, em diferentes momentos e, muitas vezes, utilizando materiais didáticos semelhantes e coordenados pelo mesmo docente e/ou instrutor.

Difícilmente, em curto prazo, será revertido esse quadro de fragmentação, porém é factível estabelecer algumas diretrizes e um planejamento ascendente mais rigoroso das necessidades de capacitação, o que permitiria a introdução de processos permanentes de monitoramento e avaliação.

(d) Dificuldade para implementar projetos de ensino capazes de considerar a necessidade real e a heterogeneidade das equipes beneficiárias, principalmente em virtude da inexistência de recursos gerenciais consistentes voltados para a flexibilização das diretrizes e o monitoramento e avaliação dos projetos operacionalizados, além das dificuldades de se incrementar práticas mais descentralizadas de capacitação.

A adequação da capacitação às características regionais e locais das equipes de SF é também ponto importante, tendo em vista que as soluções dos problemas referentes à seleção e contratação de profissionais e à própria composição das equipes são múltiplas e contemplam saídas específicas frente a conjunturas e

cenários diversos – porte dos municípios, características da oferta de profissionais, regimes de trabalho mais usuais, rede instalada de serviços etc.

Por isso, é necessário que as instâncias regionais do Pólos trabalhem no sentido da adequação/flexibilização de diretrizes e do desenho de projetos regionais/locais integrados, em duplo sentido: para formação, capacitação e educação permanente e para atingir diferentes profissionais.

Os resultados da segunda parte da pesquisa, referente às **necessidades de capacitação**, indicam novas conclusões, que podem ser resumidas em três pontos: (a) dificuldades para fortalecer a constituição de equipes integradas, pois a oferta de capacitação ainda está restrita a poucos temas (de interesse maior de algumas profissões), havendo maior participação de alguns profissionais nas atividades de capacitação – sempre aqueles segmentos mais prestigiados, como médicos e enfermeiros; b) necessidade de novos formatos didático-pedagógicos que permitam a capacitação das equipes integradas, utilizando metodologias inovadoras que se ajustem às práticas nas unidades de saúde e ao tipo de família atendida; e finalmente c) melhor aproveitamento do espaço e dos recursos locais para as atividades de capacitação, como escolas, rádios, TV etc.

(e) Dificuldades para fortalecer a constituição de equipes integradas, pois a oferta de capacitação ainda está restrita a poucos temas (de interesse maior de algumas profissões), havendo maior participação de alguns profissionais nas atividades de capacitação – sempre aqueles segmentos mais prestigiados, como médicos e enfermeiros.

Com respeito à dimensão capacitação e desempenho, temos a participação nas atividades de capacitação diferenciada por segmentos profissionais e a oferta ainda insuficiente para cobrir as ESF como um todo. As dificuldades para atingir todos os membros incluem localização geográfica e recursos financeiros, além de escassez de docentes capazes de se deslocar em áreas extensas e dispersas. São necessárias medidas de descentralização e a implementação de programas de ensino que contemplem as equipes em seu conjunto.

Há ainda excesso de oferta em alguns temas mais tradicionais e de caráter tipicamente profissionalizante e carência em outros, principalmente aqueles que interessam a outros tipos de profissionais, como agentes e auxiliares de enfermagem.

(f) Necessidade de novos formatos didático-pedagógicos que permitam a capacitação das equipes integradas, utilizando metodologias inovadoras que se ajustem às práticas nas unidades de saúde e ao tipo de família atendida

É necessária a formulação de novos projetos didático-pedagógicos que utilizem as práticas em serviços e o momento mesmo da prestação da atenção para aprendizagem e reflexão sobre o cotidiano das atividades de atendimento.

Inúmeras instituições desenvolveram esse tipo de metodologia e não seria difícil desenvolver técnicas próprias para a área da saúde.

(g) Melhor aproveitamento do espaço e dos recursos locais para as atividades de capacitação, como escolas, rádios, TV etc.

São apontados pelos entrevistados diversos recursos subutilizados no espaço local e que podem ser mais bem aproveitados pelas atividades de capacitação. A integração entre os equipamentos públicos para prática de capacitação também é recomendável, bem como o uso de exemplos e a vivência cultural local como instrumentos de aprendizagem.

Bibliografia

- BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde da família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial*. Brasília, DF, 1997.
- PAIM, J. S. *Medicina familiar no Brasil: movimento ideológico e ação política*. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1986. p. 11-25. (Estudos de Saúde Coletiva, 4).
- QUINTANA, P. E. B. Impacto de las reformas del sector de la salud sobre los recursos humanos y la gestión laboral. *Revista Panamericana de Salud Pública*, [s.l.], v. 8, n. 1/2, p. 43-54, jul./ago. 2000.
- SEMINÁRIO DE EXPERIÊNCIAS INTERNACIONAIS EM SAÚDE DA FAMÍLIA, 1, 1999, Brasília, DF. *Relatório Final...* Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1999.
- SEMINÁRIO DE EXPERIÊNCIAS INTERNACIONAIS EM SAÚDE DA FAMÍLIA, 2, 2002, Brasília, DF. *Relatório final...* Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002.
- UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS. Núcleo de Estudos de Políticas Públicas. *Formação de profissionais para saúde da família: avaliação dos pólos de capacitação, formação e educação permanente de pessoal para o PSF*. Relatórios das etapas 2 e 3. Campinas, 2001-2002.
- VERGARA, C. El contexto de las reformas del sector de la salud. *Revista Panamericana de Salud Pública* [s.l.], v. 8, n. 2, p. 7-12, jul./ago. 2000.
- VIANA, A. L. d'Á., DAL POZ, M. R. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o programa de saúde da família. *Physis*, [s.l.], v. 8, n. 2, p.11-48, [s.d.].

2.3

INTEGRAÇÃO ENSINO/SERVIÇO: A EXPERIÊNCIA DA REDE UNIDA

*Laura Camargo Macruz Feuerwerker
Márcio José de Almeida*

Princípios e Conceitos Iniciais

O Programa UNI é uma iniciativa apoiada pela Fundação Kellogg em onze países da América Latina, com o objetivo de desenvolver estratégias para intensificar o processo de mudança na formação dos profissionais da saúde, fortalecer os sistemas de saúde no sentido da atenção universal, eqüitativa e de qualidade, com forte ênfase em promoção da saúde e prevenção das doenças, e fortalecer a cidadania (Kisil & Chaves, 1994).

A proposta UNI¹ foi construída, ao longo da década de 90, no contexto de uma América Latina recém-saída de regimes autoritários, mergulhada em processos contraditórios de construção (democratização, conquista do direito de representação política já associado a elementos de participação direta dos cidadãos na definição das políticas) e desconstrução da cidadania. Esta, entendida como garantia da possibilidade de acesso da maioria da população a trabalho, bens e serviços, tem na globalização, no enxugamento do Estado e no neoliberalismo as principais ameaças à sua conquista.

O primeiro movimento (democratização) depende da capacidade de produzir ou reproduzir comportamentos democráticos na esfera do governo e da sociedade (Gerschman, 1997). Novidade em nossos países, conformados sob o domínio da colonização e do escravismo, marcados por profundas desigualdades sociais.

O fortalecimento da democracia depende basicamente da possibilidade de transformar as relações de poder (em todas as esferas) em relações mais horizontais, de autoridade partilhada; de ampliar radicalmente o acesso das pessoas aos bens e direitos materiais e não-materiais e de se reconstruir a possibilidade de solidariedade em contraposição ao individualismo exacerbado e à competição (Santos, 2000).

¹ No Brasil, operam atualmente 5 projetos (Bahia, Natal, Botucatu, Londrina e Marília), envolvendo cursos de medicina e enfermagem em todos os casos e também farmácia, fisioterapia, psicologia, nutrição e odontologia, em alguns casos.

Construído na esteira desse movimento democratizante, com base em uma análise crítica das experiências anteriores de integração docente-assistencial e em uma análise das reformas de saúde então vigentes no continente, a estratégia fundamental proposta pelo programa UNI foi a realização de parcerias entre universidades, serviços de saúde e a população organizada de áreas geográficas determinadas.

Considerava-se que seria muito difícil que as necessárias mudanças na universidade e nos serviços fossem possíveis a partir de movimentos organizados exclusivamente no interior de cada uma destas instituições isoladamente. A proposta de parceria pretendia, portanto, ser um caminho político para a relevância social nas universidades e nos serviços, contribuindo para sua abertura à participação da população, não somente como usuários, mas como cidadãos.

Há uma crise, um esgotamento do paradigma cartesiano que se manifesta em vários terrenos e, principalmente, no terreno da produção do conhecimento. O novo saber tem que ser elaborado com base na ruptura das barreiras entre as disciplinas e no diálogo entre a erudição e o senso comum (Santos, 1995). Pressupunha-se que a ampliação da permeabilidade das instituições ao mundo real e a intensificação das relações com ele estabelecidas seriam elemento indispensável para que a universidade e os serviços pudessem ajudar a diminuir a distância entre o que se é e o que se aparenta ser, o saber dizer e o saber fazer, entre teoria e prática. Esta a importância paradigmática da proposta da parceria.

Apesar de já haver uma história anterior de relações entre esses segmentos nas experiências de integração docente-assistencial, de extensão universitária e de atenção primária à saúde, no interior do UNI existia uma crítica forte à maneira como haviam sido construídas anteriormente estas relações entre universidades, serviços e comunidades.

As críticas orientavam-se principalmente à maneira como a universidade se inserira nessa relação, primando pela verticalidade, pela unilateralidade, pelo utilitarismo, pela falta de compromisso com a continuidade dos processos e com as demandas geradas etc. Ou seja, criticava-se a falta de conteúdo democrático dessas relações e, conseqüentemente, sua limitação como estratégia para abrir espaços de permeabilidade e comunicação.

Daí, então, a proposta de que se instituisse uma relação mais horizontal, uma relação de parceria, entendida como uma modalidade de co-gestão, que propicia uma aliança entre atores diferentes para a conquista de fins comuns.

Nos processos de mudança, estão sempre presentes quatro movimentos fundamentais: participação, conflito, poder e cooperação. O estabelecimento de relações mais horizontais entre universidades, serviços de saúde e comunidades objetiva criar espaços reais de troca, interlocução e transformação mútua (Almeida, 1999). Busca estabelecer uma base mais favorável para o enfrentamento dos conflitos que, inevitavelmente, surgem no percurso da construção das mudanças.

Os parceiros propostos, entretanto, são heterogêneos e, no interior de cada um deles, há grupos com interesses distintos, que jogam e jogaram papéis variados nos processos de mudança. Na verdade, a proposta da parceria possibilita que se articulem sinergicamente as forças mudancistas que operam no interior de cada um dos parceiros (Chaves et al., 1999). Essa foi e continua sendo a importância estratégica da proposição.

A proposta UNI, portanto, pretendia desencadear um processo de mudanças no âmbito da universidade, dos serviços de saúde e na participação popular, no sentido da democracia, da relevância social e da qualidade. Para tanto, havia objetivos gerais e específicos para os parceiros envolvidos, definidos de acordo com as especificidades de cada contexto.

O Quadro 1 relaciona os principais conceitos e instrumentos metodológicos preconizados pela proposta UNI, com os respectivos graus de importância:

Quadro 1 – Conceitos (c) e instrumentos metodológicos (im) preconizados pela proposta UNI

Articulação biológico-social (c)	++
Avaliação como instrumento de mudança (im)	++
Capacitação pedagógica (im)	+++
Desenvolvimento da liderança (im)	+++
Desenvolvimento integrado de modelos acadêmicos e de modelos de atenção (im)	+++
Educação centrada no estudante (c)	+++
Educação orientada para a comunidade (c)	+++
Gestão estratégica (im)	++
Interdisciplinaridade (c)	++
Intersetorialidade (c)	++
Metodologias ativas de ensino-aprendizagem (incluído o PBL) (im)	++
Multiprofissionalidade (c)	+++
Planejamento estratégico (im)	++
Relações entre prática, educação médica e estrutura social (c)	++
Responsabilidade social da escola (equidade, qualidade, relevância, custo-efetividade)(c)	+

(++) importância razoável; (+++) muita importância

Fonte: Almeida (1999) modificado; (-) nenhuma importância; (+) pouca importância;

A Construção dos Processos de Mudança

Desde o início, houve uma preocupação em construir governabilidade para os processos de mudança. No começo, as estratégias eram limitadas, já que havia uma compreensão bastante parcial da complexidade dos processos e do nível de enfrentamento e confronto que exigiriam.

Uma das lições que se havia aprendido das experiências anteriores de integração docente-assistencial era que muito dificilmente um projeto apropriado apenas por uma fração da instituição chega a ganhar força para se converter em alternativa de mudança ou de poder transformador. Houve, por isso mesmo, um cuidado inicial de eleger a melhor porta de entrada do projeto para cada parceiro. Procurou-se dessa maneira contribuir para que, desde o início, houvesse um grau mínimo de governabilidade para os processos de mudança que se pretendia desencadear.

Na maior parte dos processos inovadores, os UNI foram iniciados pela ação efetiva de um núcleo de pessoas mais mobilizadas da universidade, dos serviços e da comunidade. Desde o início, houve a preocupação de ampliar quantitativa e qualitativamente essa participação, bem como a de desenvolver os processos por dentro das estruturas institucionais.

Segundo Matus (1996), “os atores sociais são os únicos produtores coletivos de eventos sociais e, em conseqüência, são os sujeitos da mudança situacional. Esses atores podem seguir um processo de produção direta utilizando o poder que têm em si ou um processo de produção indireta através das instituições que controlam”. O caminho para conquistar mais poder e maior capacidade de ação, portanto, foi desenvolver estratégias que possibilitassem a constituição de uma massa crítica de sujeitos, que participasse ativamente da construção de projetos alternativos.

Um elemento fundamental para que houvesse adesão dos distintos atores à idéia da mudança foi desenvolver oportunidades para a problematização de sua prática concreta. Ou seja, para que as pessoas se colocassem em movimento, dispostas a construir práticas alternativas, foi necessário que elas se sentissem “desconfortáveis” em sua situação presente. Foram, então, desenvolvidas múltiplas estratégias, de modo a atingir todos os tipos de pessoas, professores e profissionais dos serviços de saúde.

Com os novos problemas surgidos do trabalho conjunto dos três parceiros e das estratégias problematizadoras, os novos sujeitos esbarravam nas insuficiências e impotências do modelo tradicional, passando a buscar alternativas. Ou seja, foi necessário buscar novos referenciais, adquirir capacidade técnica e política para o enfrentamento dos problemas que se apresentavam no âmbito da construção da mudança, da formação, da atenção à saúde e da participação social.

Assim, a adoção de metodologias ativas de ensino-aprendizagem, a interdisciplinaridade, o trabalho multiprofissional, novas modalidades de prática, a participação social efetiva, a capacidade de iniciativa autônoma foram respostas dadas a problemas que não conseguiam ser resolvidos pelo referencial tradicional. Este é um processo de construção contínua, implicando negociações e conflitos permanentes entre e no interior de cada segmento, pois interesses e concepções divergentes estiveram sempre presentes.

A mudança, além de ser elaborada com base na participação ampla, tinha que ser conduzida estrategicamente. Isso porque, durante a construção da possibilidade de mudar, durante o próprio processo de mudança e em sua consolidação, é preciso ativamente acumular poder a favor e diminuir a capacidade de ação das forças contrárias.

O planejamento estratégico situacional e o esforço organizado de abrir canais de comunicação e discussão coletiva foram parte dos instrumentos essenciais para a condução dos processos de mudança.

A estratégia de organização de um novo modelo pedagógico foi diferente em cada projeto, tanto nos aspectos conceituais como metodológicos. Em algumas universidades, a proposição do UNI reforçou movimentos de mudança curricular já existentes. Nesse caso, o projeto foi utilizado como insumo estratégico para potencializar/enriquecer/ direcionar as mudanças em curso. Em outros, a capacidade de utilização do UNI foi mais limitada.

Há várias explicações para essa diferença: por exemplo, o tipo de inserção do projeto na instituição e sua relação com a direção das faculdades/cursos. Apesar da preocupação inicial de garantir compromisso institucional com o projeto, havia diferenças importantes nas relações com o poder. Quanto mais distante, menor a capacidade de utilizar plenamente o potencial do UNI.

Outro elemento fundamental está no plano das concepções predominantes em cada projeto a respeito de como se deveriam construir os processos de mudança. Mais uma vez, apesar de a teoria geral do programa prever e valorizar processos participativos, foi variável a capacidade de construir alianças e espaços democráticos para apropriação das propostas do projeto por um grande número de professores.

Também foi diferente, entre os projetos, o grau de acúmulo de experiências prévias de articulação ensino-serviço, de reflexão crítica sobre os processos tradicionais ensino-aprendizagem e a possibilidade de adoção de outras concepções em relação ao processo saúde-doença, à produção do conhecimento e ao processo de ensino-aprendizagem. Isso certamente interferiu na capacidade de criar estratégias de articulação entre os processos de reflexão e a construção de alternativas (de metodologias, organização de conteúdos, cenários de aprendizagem).

Houve projetos em que, apesar de haver questionamentos em torno do modelo tradicional de ensino-aprendizagem, não existia efetivamente um movimento de mudança em curso. Nessas situações, o UNI representou um estímulo e aportou recursos técnico-financeiros para que se discutissem idéias e buscassem caminhos para a adoção de um novo referencial teórico-metodológico.

Alguns projetos utilizaram o UNI como uma oportunidade para organizar as forças e introduzir mudanças de forma planejada. Em outros, por limitações da capacidade de convocação, adesão e da força institucional da proposta, houve apenas iniciativas pontuais e isoladas. Em outros ainda, não se chegou nunca a

compreender os mais profundos significados (conceituais) contidos na proposta. Ou seja, o fato de não haver, por parte do programa, um convite explícito a uma mudança radical do processo de formação permitiu que alguns processos ficassem restritos aos aspectos mais pontuais das proposições.

Houve situações em que o projeto chegou a instituições que enfrentavam uma situação de crise e foi convertido em uma alternativa concreta de solução. Nesses casos, o ideário UNI influenciou positivamente a definição dos marcos de referência e foi útil na construção das estratégias para colocar em marcha as propostas inovadoras.

Um aspecto comum a todos foi o reconhecimento de que as transformações deveriam ocorrer no cotidiano da prática pedagógica. Esperava-se, assim, que a prática reconstruída fosse capaz de orientar as relações entre os atores – educando e educador – e levasse à aplicação do conhecimento gerado para transformar a realidade e contribuir para a instituição de novos paradigmas. Assim, foram oferecidas oportunidades para que os professores se envolvessem em múltiplas experiências inovadoras.

O Quadro 2 relaciona as estratégias utilizadas na prática pelos projetos UNI e respectivos graus de importância no contexto da proposta:

Quadro 2 – Principais estratégias de mudança desenvolvidas pela Iniciativa UNI na prática

Abordagem multiprofissional	+++
Aprendizagem baseada em problemas	+++
Auto-avaliação como estratégia de mudança	++
Sustentabilidade e institucionalização	+++
Comunicação e disseminação	+++
Educação Permanente	++
Parceria professores /estudantes /profissionais dos serviços/comunidades	+++
Parceria universidades / serviços de saúde / organizações comunitárias	+++
Proatividade dos formuladores	+++
Programa de apoio permanente aos processos de mudança	+++
Trabalho em rede	+++

(+) alguma importância (++) importância razoável (+++) muita importância

Fonte: Almeida (1999) modificado.

Um Referencial para Análise das Estratégias e dos Resultados

Para analisar as estratégias e os resultados propiciados pelo programa UNI, elaboramos um esquema que trabalha com a profundidade dos processos de mudança e com o referencial conceitual que os orienta (Almeida, 1999; Feuerwerker, 2002).

Diferenciamos um primeiro plano, que concentra as intervenções pontuais, localizadas, parciais, centradas nas atividades, nos meios, nas relações técnicas entre os atores no processo de ensino, no processo de prestação de serviços de saúde e de participação da população. É o plano do reconhecimento da realidade, do reconhecimento da existência do outro, da descoberta da possibilidade de ação. Os resultados produzidos por essas atividades em geral são alterações isoladas de processos.

Nesse plano, não há questionamentos à concepção tradicional de educação e à concepção biológica em saúde. Predominam os sujeitos ideológicos² e são reproduzidas as práticas hegemônicas, tanto em saúde como em educação. Inovações são possíveis, mas pontuais.

Há um segundo plano de intervenção que é o dos atores sociais e das relações de força e que corresponde ao processo da constituição de sujeitos, através da construção de espaços coletivos de reflexão, da democratização do conhecimento, da percepção de que os sujeitos têm possibilidade de ação real (quer dizer, a percepção de que há espaço e recursos de poder para levar uma proposta à prática). Aqui, as mudanças incidem sobre dimensões mais abrangentes do processo de formação profissional, da prestação de serviços e da participação popular, quais sejam, as relações sociais, estabelecendo novos critérios de convivência entre os sujeitos envolvidos.

A este segundo plano corresponde a concepção humanista (libertária) de educação e o conceito ampliado de saúde. Através de práticas de reflexão crítica, há a constituição de sujeitos e a busca de alternativas às práticas hegemônicas. Há democratização de relações. Nos dois casos (educação e saúde), o social é reconhecido, estudado, levado em conta, mas os sujeitos sociais do espaço social não estão incorporados como sujeitos nem no processo de educação e produção de conhecimento, nem no espaço da saúde.

No terceiro plano, existem mudanças na correlação de forças entre os diversos sujeitos e grupos dentro das instituições e entre elas. As mudanças envolvem a essência do próprio processo de produção do conhecimento e da construção de novos paradigmas. São as mudanças mais amplas, que têm como alvo as relações políticas entre os sujeitos sociais e os atores institucionais.

A esse plano correspondem a concepção pedagógica crítico-reflexiva e o pensamento estratégico em saúde. Há constituição de sujeitos, busca de práticas transformadoras e a incorporação dos sujeitos sociais ao processo de educação e de saúde: são as necessidades de saúde (identificadas pelos sujeitos sociais) o ponto de partida para a busca do conhecimento e para a organização da atenção à saúde.

² Sujeito ideológico é o sujeito cujas concepções são definidas por seu lugar social, consequência do trabalho abstrato; é uma definição inconsciente e depende das relações sociais de produção. Um sujeito ideológico se converte em um sujeito social quando passa a ser capaz de defender interesses globais (coletivos, sociais). Essa é uma escolha do sujeito, é produzida em um processo dinâmico, estimulado ou dificultado pelo acontecer social global (Testa, 1995).

Categorização das Estratégias e Resultados Gerais

Alguns projetos, desde o princípio, desenvolveram proposições globais que revelavam propósitos, concepções e ações situados no terceiro plano, especialmente no que diz respeito ao processo de formação profissional. Outros foram construindo, agregando estratégias e concepções ao longo de seu processo de implementação. Muitos nunca se deram conta da complexidade envolvida e não conseguiram intervir de maneira mais organizada ou planejada. Em um número significativo de projetos, somente em período mais recente houve a percepção de que as inovações e mudanças nos processos e nas relações são importantes, mas não bastam para chegar aonde se pretendia (Feuerwerker & Sena, 1999).

Como consequência, em todas as esferas (academia, serviços e organizações comunitárias) predominaram processos e resultados do primeiro e segundo planos. Apesar disso, estão em curso algumas transformações mais profundas no campo da formação profissional, nos serviços de saúde e no campo da participação popular. Algumas estratégias muito significativas foram desenvolvidas pelos projetos para intervir nos três planos da esfera da formação.

Podemos dizer que, no primeiro plano, situaram-se as iniciativas dirigidas a fortalecer as mudanças em cada uma das carreiras. Para esse fim, foram promovidas várias atividades (seminários, reuniões, consultorias, cursos) para discussão conceitual e reflexão sobre as práticas pedagógicas. Inicialmente, essas atividades foram dirigidas aos docentes diretamente envolvidos com a execução do projeto. Posteriormente, como um instrumento concreto para ampliar a adesão ao processo de mudança, passaram a ser oferecidas ao conjunto dos docentes, aos profissionais do serviço e atores da comunidade (Feuerwerker & Sena, 1999).

Foram também realizados investimentos para a incorporação de tecnologias de ensino. Entre essas, destacam-se as novas metodologias de ensino, equipamento audiovisual, bibliotecas, salas de multimeios, laboratórios de simulação, de habilidades e de informática.

Nos UNI, de modo geral, a incorporação tecnológica foi concebida como um meio de favorecer as mudanças pedagógicas (e não como um fim em si mesma). Reconheceu-se que a tecnologia poderia funcionar como um estímulo às inovações, já que permitia democratizar e agilizar o acesso à informação, favorecia o estudo independente e conferia outra dinâmica ao trabalho docente. Por outro lado, os projetos de inovação pedagógica implicaram o uso de tecnologia que até então não estava disponível. Em alguns casos, o acesso a novas tecnologias atraiu grupos de docentes até então resistentes a quaisquer propostas inovadoras (Feuerwerker & Sena, 1999).

No segundo plano, os processos para a transformação da formação dos profissionais de saúde foram consequência de estratégias definidas com o propósito de articular os docentes para uma nova ação pedagógica. No contexto UNI, a possibilidade de construção da parceria com os serviços de saúde e com a comunidade constituiu-se em terreno fértil para tanto. O processo de formação dos

profissionais ultrapassou os muros da universidade, adquiriu novas dimensões e passou a considerar as diferentes realidades nas quais se produz e reproduz o processo saúde-doença.

Foi possível, assim, diversificar os atores sociais responsáveis pela ação pedagógica, que, em conseqüência, adquiriu maior amplitude conceitual e metodológica. Para a construção dos novos processos, a universidade passou a considerar temas relacionados à produção social da saúde, à organização e ao funcionamento dos serviços de saúde, à mobilização e organização da comunidade e ao controle social do processo saúde-doença (Feuerwerker & Sena, 1999).

Nesse novo modo de pensar e agir na formação dos profissionais de saúde, os atores do serviço e da comunidade passaram a interagir em um espaço plural de interesses, potencialidades e capacidades. Nesses novos espaços de interação, definiram-se as novas responsabilidades conjuntas em relação ao processo ensino-aprendizagem e as específicas de cada instituição e de cada ator social. No campo das práticas pedagógicas, as novas interações ampliaram os espaços de ação dos docentes e dos estudantes em realidades concretas.

A parceria passou a exigir um respeito mútuo às diferenças e a construção de uma agenda comum em todos os terrenos, o que facilitou a mudança do processo ensino-aprendizagem. Para a definição dessa agenda, muitos projetos tomaram o planejamento como ferramenta indispensável. Os melhores resultados foram alcançados pelos projetos que adotaram o planejamento estratégico situacional para a definição e operação de sua proposta de intervenção, articulando e integrando a universidade, os serviços e a comunidade. A vivência de novas relações entre as instituições e os atores sociais contribuiu para criar condições favoráveis às transformações na formação (Feuerwerker & Sena, 1999).

A maior parte dos projetos iniciou o processo de produção de inovações e da interação universidade-serviços-comunidade através da diversificação dos cenários de ensino-aprendizagem em distintos momentos das carreiras. Para que isso fosse possível, foi necessário um trabalho de convencimento dos professores em relação à possibilidade de um ensino de qualidade em outros cenários que não os universitários (ou sob controle da lógica universitária). Foi também preciso preparar os profissionais dos serviços de saúde e a população para que estivessem receptivos a essa presença.

Diferentemente de outras experiências, como as de integração docente-assistencial, existiu o propósito de não transformar o espaço dos serviços de saúde e da comunidade em prolongamento do hospital universitário e dos centros de saúde-escola. Ou seja, não se pretendeu descaracterizá-los como cenários de produção de serviços nem transformá-los em locais privilegiados de práticas educacionais. Então, a construção dos espaços de aprendizagem se deu através da incorporação de estudantes e docentes ao processo de produção de serviços. Sem dúvida, a interação produziu mudanças recíprocas, sem, no entanto, descaracterizar a natureza do processo de produção de serviços (Feuerwerker & Sena, 1999).

Em muitos casos, as inovações foram construídas a partir de problemas e necessidades identificados pelos três parceiros, havendo progressivo compromisso com a continuidade das ações instituídas, com as demandas geradas e com os resultados e impactos obtidos.

Essas mudanças nas práticas acadêmicas e assistenciais foram revelando novos objetos de estudo e de trabalho, que exigiram, principalmente da universidade, uma reflexão sobre sua prática, envolvendo diferentes setores acadêmicos. Produziram-se, assim, alternativas pedagógicas que favoreceram a articulação teoria – prática, ensino – trabalho e a adoção de enfoques interdisciplinares.

As mudanças profundas

Particularmente nas carreiras de medicina e enfermagem, estão ocorrendo vários processos de mudança radical: em Londrina, Marília, Barranquilla (Colômbia), Colima (México) – em todos estes casos, envolvendo as duas carreiras – e em Salvador, Mérida (México) e Natal, na enfermagem.

O que chamamos de mudanças radicais? São processos que implicaram mudanças institucionais e não somente mudanças curriculares. Há mudanças importantes nas relações entre os vários atores, pois a definição dos conteúdos a serem abordados durante o curso é feita através de um processo coletivo e coordenado, que não está sob o controle de disciplinas ou departamentos isolados. Os docentes agora são facilitadores do processo de aprendizagem, do qual o estudante é o sujeito.

Há mudanças na estrutura organizacional da universidade para dar condições de desenvolvimento aos processos de transformação; há abertura de espaços para o desenvolvimento de investigações sobre temas relevantes identificados pela comunidade e pelos serviços; e os profissionais dos serviços e comunidade participam ativamente do processo de formação.

São casos em que foram construídos currículos integrados, organizados através de módulos interdisciplinares, utilizando-se predominantemente metodologias ativas de ensino-aprendizagem. São currículos em processo de construção permanente, orientados pela avaliação sistemática do programa. Há práticas multiprofissionais dos estudantes nos cenários de serviços e comunidade ao longo de todos os anos da carreira, que propiciam a oportunidade de trabalhar sobre problemas relevantes, identificados em conjunto com os serviços e a população. Houve a adoção da avaliação formativa do estudante, cobrindo todos os aspectos: conhecimento, habilidades e atitudes (Feuerwerker, 2002).

Nos casos de Marília e de Londrina (Feuerwerker, 2002), estão em curso processos de mudança institucional, configurados num novo projeto político-pedagógico: o perfil do profissional a ser formado, os papéis da escola médica e de enfermagem em relação à sociedade, a concepção pedagógica, o papel dos docentes

e dos estudantes no processo de ensino-aprendizagem, os cenários de ensino e de prática, a integração dos conteúdos, a articulação entre teoria e prática, o papel dos profissionais de saúde e da comunidade no processo de formação profissional, a necessidade de produzir conhecimentos voltados para as necessidades da realidade etc.

Nos dois casos, os cursos de enfermagem fizeram a opção pela metodologia da problematização e, na medicina, foi adotada uma concepção pedagógica híbrida, caracterizada pela combinação da aprendizagem baseada em problemas para os módulos com um módulo/unidade que é longitudinal – ao longo de todo o ano – e transcurricular – do 1º ao 4º ano –, em que os estudantes têm a oportunidade de trabalhar sobre problemas reais, identificados pela comunidade ou pelos serviços de saúde, concepção desenvolvida com base na metodologia da problematização (Garanhani et al., 1999; Komatsu et al., 1999).

Tanto a concepção pedagógica crítico-reflexiva (a base da problematização) como a concepção da Escola Nova (a base da aprendizagem centrada em problemas), quando adotadas em sua plenitude, levam à organização de currículos integrados e à ruptura com o ensino disciplinar, já que, nos dois casos, a organização do conteúdo se faz em função do enfrentamento de problemas. A diferença é que, segundo a concepção crítico-reflexiva, o problema a ser estudado tem que ser um problema real, articulado com a prática em um cenário real. Segundo a Escola Nova, o problema pode ser real ou pode ser construído, basta que seja desafiador para o estudante.

A análise dos problemas trabalhados em Marília e em Londrina mostra que, na maior parte das unidades/módulos, se conseguiu avançar na integração dos conteúdos, inclusive em relação às dimensões do processo saúde-doença. Nenhuma outra escola médica no Brasil havia conseguido destruir o currículo por disciplinas dessa maneira. Só esse fato (que se está concretizando na prática) é, sem dúvida, um avanço muito importante (Feuerwerker, 2002).

O fato de se trabalhar sobre problemas reais, no cenário real, acarreta um certo grau de desestruturação ao processo de ensino-aprendizagem, já que os temas não estão sob controle, podem escapar ao âmbito das disciplinas envolvidas e há muitos outros atores e interesses em jogo. Essa desestruturação tem sido um dos maiores desafios enfrentados pelas unidades/módulos de Interação Comunitária existentes nos dois casos.

Um dos maiores desafios que as propostas de Marília e de Londrina enfrentam é o da integração – entre suas várias partes, entre teoria e prática, entre as dimensões do processo saúde-doença. Há uma experiência importante, desenvolvida no 4º. ano de medicina de Marília, através das Apresentações Clínicas,³ que pode ser uma pista interessante para enfrentar esse dilema. Nessa

3 Apresentações clínicas são representações de situações complexas ou comuns, em que pacientes ou coletivos requerem atenção dos profissionais de saúde e diante das quais se espera que o graduado seja capaz de uma conduta adequada. Uma apresentação clínica deve, portanto, ser complexa o suficiente para exigir uma abordagem interdisciplinar e envolver extensa área de conhecimentos e habilidades (Komatsu, 2001).

experiência, ampliou-se o espaço da prática e desestruturou-se um pouco o formato das discussões teóricas (porque ele foi adaptado ao que os estudantes iam vendo na prática). Pela primeira vez foi de fato possível trazer a contribuição da vivência prática dos profissionais da rede básica para “dentro” do espaço de discussão teórica entre estudantes e docentes. O resultado foi uma maior articulação entre as dimensões biológicas, psicológicas e sociais, a inclusão de conteúdos de promoção da saúde e prevenção de doenças (Feuerwerker, 2002).

Outro desafio importante está situado no campo da prática clínica: conseguir trabalhar em equipe, considerando o paciente e/ou a comunidade como sujeitos do processo, valorizando outras dimensões que não somente as biológicas (Campos, 1994). Esse é um desafio especialmente para os cenários hospitalares. E, finalmente, o desafio da articulação de outros saberes ao saber médico, que se constitui num desafio epistemológico e prático, de modo a realmente incorporar um conceito ampliado de saúde e outras ferramentas à construção do raciocínio dos profissionais – na clínica e na epidemiologia (Feuerwerker, 2002).

Os Projetos UNI e a Rede UNIDA

Ao longo do tempo, durante a implementação dos projetos UNI e, mais adiante, durante a construção dos processos de mudança no interior de cada um deles, foi possível desenvolver uma compreensão mais profunda a respeito da natureza destas transformações. Isso foi tornando mais claro o significado da parceria e a necessidade das alianças estratégicas dentro e fora das escolas.

Dentro das escolas, a possibilidade de efetivamente mudar e de institucionalizar as mudanças havia dependido essencialmente da capacidade dos projetos de construir processos participativos e de acumular os recursos de poder para vencer as resistências históricas, já de muito estabelecidas. Se existia massa crítica, participante da construção das alternativas, aumentavam as possibilidades não só de mudar, mas de persistir na mudança ao longo do tempo (Feuerwerker & Sena, 1999).

A parceria com os serviços de saúde e com as organizações comunitárias foi, ao mesmo tempo, uma estratégia de mobilização (trabalhar em novos cenários, levando em conta outros atores e seus interesses como estímulo à inovação) e uma estratégia para acumular poder (uniam-se as forças mudancistas existentes em cada segmento para vencer as resistências e os momentos de dificuldade que afetassem quaisquer parceiros) (Almeida, 1999).

Foi ficando claro que, para construir cenários favoráveis à mudança, tanto para que ela pudesse ocorrer em muitas outras escolas, como para garantir sua sustentabilidade, era necessário atuar no âmbito das políticas públicas, mover forças mais poderosas.

Para isso, os UNI consideraram que uma articulação somente entre eles – os 6 projetos UNI brasileiros – seria absolutamente insuficiente. A Rede IDA, apesar de

um tanto enfraquecida, pareceu a eles um parceiro ideal, pois nela estavam articulados muitos aliados, participantes ativos do movimento de mudança na formação dos profissionais de saúde no país. Foi então proposta uma associação da UNI com a Rede IDA (Rangel & Vilasboas, 1996).

Não bastou, entretanto, uma adesão formal: foi necessário um processo de reconstrução da identidade da rede, que possibilitasse a redefinição e a atualização da temática central em torno da qual se coordenavam os projetos, pessoas e instituições.

A Rede IDA

Desde 1985, havia-se constituído uma Rede, a Rede IDA, que articulava os projetos de integração docente-assistencial que existiam no Brasil e tinha como característica principal promover o intercâmbio de experiências entre seus membros.

Os projetos de integração docente-assistencial haviam cumprido um papel importante na aproximação de segmentos da universidade (especialmente dos departamentos de medicina preventiva, saúde pública e pediatria) com os serviços de saúde. A rede de serviços, àquela altura, ainda era limitada e as novas propostas de organização de serviços começavam a se esboçar com base nos princípios que depois vieram a reger o SUS (Marsiglia, 1995).

Personagens fundamentais da reforma sanitária brasileira estiveram participando desses processos de integração docente-assistencial e dessa coordenação em rede, que, naquele momento, cumpriu o papel de romper o isolamento daqueles que eram ainda projetos esparsos no cenário nacional na ditadura militar.

Existiram projetos de integração universidade-serviços em praticamente todas as universidades públicas brasileiras e também em algumas privadas. Do ponto de vista do fortalecimento do pensamento e das propostas para o sistema de saúde, esses projetos tiveram impacto, pois serviram de ensaio geral para um grande contingente de profissionais das universidades que terminou se deslocando para o cenário de construção real do SUS (Marsiglia, 1995).

Entretanto, seu impacto sobre o processo de formação foi muito limitado. As experiências inovadoras, em muitos casos, permaneceram isoladas nos departamentos de origem e as relações com os serviços muitas vezes eram bastante verticais. Quer dizer, a universidade saía a fazer coisas que achava importantes sem levar muito em conta os interesses e necessidades dos serviços e da população. Os serviços eram considerados mais como cenários que como parceiros, reproduziam-se objetos e práticas dos cenários tradicionais (Feuerwerker, 1998). Por conta de tudo isso, foi ocorrendo um desgaste de muitos dos projetos IDA e também da Rede em que eles se articulavam.

A construção da nova identidade

A entrada dos projetos UNI na Rede IDA implicou um longo processo de negociação. Os UNI chegavam com idéias, práticas e ferramentas diferentes das que a Rede historicamente sustentava. Eram projetos ativos, ainda com recursos, alimentados pelos movimentos internos de debate e descoberta de novos caminhos. Enquadravam de maneira muito mais explícita a questão da parceria em relação aos serviços (parceiro habitual nos projetos da Rede), mas também em relação às organizações comunitárias. E, sobretudo, vinham propor à Rede a idéia de passar a ser um ator político, que interviesse ativamente nos cenários das políticas de saúde e de educação.

Em primeiro lugar, foi feita uma proposta de revigorar, fortalecer a Rede, pois, considerando o contexto brasileiro de construção do SUS e de movimentos difusos em direção à mudança da formação profissional, certamente existia a possibilidade de que dela participassem novos aliados. A Rede, desde então, deixou de congregiar apenas projetos e passou a aglutinar também pessoas e instituições de formação e capacitação interessadas em desenvolver práticas inovadoras (Rangel & Vilasboas, 1996).

Em segundo lugar, era importante conhecer profundamente a Rede, seus projetos, suas características e, para tanto, foram feitos estudos com o objetivo de identificar a abrangência e natureza dos trabalhos desenvolvidos pelos seus componentes. Isso foi fundamental para o processo de construção da nova identidade: características comuns, princípios, limites e potencialidades.

Conhecendo a experiência acumulada, partiu-se, então, para a compreensão conjunta dos principais problemas e oportunidades da situação e de como se deveria, respectivamente, enfrentá-los e aproveitá-las (Costa et al., 2000).

Em 1996, numa oficina de trabalho que reuniu 150 pessoas, foi definida uma nova identidade para a Rede, que passou a se chamar UNIIDA, e programada uma agenda de trabalho que envolvia aspectos internos (relativos ao fortalecimento e funcionamento da Rede) e também a identificação de temas e oportunidades de intervenção para a Rede, como: fortalecer a parceria entre universidades, instituições de pesquisa, serviços e comunidade; ajudar a “formular política de financiamento para formação e capacitação de recursos humanos para o SUS”; articular ação dos atores da saúde e da educação interessados em mudar o processo de formação; participar da X Conferência Nacional de Saúde, defendendo a importância da formação de recursos humanos, entre outros (Rangel & Villasboas, 1996).

Foram dados, então, vários passos para tornar possível de fato seu funcionamento como uma rede, com nós que se associam e cooperam. Em primeiro lugar, elaborou-se uma agenda comum, utilizando o instrumental estratégico situacional. Depois, foram criados canais de comunicação entre os participantes – através da reativação do Boletim impresso, do estabelecimento de uma dinâmica de comunicação eletrônica e da criação do *website* da Rede (Costa et al., 2000).

Uma outra estratégia foi a de criar espaços de debate, reunindo atores que não costumavam se encontrar, para aprofundar a discussão e construir uma compreensão mais profunda acerca dos principais desafios à construção do SUS e à formação de profissionais de saúde.

Ao final dessa etapa do processo, em 1998, a Rede, agora já chamada UNIDA, era concebida como: “Espaço de troca e divulgação de experiências de articulação entre universidades, instituições de ensino e pesquisa, serviços, comunidade, constituída por projetos, instituições e pessoas interessadas em promover mudanças no modelo de atenção, no modelo de ensino em saúde e nas formas de participação social, coerentes com os princípios do SUS”, assumindo como sua temática central a “Formação e Capacitação de Recursos Humanos em Saúde” (Costa et al., 2000; Rovere, 1998).

A construção da rede como ator social buscando influir nas políticas públicas

Paralelamente, se fez um trabalho para que a Rede fosse reconhecida como um ator preocupado com o tema da formação dos profissionais de saúde e que tinha algo a dizer na solução dos problemas desta área. Para isso, fez-se uma relativamente ampla divulgação das experiências, participou-se de todos os eventos significativos da área da saúde e da formação profissional, criaram-se espaços de interlocução com os atores estratégicos na definição das políticas públicas e ampliou-se a rede de contatos informais que poderiam abrir novos canais de negociação (Costa et al., 2000).

Ao longo desse trabalho de aproximação e articulação, foi possível constatar que, nos espaços de discussão e decisão das políticas de saúde e de construção do SUS, não havia tematização adequada à formação dos profissionais de saúde. Uma das hipóteses para explicar esse vazio era o predomínio da concepção de que as mudanças na organização do sistema de saúde antecederiam e determinariam as mudanças na formação profissional, considerando o poder de pressão e conformação do mercado – idéia defendida por gestores do Sistema de Saúde e por atores das próprias instituições formadoras (Almeida, 1999).

A Rede discordava dessa tese. Acreditava que os dois processos teriam que avançar simultaneamente e de maneira coordenada. Considerava que estudantes, docentes e comunidades poderiam contribuir para a mudança do modelo de atenção, um dos desafios do SUS ainda por enfrentar. Considerava também que a transformação da universidade não poderia ser somente interna e isto se fazia mais claro à medida que avançavam as tentativas de mudança dentro das escolas, especialmente nos projetos UNI.

Por isso, a Rede propunha o trabalho articulado entre universidades, serviços de saúde e organizações comunitárias como uma das principais estratégias para produzir transformações. Considerava que, nesses três segmentos, existiam atores sociais que poderiam cumprir um papel relevante na reformulação da formação profissional e do modelo de atenção à saúde. Essa foi a base conceitual que

alimentou o esforço da Rede para difundir e analisar criticamente as experiências que envolvem a ação conjunta desses segmentos e buscam produzir transformações sinérgicas em todos os envolvidos (Costa et al., 2000).

Para fortalecer essa tese, a Rede passou a se entender com todos os setores e segmentos que procuravam incluir a questão da formação e da capacitação profissional na agenda política dos distintos atores estratégicos da saúde e da educação. Foram inúmeras visitas, propostas, reuniões, seminários, envolvendo os Conselhos Nacionais de Saúde e de Educação, CONASS, CONASEMS, entre outros.

Como resultado dessa ação sistemática, a Rede foi chamada a assessorar o Conselho Nacional de Saúde na questão da formação de recursos humanos e, nesta condição, participou da mesa sobre recursos humanos que o Conselho patrocinou na XI Conferência Nacional de Saúde. Também o CONASEMS tem convidado a Rede a falar em seus congressos nacionais: sobre “Trabalho em Rede”, em Goiânia (1999), sobre “a importância da mudança da formação de recursos humanos para os gestores do SUS”, em Vitória (2001). A partir da identificação de oportunidades consideradas estratégicas, a Rede também procurou intervir no cenário político, produzindo propostas concretas que pudessem favorecer a mudança na formação (Costa et al., 2000).

O exemplo mais interessante dessa ação foi o trabalho da Rede em torno da Proposta para as Diretrizes Curriculares para as profissões da saúde. Com a aprovação da nova Lei de Diretrizes e Bases, o Ministério da Educação divulgou um edital que lançou no país um processo de debate acerca das novas diretrizes curriculares na formação profissional. A Rede considerou que essa poderia ser uma excelente oportunidade para ampliar o debate sobre a imagem-objetivo do processo de formação e criar um cenário legal que favorecesse e estimulasse os processos de mudança.

A Rede, então, iniciou um processo de mobilização de seus membros para construir, com base nas experiências dos projetos inovadores, uma proposta de diretrizes que se constituísse claramente numa perspectiva para os processos de mudança na formação dos profissionais de saúde. Desencadeou, também, um forte trabalho político de mobilização de todos os atores potencialmente interessados no tema, incentivando sua participação ativa no processo, de modo que realmente se configurasse uma definição democrática em torno do tema (Rede UNIDA, 1998).

Considerando que o SUS deveria cumprir o papel de ordenar a formação de recursos humanos em saúde e não vinha cumprindo este papel, a Rede e outros atores significativos, como a Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM) e a Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), pressionaram insistentemente alguns dos importantes atores da saúde (Conselho Nacional de Saúde, Conselho de Secretários Estaduais de Saúde, Conselho dos Secretários Municipais de Saúde, Coordenação de Recursos Humanos do Ministério da Saúde etc.) para que se posicionassem no debate, apresentando suas sugestões a respeito do perfil do profissional necessário (Costa et al., 2000).

Os resultados foram muito interessantes. Apesar de algumas resistências, as escolas, especialmente de Medicina e Enfermagem, tiveram uma participação ativa no debate, provocada e fortalecida pela intervenção da Rede. Nesse processo, a Rede foi também um ator ativo na busca do consenso entre as várias entidades e movimentos.

As Comissões de Especialistas, que inicialmente não haviam levado em conta as contribuições dos debates coletivos na construção de suas propostas, foram pressionadas a recuar. Finalmente, as propostas aprovadas pelo Conselho Nacional de Educação corresponderam às expectativas dos movimentos de mudança da formação profissional na área da saúde.

Todo esse trabalho em torno das diretrizes ampliou a visibilidade da Rede, favorecendo seu reconhecimento como interlocutora para as questões de Formação e Capacitação de Profissionais de Saúde, trazendo legitimidade ao movimento e criando possibilidades para continuar a mobilização em favor das mudanças (Costa et al., 2000).

Outras linhas de trabalho em favor de um contexto mais favorável às mudanças

Além de buscar ser um ator capaz de influir nas políticas públicas, a Rede implementou outras estratégias. Uma delas foi a divulgação, por todos os meios, da experiência aprendida em seus projetos, demonstrando a necessidade e a possibilidade de mudanças na formação profissional.

Para tanto, foi fundamental a sistematização das experiências. Sistematização é o processo de reflexão organizada para interpretar coletivamente uma experiência e construir ensinamentos a partir dela. Ou seja, parte-se da experiência e da prática vivas – em ação – para construir uma visão ou sentido compartilhado a seu respeito. É uma modalidade de construção e disseminação democrática do saber.

É uma metodologia que teve origem em experiências de desenvolvimento comunitário e de autogestão do conhecimento (Paulo Freire, pesquisa-ação) e que tem postulados epistemológicos, filosóficos e políticos que defendem a produção do saber a partir da prática, a apropriação e o uso do conhecimento pelos participantes de determinada experiência ou situação, a importância da democratização do poder do saber etc. (Gajardo, 2000; Bonilla et al., 2000; Antunes, 2001).

A reconstrução ordenada das experiências oferece a possibilidade de identificar e compreender mais profundamente quais foram as intervenções estratégicas para chegar às mudanças em cada contexto e em cada momento. As perguntas cumprem papel estratégico nesse processo. Por um lado, elas servem para mobilizar e orientar a reflexão, abrem a porta para o diálogo entre distintos saberes e enfoques frente a uma experiência vivida conjuntamente. Por outro lado, as perguntas servem para ajudar a estabelecer relações entre as estratégias e

metodologias, os resultados obtidos e as características dos contextos interno e externo dos projetos. Essa é a chave para poder usar crítica e estrategicamente as lições aprendidas em outros contextos e situações.

Por essa razão, a Rede tem investido fortemente na criação de espaços e momentos coletivos de reflexão organizada sobre suas experiências, mecanismo através do qual foram produzidos vários documentos e revistas de divulgação (Rede UNIDA, 2000b).

Foi durante uma das oficinas de sistematização, em que se trabalhava sobre o tema da construção de novos modelos de formação, que os projetos UNI de Londrina e de Marília começaram uma reflexão mais explícita a respeito das novas questões que tinham que ser enfrentadas em seus processos de mudança para que pudessem de fato avançar como mudanças profundas (Rede UNIDA, 2000b).

Essas novas questões vão desde a institucionalidade maior, ou seja, a necessidade de transformar regras e normas universitárias e dos serviços de modo a assegurar a viabilidade das propostas inovadoras, até a de enfrentar temas e problemas antes não imaginados.

Entre esses temas se inclui a necessidade de democratizar as relações, abrindo espaço para a intervenção de vários sujeitos (novos) tanto no processo de ensino-aprendizagem como no de construção da saúde. Também se inclui a necessidade de reconstruir a prática clínica, ampliando-a, incorporando elementos e recursos que tornem possível uma atenção mais integral; a necessidade de transformar o espaço do hospital e da prática ambulatorial e de rever as relações entre especialistas e generalistas e entre as várias profissões da saúde; a necessidade de coerência entre concepção e prática em todos os cenários de atuação, o que envolve articulação e sintonia profundas entre universidades e serviços de saúde.

A identificação de uma agenda de temas tão complexos somente reforçou a proposta de ação estratégica da Rede no cenário nacional. Tanto para reunir aliados na construção conceitual que se faz necessária para dar conta de alguns desses dilemas, como para contribuir na construção de relações de força e de oportunidades de contexto que favoreçam as mudanças (Rede UNIDA, 2000a).

O IV Congresso da Rede UNIDA, realizado em Londrina em outubro de 2001, foi mais uma demonstração do interesse e mobilização em torno do tema “mudanças na formação dos profissionais de saúde” e do reconhecimento da Rede UNIDA como portadora de experiências e propiciadora de debates neste campo.

A secretaria executiva da Rede UNIDA esteve sob responsabilidade de professores da Universidade Federal da Bahia no período de 1995 a 2000 e atualmente está sob responsabilidade de professores e estudantes da Universidade Estadual de Londrina, de dirigentes da Secretaria Municipal de Saúde de Londrina e de líderes comunitários. Ultimamente vem sendo desenvolvido um intenso trabalho de mobilização e articulação para possibilitar participação mais orgânica e ativa dos quase mil membros associados à Rede.

Elementos Críticos para o Desenvolvimento do UNI e de Processos de Mudança na Formação dos Profissionais de Saúde

Com base na análise dos projetos no Brasil e nos outros países, é possível identificar elementos críticos para o desenvolvimento dos UNI e para o desenvolvimento de movimentos de mudança na formação dos profissionais de saúde em geral.

Em primeiro lugar, estão o contexto político e a orientação da reforma setorial em cada país. Como já discutido, a idéia-chave do UNI é construir a mudança em um “cenário ampliado”, que envolve a articulação com outros atores, externos à universidade, com o objetivo de fortalecer “o lado” da mudança.

Quando o UNI se iniciou, a maior parte das reformas setoriais em saúde na América Latina tinha como orientação a universalidade, a equidade e a descentralização através do desenvolvimento de sistemas locais de saúde – diretrizes com as quais se identificava o ideário do Programa. No entanto, a partir da primeira metade dos anos 90, houve uma reorientação da maior parte das reformas no sentido da focalização, da diminuição do papel do Estado e do desfinanciamento do setor.

Em função dessa mudança da orientação, em muitos casos os projetos UNI se converteram em “peça de resistência” à exclusão e à mercantilização da saúde (o que foi positivo). No entanto, criaram-se situações em que deixou de haver interesse político ou pressão por parte dos serviços no sentido das mudanças na formação profissional e, em conseqüência, a estratégia da parceria perdeu potência transformadora.

Mas a capacidade de cumprir esse papel de resistência articulada depende também do contexto político, do nível de amadurecimento das relações democráticas, da história de organização popular e de relações de cooperação política entre universidade, serviços e população. México, Chile e Peru, apesar de suas diferenças, somente em anos mais recentes entraram em um processo efetivo de democratização. A Colômbia é um país conflagrado, com seu tecido social esgarçado e instituições incapazes de garantir a paz. Independentemente da situação econômica, mas em função da história política mais recente, em nenhum desses contextos o direito à saúde está colocado nos mesmos termos que no Brasil – acesso universal, eqüitativo, gratuito, garantido pelo Estado.

Não é por acaso, portanto, que os resultados de maior impacto dos UNI estão sendo obtidos no Brasil, principalmente em função da orientação e do processo de construção da Reforma Sanitária – que é democrático, envolve articulação de múltiplos setores e um movimento em defesa do direito à saúde, apesar de todas as dificuldades e contradições enfrentadas.

Outro elemento crítico para o desenvolvimento dos UNI – e de movimentos de mudança na formação profissional – é a capacidade de articulação mais ampla para influir nas políticas públicas. Como discutido, o contexto e a orientação das

políticas são condicionantes importantes dos movimentos de mudança na formação dos profissionais de saúde.

Ser capaz de influir nas políticas, contribuindo para a existência de contextos mais favoráveis, constitui elemento central para a viabilidade e sustentabilidade das mudanças. A estratégia mais potente para conseguir esse objetivo é a articulação em Rede – como caminho para a constituição de um ator político, um sujeito coletivo, mais poderoso que cada projeto ou grupos de projetos isoladamente, e capaz de intervir em outras esferas.

Outra vez foi no Brasil que a estratégia funcionou melhor, através da Rede UNIDA, que tem papel ativo no fortalecimento dos movimentos de mudança e influência em políticas. Nos demais países, houve capacidade para influir em políticas locais e também reconhecimento como referência em alguns campos de ação.

Do ponto de vista da ação estratégica, um dos elementos cruciais para produzir mudanças no processo de formação dos profissionais de saúde é a capacidade de construir massa crítica e de conquistar espaços de poder dentro da academia. Processos profundos de mudança pressupõem a constituição de sujeitos e, portanto, têm que ser participativos e ter base na reflexão crítica sobre as práticas – tanto na academia como nos serviços. Esse é um processo que se constrói de maneira deliberada, tendo em conta as diferentes identidades profissionais. Os projetos que conseguiram construir massa crítica puderam avançar mais; os que não foram capazes de fazê-lo avançaram menos.

Além disso, processos profundos de mudança implicam redistribuição de poder e enfrentam resistências; trabalhar estrategicamente, acumulando poder a favor e diminuindo resistências, foi fundamental para conseguir avançar.

De qualquer modo, apesar das diferenças de contexto e dos processos desencadeados, a experiência de buscar mudanças na formação dos profissionais de saúde, com base em uma aliança estratégica entre sujeitos sociais da universidade, dos serviços e da população, provocou resultados. Inovações em muitos casos, mudanças em outros aspectos, mas certamente a constituição de sujeitos sociais que, pouco a pouco, estão se posicionando ativamente nos cenários políticos de seus países.

Lições Aprendidas

As experiências da Rede UNIDA e dos projetos UNI revelam a complexidade do desafio imposto pela mudança do processo de formação dos profissionais de saúde. As escolas são instituições complexas, que articulam uma multiplicidade de sujeitos, de identidades e de interesses. Transformar o processo de formação implica mudanças na concepção de saúde, na construção do saber, nas práticas clínicas, nas relações entre profissionais de saúde e população, entre as diversas categorias de profissionais da saúde, na concepção de educação e de produção do

conhecimento, nas práticas docentes, nas relações entre professores e estudantes, nas relações de poder entre os departamentos e disciplinas.

São, portanto, mudanças profundas que implicam a transformação não somente de concepções e práticas, mas também de relações de poder dentro das universidades, dos serviços de saúde e do território local, bem como no espaço social, no campo das políticas.

A universidade não vai adquirir compromisso e relevância social sem se abrir para o mundo do trabalho e para o mundo da vida; os serviços não vão se transformar no sentido desejado se não se abrirem para a população, para seus interesses e objetivos concretos.

A base das propostas de mudança em questão é a democratização, um produto social que se constrói através da intervenção deliberada de sujeitos e que depende da correlação de forças, da mudança dos poderes instituídos, da capacidade de se construírem espaços de poder compartilhado.

A mudança institucional, portanto, começa já no próprio processo de construção da proposta de transformação, que deve ser feita através da criação de espaços coletivos, possibilitando a participação do maior número possível de professores e alunos, do maior número possível de áreas e departamentos.

Estudantes, professores, profissionais de saúde e usuários têm que ser sujeitos desse processo de mudança. Esses sujeitos se constituem no processo coletivo de reflexão crítica sobre as práticas tradicionais, na aquisição de novos conhecimentos e novos poderes que diminuam as distâncias entre dirigentes e dirigidos.

Por essa mesma razão, as transformações não são definições *a priori*. Elas se constroem no cotidiano da prática pedagógica e não simplesmente no papel; na prática clínica concreta e não somente “em laboratório” ou “ambientes especiais”, em todos os cenários onde se dá a prática profissional e enfrentando os problemas que se apresentam na realidade.

A condução de processos de mudanças como esses não pode ser ingênua: tem que levar em conta a necessidade de ativamente acumular poder a favor e diminuir a capacidade de ação das forças contrárias. Processos de mudança não são estáticos, ao contrário. Quem está de um lado hoje pode estar do outro amanhã. Planejamento estratégico combinado com um esforço organizado de construir canais de comunicação e discussão coletiva é um dos instrumentos essenciais para a condução dos processos de mudança.

Os processos mais avançados de mudança, particularmente os UNI de Londrina e de Marília, constituem-se em contribuições efetivas para a compreensão desta transformação. Nos dois casos, há grupos articulados, buscando agir estrategicamente, com graus distintos de acumulação de poder e de capacidade de reflexão crítica (Feuerwerker, 2002).

Foram significativas as contribuições da proposta UNI para o desenvolvimento desses processos de mudança e muito importante também a capacidade – dos projetos e do programa de apoio – de perceber suas limitações e de buscar outros referenciais e instrumentos que possibilitassem melhor compreensão do problema e, conseqüentemente, subsidiassem melhores propostas de ação.

A percepção de que a sustentabilidade e a profundidade das mudanças que estavam sendo construídas no espaço local dependiam de mudanças no espaço das políticas foi também fundamental. E a alternativa encontrada – a articulação em rede – é estratégica e adequada a um “jeito mutante” de fazer política, pois possibilita articulação flexível, participação variável, unidade em torno de questões concretas: são heterogeneidades organizadas, que ganham potência de ação ao se associarem.

É muito, muito clara a importância do contexto, das mudanças na organização e no conteúdo das práticas de saúde, assim como a participação de sujeitos sociais da saúde na mudança do processo de produção de médicos: a transformação do modelo de atenção e da formação profissional está acontecendo de maneira articulada, imbricada – uma potencializa a outra e uma não acontece sem a outra.

Os processos de mudança de Londrina e Marília estão situados entre o segundo e o terceiro plano de profundidade das mudanças. Mas essa situação é dinâmica, ou seja, no momento atual os dois processos caracterizam-se como reformas e contêm elementos de transformação em função das transformações de algumas relações, do trabalho sobre as necessidades sociais de saúde e da busca por práticas transformadoras no campo da educação e da saúde.

Essa caracterização pode ser revertida a depender dos processos de consolidação que estão sendo inaugurados nos dois casos. Há níveis diferentes de acumulação, mas os dois processos necessitam de uma fase de consolidação. No entanto, ambos demonstram importante vitalidade, sujeitos sociais constituídos e capacidade de articulação.

Perspectivas

É fundamental hoje o fortalecimento de um movimento de mudanças que seja capaz de agir em dois níveis:

- ajudar a construir massa crítica e conhecimento para implementar mudanças nas práticas de saúde e de formação;
- interferir no cenário político para construir condições contextuais mais favoráveis à mudança.

Os projetos UNI e a Rede UNIDA são uma vertente do movimento mais amplo por mudanças na formação dos profissionais de saúde. Uma vertente que tem conseguido produzir resultados concretos, uma importante mobilização de sujeitos

e instituições, tanto no plano das escolas como no plano político, e também capaz de produzir conhecimento a respeito das mudanças.

A implantação da estratégia de saúde da família como alternativa para a reorganização do modelo de práticas de saúde revelou com muita força a inadequação do modelo atual de formação de profissionais na área. Desse modo, há perspectivas de mobilização mais ativa dos atores da saúde em torno do problema da formação profissional, tanto no nível local, dos municípios, como nos outros níveis de governo.

No nível local, a inclusão do problema da formação na agenda política das secretarias municipais de saúde criará condições mais favoráveis para a construção das parcerias e dos processos de mudança em cada escola. Esse movimento será ainda potencializado pela existência dos programas de incentivo, que o Ministério da Saúde vem lançando em parceria com o Ministério da Educação, como o PROMED⁴ e o PROENF, e por outras iniciativas, como o PRÓ-SAÚDE I (Programa de estímulo às mudanças nos cursos paranaenses de medicina, enfermagem, odontologia e farmácia), que está sendo discutido no Paraná pela Rede UNIDA, juntamente com a Secretaria de Ciência, Tecnologia e Ensino Superior e a Secretaria de Saúde, para apoiar a implantação das diretrizes curriculares nos cursos de todas as carreiras da área da saúde.

Até agora, a rede UNIDA vinha trabalhando para construir cenários mais favoráveis às mudanças na formação dos profissionais de saúde. Agora, há possibilidade de iniciar o movimento concreto de mudanças nas escolas em geral.

Para tanto, há algumas estratégias fundamentais: fortalecer as possibilidades de parceria entre universidades, serviços de saúde e população, ampliar a compreensão existente nas escolas a respeito dos processos de mudança, seguir investindo na produção de conhecimento e na formação de quadros capazes de apoiar as iniciativas nas escolas, continuar ampliando o envolvimento e a participação nas mudanças.

A Rede UNIDA só poderá continuar a contribuir para esse processo se for capaz de renovar seu discurso, produzir novas estratégias, manter a capacidade de análise crítica e de produção de conhecimento sobre as iniciativas de mudança, contribuir para a produção dos novos conceitos que estão sendo desenvolvidos nas práticas da educação e da saúde e continuar incentivando a mais ampla participação de pessoas, instituições e projetos nesse movimento.

Bibliografia

ALMEIDA, M. J. *A educação dos profissionais de saúde na América Latina: teoria e prática de um movimento de mudança*. São Paulo: ABEM/Londrina: Ed. da UEL, 1999.

⁴ PROMED – Programa de Incentivos às mudanças curriculares nos cursos de Medicina – pretende oferecer apoio técnico e financeiro para as escolas médicas que se dispuserem a entrar em processos de mudança que levem a um trabalho articulado com os serviços de saúde, à adoção de metodologias ativas de ensino-aprendizagem e à formação geral, crítica e humanista.

- ANTUNES, C. *Como transformar informações em conhecimento*. Petrópolis: Vozes, 2001.
- BONILLA, V. D. et al. Causa popular e ciência popular: uma metodologia do conhecimento científico através da ação. In: BRANDÃO, C. R. *Repensando a pesquisa participante*. 3. ed. São Paulo: Brasiliense, 2000.
- CAMPOS, G. W. S. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução e reforma das pessoas. O caso da saúde. In: CECILIO, L. C. O. (Org.). *Inventando a mudança na saúde*. São Paulo: Hucitec, 1994.
- CHAVES, M., FEUERWERKER, L. C. M., TANCREDI, F. Revisitando o ideário UNI e reconstruindo a proposta. In: ALMEIDA, M. J., FEUERWERKER, L. C. M., LLANOS, M. V. *A educação dos profissionais de saúde na América Latina: teoria e prática de um movimento de mudança*. São Paulo: Hucitec/Londrina: Ed. da UEL, 1999.
- COSTA, H. O. G. et al. O processo de construção e de trabalho da Rede UNIDA. *Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, n. 22, dez. 2000.
- FEUERWERKER, L. C. M. *Mudanças na educação e residência médica no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 1998.
- _____. *Mudanças na educação médica: os casos de Londrina e de Marília*. São Paulo: Universidade de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública, 2002. (Tese, Doutorado em Saúde Pública).
- _____, SENA, R. R. A construção de novos modelos acadêmicos, de atenção à saúde e de participação social. In: ALMEIDA, M. J., FEUERWERKER, L. C. M., LLANOS, M. V. *A educação dos profissionais de saúde na América Latina: teoria e prática de um movimento de mudança*. São Paulo: Hucitec/Londrina: Ed. da UEL, 1999.
- GAJARDO, M. Pesquisa participante: propostas e reflexões metodológicas. In: BRANDÃO, C. R. *Repensando a pesquisa participante*. 3. ed. São Paulo: Brasiliense, 2000.
- GARANHANI, M. L. et al. Superando desafios na construção de amplas reformas curriculares. In: ALMEIDA, M. J., FEUERWERKER, L. C. M., LLANOS, M. V. *A educação dos profissionais de saúde na América Latina: teoria e prática de um movimento de mudança*. São Paulo: Hucitec, 1999. t. 2.
- GERSCHMAN, S. Democracia, políticas sociais e globalização: relações em revisão. In: GERSCHMAN, S., VIANNA, M. L. W. *A miragem da pós-modernidade*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997.
- KISIL, M., CHAVES, M. *Programa UNI: uma nova iniciativa na educação dos profissionais de saúde*. Battle Creek: Fundação Kellogg, 1994.
- KOMATSU, R. *Caderno das unidades de apresentações clínicas*. Marília, [s.n.], 2001. (Mimeogr.).
- _____. et al. Trilhando novos caminhos: uma experiência pioneira. In: ALMEIDA, M. J., FEUERWERKER, L. C. M., LLANOS, M. V. *A educação dos profissionais de saúde na América Latina: teoria e prática de um movimento de mudanças*. São Paulo: Hucitec, 1999. t. 2.
- MARSIGLIA, R. G. *Relação ensino/serviços: dez anos de integração docente-assistencial (IDA) no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 1995.

- MATUS, C. O método PS. In: HUERTAS, F. *O método PES: entrevista com Carlos Matus*. São Paulo: FUNDAP, 1996.
- RANGEL, M. L., VILASBOAS, A. L. Rede UNIDA: breve histórico, concepção, organização e estratégias de ação. *Divulgação em Saúde para Debate*, Londrina, n. 12, 1996.
- REDE UNIDA. Contribuição para as novas diretrizes curriculares dos cursos de graduação da área da saúde. *Olho Mágico*, Londrina, v. 4, n.16, 1998.
- _____. A construção de modelos inovadores de ensino-aprendizagem: as lições aprendidas pela Rede UNIDA. *Divulgação em Saúde Debate*, Rio de Janeiro, n. 22, 2000a.
- _____. O movimento de mudança da formação de profissionais de saúde no Brasil. *Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, n. 22, 2000b.
- ROVERE, M. *Seminário de Planejamento Estratégico da Rede UNIDA*. Salvador, [s,n.], 1998. (Mimeogr.)
- SANTOS, B. *A crítica da razão indolente: contra o desperdício da experiência*. São Paulo: Cortez, 2000.
- _____. *Pela mão de Alice: o social e o político na pós-modernidade*. Porto: Afrontamento, 1995.
- TESTA, M. *Pensamento estratégico e lógica de programação: o caso da saúde*. São Paulo: Hucitec, 1995.

3

AS TRANSFORMAÇÕES DO TRABALHO NO CONTEXTO
DA GLOBALIZAÇÃO E DO DESENVOLVIMENTO
TECNOLÓGICO ACELERADO

3.1

PLANIFICACIÓN DE RECURSOS HUMANOS Y REFORMAS DEL SECTOR SALUD

*Pedro Enrique Brito Quintana
Félix Rígoli
Mónica Padilla*

Introducción

En los debates actuales relacionados con las reformas sectoriales, es infrecuente escuchar referencias a la planificación sanitaria. Es curioso que esto suceda en entornos institucionales donde vienen primando enfoques de mercado para la redefinición de las relaciones entre agentes o entre funciones de los sistemas de salud, ya que la teoría vigente (incluyendo cierta teoría económica) indica que, ante mercados imperfectos como los que nos ocupan, se debiera intervenir mediante regulaciones y planificación.

Es más infrecuente aún encontrar referencias o informes de experiencias que estén referidas a la planificación de los recursos humanos. Esto no debiera llamar la atención, considerando que las cuestiones o problemas de los recursos humanos de salud no han encontrado un lugar visible en las agendas estratégicas ni en el discurso de quienes toman las decisiones en las reformas. Y ha sido de esta manera como ha ocurrido en los últimos diez años de reformas. Aunque pareciera que ahora, en muchos países, la situación de negligencia de este importante tema tiende a cambiar, como un imperativo más de la terca realidad.

La planificación de los recursos humanos fue una función consistente e importante en la mayoría de Ministerios de Salud de las Américas, y al mismo tiempo una línea de cooperación importante de la OPS/OMS, desde los años sesenta hasta inicios de los ochenta. Al tiempo que el debate sobre la planificación sanitaria, y de los recursos humanos, se polarizaba entre planificación normativa y planificación estratégica, la prioridad de la función planificadora en las organizaciones de salud se fue diluyendo hasta casi desaparecer del lenguaje cotidiano de dirigentes y gerentes sectoriales. Sin embargo, persistieron algunas prácticas derivadas de la planificación. Es decir, aunque el discurso dominante no la incluya, en los países hay una “planificación realmente existente” que vale la pena considerar.

A despecho de la ausencia de la palabra planificación en los discursos reformistas, en la práctica de la cooperación técnica internacional de la Organización Panamericana de la Salud, hay demanda por información sobre normas o recomendaciones internacionales (“recomendaciones”) referidas a proporciones de determinadas categorías profesionales por población o por número de camas, o sobre la relación entre dos categorías profesionales (médicos y enfermeras) en un determinado nivel de atención o, más frecuente aún, por métodos y técnicas para calcular dotaciones ideales para establecimientos sanitarios o redes de servicios.

Es que un dato relevante de la realidad del campo de los recursos humanos en América Latina es la persistencia, o agravamiento, de problemas de disponibilidad, distribución y estructura de la fuerza de trabajo en salud en casi todos, por no decir todos, los países. Es decir, la persistencia de problemas “típicos” de la planificación de recursos humanos (OPS/OMS, 2001). A estos “viejos problemas” se agregan otros derivados del contexto sanitario (incluyendo las limitaciones de recursos para la operación y funcionamiento de los sistemas de salud), de los cambios sectoriales en curso (en el financiamiento o la estructura) o de los cambios en los modos de regulación laboral (algunos de ellos de alcance supra-sectorial); o se incorporan nuevas condiciones o situaciones en consecuencia de objetivos sectoriales (cambios en los modelos de atención, en modelos de gestión, programas de mejoría de la calidad, mejoría de la productividad, etc). Esta compleja problemática obliga a redefinir el rol, el lugar y el alcance de las funciones sustantivas que expresan e instrumentan la intervención tanto del estado como de la sociedad civil en el campo de los recursos humanos, entre ellas la planificación de recursos humanos, ahora indisolublemente ligada a la regulación y a la gerencia, en función de las políticas de recursos humanos.

El presente artículo se conforma de un conjunto de reflexiones, debates y reseñas de experiencias de primera mano, vividos en la práctica de la cooperación técnica internacional de la OPS/OMS, sobre el desarrollo de recursos humanos en los diez años pasados de reformas sectoriales, tomando como eje de esas reflexiones las peripecias de la planificación de recursos humanos, la más polémica de las intervenciones estratégicas en este campo.

Reformas Sectoriales y Recursos Humanos de Salud

La compleja y nada armoniosa relación entre reformas sectoriales y desarrollo de recursos humanos de salud está llena de paradojas. Una de ellas se refiere a que, a pesar de la ausencia de las cuestiones del personal de salud en las agendas y discursos políticos de las reformas, éstas han producido importantes cambios con impactos significativos en el conjunto del campo de los recursos humanos, como se podrá observar a continuación. En otras palabras, las reformas sectoriales han sido, de facto, profundas reformas del orden laboral vigente en el sector salud en la región (Brito, 2000).

Para analizar el impacto de las reformas sectoriales sobre los trabajadores y su desempeño, se necesita un marco de referencia que va más allá de la institucionalidad del sector de la salud. Así, cobran relevancia las reformas del estado y en la administración pública, tanto por la reducción del personal (*downsizing*) que se llevó a cabo en muchos países, como por los cambios normativos que abren paso, entre otras posibilidades, a modos flexibles de empleo (público y privado). También es importante tener en cuenta los cambios en la situación y en las normas generales de empleo de las economías nacionales, configuradas por las llamadas reformas laborales, así como las reformas de los sistemas educacionales, de manera especial las que afectan los niveles secundario y terciario.

Durante los años noventa, de manera genérica los países de América Latina y el Caribe recuperaron parte de su dinamismo económico. Aunque continuaba un alto nivel de desempleo, había una tendencia a recuperar el trabajo, un mayor número de mujeres se incorporaba al mercado laboral y millones de personas seguían migrando hacia las ciudades. Sin embargo, los salarios seguían siendo bajos y desiguales y la pobreza seguía en aumento. Algunos de los adelantos logrados a principios del decenio estaban en peligro. En ese marco, los mercados laborales en la Región manifestaban cinco tendencias:

- *De formales a informales*: durante los últimos años, el trabajo informal ha aumentado en casi todos los países de la Región, llegando en algunos de ellos a constituir 85% del empleo global. De cada 10 nuevos puestos de trabajo creados en los últimos 20 años, ocho han pertenecido al sector no estructurado de la economía (Brito, 2000);

- *De bienes a servicios*: ochenta por ciento de los nuevos empleos se han creado en el sector de los servicios, que es el menos afectado por la competencia externa. Aunque la expansión del empleo público en el campo de la salud se ha detenido en la mayoría de los países, el Estado sigue siendo una fuente de empleo importante en América Latina;

- *De baja a alta calificación*: a diferencia de lo observado en las últimas décadas, actualmente se aprecia una mayor demanda de mano de obra calificada. Ello obedece a la orientación de los procesos productivos hacia el ajuste de costos y hacia una mayor eficiencia mediante el incremento de la productividad (Brito, 2000);

- *Hacia una mayor flexibilidad en las relaciones individuales de trabajo*: se aprecia un aumento de las formas atípicas de contratación, que va de la mano con la tendencia a la inestabilidad de dichas modalidades contractuales;

- *Hacia la autorregulación de las relaciones colectivas*: existe la tendencia a retirar de manos del Estado la regulación de los mercados de trabajo, pero como no se ha dado la esperada autorregulación, el Estado está ausente, no se regula y a la vez se generan más distorsiones e inestabilidad.

También deben tenerse en cuenta las reformas educacionales promovidas en muchos países. Los cambios de regulación en torno a la apertura de escuelas y

programas de educación en materia de salud, las reformas en la educación superior (en algunos casos mediante nuevas leyes universitarias) y las nuevas relaciones entre el Estado y la universidad pública (que apuntan a redefinir el financiamiento y la función de la institución en la sociedad y en la economía) han generado cambios importantes en la política educacional y en la gestión institucional que afectan a la formación profesional y técnica.

Dentro del propio sector de la salud, algunos procesos incluidos en las reformas han contribuido a cambiar las condiciones y las relaciones laborales en los servicios de salud. El Cuadro 1 intenta ilustrar los procesos reformistas y los cambios que provocan.

Cuadro 1 – Impacto de las reformas sobre el desempeño del personal de salud

Aspectos principales de las reformas	Implicaciones para el trabajo del personal
<ul style="list-style-type: none"> • Descentralización; • Cambios en los ministerios: funciones y estructuras; • Cambios en el financiamiento y en los sistemas de pago; • Nuevas modalidades de gestión: externalización o contratación de terceros, compra de servicios, autonomía de servicios, etc.; • Cambios en los modelos de atención, tanto en sus aspectos básicos como en su complejidad; • Extensión de la cobertura. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mayor resolución; • Nuevas funciones y áreas de competencia; • Exigencia de mayor calidad y productividad; • Cambios en la organización del trabajo y conformación de equipos; • Nuevas formas de contratación; • Énfasis en el desempeño y su evaluación; • Cambios en los sistemas de incentivos; • Regulación de los procesos de desarrollo de recursos humanos.

Fuente: Programa de Desarrollo de Recursos Humanos, OPS (1999).

Cabe ahora destacar algunos puntos críticos que permiten caracterizar la dinámica social e institucional generada como consecuencia de los cambios en los sistemas de atención. En primer lugar, la *existencia de actores sociales e intereses corporativos múltiples, dinámicos y conflictivos* exige un proceso muy complejo de construcción de consensos y acuerdos, como base para las políticas y la planificación en torno al personal. En segundo lugar, se tiende a *poner en tela de juicio las ideas fundamentales sobre el personal y su trabajo*, intentándose sustituirlas por visiones sociales e institucionales integrales. En ello hay expresiones de visiones políticas que reivindican el derecho a la salud (reconociéndose que son ciudadanos tanto el personal como la población usuaria) y ecos de nuevos paradigmas organizacionales basados en el capital humano y en el papel del conocimiento como fuerza productiva.

En tercer lugar, actualmente se tiende a *mirar con ojos críticos los estilos de gestión del personal y educación vigentes* en los sistemas de servicios de salud. Están apareciendo: 1) un nuevo enfoque de la gestión con una *visión estratégica* que revaloriza la planificación y la construcción de intervenciones de manera participativa según la realidad local; 2) un estilo de gestión de personal que subordina lo administrativo y subraya la organización, las relaciones sociales e institucionales y las cuestiones de poder; y 3) en lo referente a la educación del

personal, se tiende a negar la mera capacitación reproductora, vertical y centralista, y se promueve su sustitución por una práctica educacional basada en la premisa del trabajo como factor y espacio educativo, en el aprendizaje de adultos, en el constructivismo cognoscitivo y en la búsqueda activa de aprendizajes significativos sobre la base del rescate del saber y la experiencia del trabajador o aprendiz.

Pese a estas señales de cambio, en muchos servicios sigue habiendo condiciones y prácticas obsoletas, rígidas y poco eficaces. Persiste la escasez de información oportuna y de calidad para la toma de decisiones en materia de personal, además de poco profesionalismo entre los responsables de la gestión de los recursos humanos, terreno restringido a las jefaturas de personal en vez de ser función de la dirección del servicio. Sigue habiendo una gestión basada en una práctica exclusivamente administrativa.

La educación superior y técnica de profesionales de Salud también ha sido y sigue siendo objeto de cambios muy importantes en este período de reformas sectoriales. El viejo problema de la inadecuación de la formación frente a las necesidades poblacionales y de los servicios (derivado de la vigencia de un modelo educacional biomédico, recuperativo, centrado en la enfermedad y orientado a una práctica especializada) sigue siendo todavía el más importante. Modelo que es refractario tanto a cambios curriculares como a iniciativas de integración docente-asistencial, y que se traduce, entre otras situaciones, en un divorcio – y no siempre buenas relaciones – entre escuelas y servicios. A esta condición “cuasi estructural” se han agregado otras cuestiones o novedosas manifestaciones de las viejas cuestiones, derivadas de nuevas visiones educacionales, de nuevas necesidades del sistema de salud y de nuevas posiciones de los actores, sobre todo del Estado.

Los cambios en los modelos de atención no han encontrado una respuesta adecuada y oportuna en la formación de los recursos humanos. Las razones tienen que ver con lo que se afirmaba en el párrafo anterior, pero también con las resistencias de las corporaciones profesionales, la escasez de incentivos y la debilidad o ausencia de políticas de salud que de manera clara y efectiva definan y desarrollen un determinado modelo de atención. Hay excepciones y tal vez la más reciente, amplia y notoria en América Latina sea la de Brasil y su política de fortalecimiento del nivel básico de atención y la expansión de la estrategia del programa de salud de la familia. En este caso, el impacto sobre la formación de recursos humanos ha sido muy significativo. En otros países, se pueden encontrar políticas sistémicas o institucionales (en la Seguridad Social, por ejemplo) de cambio en los modelos de atención sin que haya existido una consistente respuesta del sistema formador.

Las reformas sectoriales han impulsado también cambios muy importantes en la gestión de los servicios, al amparo e impulso de procesos de descentralización. Dichos cambios, que comprenden lo económico-financiero, los recursos humanos y la propia organización y prestación de servicios, impactan la gestión del personal, los mercados de trabajo y el propio desarrollo del personal. Sin embargo, en la dimensión organizacional o de redes de servicios, la progresiva introducción de

prácticas de “atención gerenciada” en muchos países, y no sólo en los servicios privados, tiende a cambiar la orientación, las condiciones de la prácticas y los resultados de la atención que el personal brinda a la población. Es difícil hallar en los programas educacionales contenidos y experiencias que tengan que ver con estos importantes cambios en los servicios.

Se asiste a una demanda general y creciente por mejorar la calidad de la formación y la capacitación del personal, que en muchos casos se asocia a procesos de regulación, específicamente de acreditación de escuelas y programas educacionales. Hay razones de peso: de un lado, ha existido un progresivo deterioro en muchas instituciones educacionales de las condiciones en las que se desarrolla la práctica educativa (por varias razones: limitación de recursos, crisis institucionales, fluctuaciones de los mercados de trabajo, etc). De otro lado, se han promovido en algunos países procesos de des-regulación de la educación superior y técnica que no han sido acompañados de los imprescindibles controles de las autoridades sanitarias o educativas. La cuestión de la calidad (con su correlato regulatorio) no se restringe a la educación de pre-grado o de calificación técnica, es también un problema en el postgrado y nos remite a la compleja cuestión de las residencias, la especialización y la educación permanente y continuada, así como a la educación en Salud Pública.

Hay otras condiciones y situaciones que están cambiando el panorama de la educación profesional y técnica, como son los cambios de paradigmas educacionales y las nuevas posibilidades tecnológicas que están innovando las prácticas tradicionales, procesos de internacionalización de los procesos educacionales y laborales, etc, que deberán ser enfrentados más temprano que tarde. Sin embargo, la reseña realizada bastará para ilustrar la complejidad y el dinamismo del campo de recursos humanos, complejidad y dinamismo que determinan las posibilidades y límites de la planificación de los recursos humanos en los actuales momentos.

Reformas, Mercados y Planificación

Es ya reconocido que las reformas sectoriales, en los primeros diez años de su vigencia (las denominadas reformas de “primera generación”), en la mayoría de los países se concentraron en los cambios de la estructura del sistema (descentralización) y de su financiamiento, así como en la redefinición de las responsabilidades y funciones del Estado en Salud, en la separación de funciones, en la apertura de mercados en salud, y en cambios en los modelos de gestión y en la privatización de servicios de salud. Los cambios del modelo de atención, de la Salud Pública y en el desarrollo de recursos humanos quedaron como asignaturas pendientes, excluidas de las agendas estratégicas de quienes tomaron las decisiones acerca de estas transformaciones, muchas de ellas ajenas a los valores y fines del sector de la Salud.

La redefinición de las funciones de los ministerios y secretarías nacionales de Salud se dio en un marco de tensiones entre la perspectiva subsidiaria neoliberal y una reivindicación del rol rector de las instancias de gobierno, que se responsabiliza por la garantía de la salud ciudadana y el desempeño de funciones esenciales de la Salud Pública. En esa conflictiva dinámica institucional, los ministerios y secretarías se transformaron, buscando ser más efectivos aunque más ligeros (*downsizing* mediante) y flexibles, objetivo no siempre alcanzado.

Ahora, mirando hacia atrás, a tenor de los cambios que se han producido en el campo del personal, se percibe con claridad que las reformas sectoriales fueron, en gran medida, **reformas de facto** de las estructuras y procesos de recursos humanos, sobre todo en el orden laboral, en el que se dio un radical cambio del modo de regulación del trabajo. De manera concurrente a los cambios mencionados, se aprecia también que desaparecieron o quedaron reducidas a una expresión técnica y política simbólica las instancias del gobierno que se dedicaban, de manera limitada, a las políticas y a la planificación y regulación de los recursos humanos de salud. Sin embargo, los sistemas de carrera funcionaria (servicio civil en algunos países) se mantuvieron por lo general imperturbables, aunque por lo general no significaron un obstáculo a la flexibilidad de los contratos de trabajo.

Como sucedió con estructuras y organizaciones de otros campos (como Salud Pública, por ejemplo) que quedaron disfuncionales u obsoletas a los objetivos del cambio sistémico en Salud, sus funciones fueron asumidas, sustituidas o duplicadas, por cierto en mejores condiciones de infraestructura y de remuneración, por las unidades ad-hoc generadas por los proyectos de apoyo a las reformas (a instancias de los organismos internacionales de financiamiento), hayan sido de inversión o de desarrollo institucional.

Se podría decir sin ser aventureros que los proyectos de apoyo a las reformas, por lo menos en el campo de recursos humanos, se hicieron cargo de las funciones de intervención estratégica (planificación, regulación y gestión de los recursos humanos) que antes se adjudicaban a las direcciones o departamentos de recursos humanos, aunque ya no más con la finalidad de orientar y desarrollar el personal necesario a los fines del sistema, sino a los objetivos limitados de sus respectivos proyectos. El campo de los recursos humanos quedó fragmentado en dos dimensiones: de un lado, la de los tradicionales agentes institucionales, y de otro, la de los proyectos de apoyo a las reformas, que no siempre coincidieron. Ello explica los frecuentes conflictos entre las corporaciones profesionales y los sindicatos sectoriales (en general excluidos de las decisiones sobre los proyectos) y las dirigencias sectoriales identificadas con las reformas. Este movimiento de reestructuración del poder al interior de ministerios y secretarías afectó significativamente su legitimidad y su capacidad de intervención efectiva (la rectoría) en este campo sectorial.

Por ello, en un contexto sectorial en que se alteró la estructura y dinámica sectorial de máximo protagonismo y dependencia estatal para ser sustituida por un orden mercantil, competitivo, descentralizado, interrelacionado y poco regulado, las

posibilidades y capacidades de orientar el campo de recursos humanos fueron muy débiles o inexistentes. Por varios costosos años, el estado estuvo ausente de intervenir estratégicamente en el campo de recursos humanos, y en muchos países, aún sigue ausente. Muchos de los problemas identificados en el apartado previo se explican, en buena parte, por esta ausencia.

En ese marco, la función de planificación de recursos humanos “*realmente existente*” fue de las más afectadas, ya que casi desapareció. Pareciera que primó la razón de que donde se confiaba al mercado las decisiones sobre disponibilidad de personal, la orientación y dinámica de la formación de pre y postgrado y del empleo, era innecesaria la planificación. Más aún si se trataba de una función que poco había mostrado en efectividad y eficacia, como se verá luego. Pero también estuvieron ausentes las políticas de recursos humanos, la regulación se fue redefiniendo lentamente y la gestión de recursos humanos se enfrentaba a un cambio copernicano derivado de exigencias de la descentralización y los cambios del orden regulatorio laboral. Difíciles fueron los tiempos de la primera generación de reformas para el desarrollo del recurso más valioso que poseen las organizaciones de salud.

La Planificación de los RRHH en Perspectiva

En este apartado, se hará una breve revisión histórica de la experiencia de planificación de recursos humanos de salud según se vivió desde la cooperación técnica de la OPS/OMS. A continuación, se revisará la bibliografía existente sobre este tema referida principalmente a países desarrollados. Es muy escasa la referencia a la experiencia latinoamericana.

La OPS ha acompañado paso a paso los procesos planificadores de salud y de personal en los países de la Región. Los años sesenta y setenta fueron testigos de los estudios nacionales (Perú, Chile, Colombia, entre otros países) sobre recursos humanos realizados para establecer criterios de base para planificar la dinámica del personal. Estuvieron a cargo de unidades especializadas que formaban parte de las áreas de planificación de los ministerios de salud. Muchos de estos estudios se realizaron con la ayuda de fundaciones internacionales y de la propia Organización. Es de recordar la capacidad y experiencia que, en esos lejanos años, desarrollara el Ministerio de Salud de Colombia en planificación de personal de salud.

Debe recordarse que, por esa misma época, muchos países de América Latina habían desarrollado fuertes organizaciones estatales e intentaban que el desarrollo nacional se rigiera por sendos planes nacionales compuestos a su vez por planes sectoriales. Sin embargo, la planificación de recursos humanos estuvo distante de estar integrada a la planificación de la atención en los servicios de salud.

Durante muchos años, la planificación de recursos humanos fue un componente importante de la cooperación del Programa de Desarrollo de Recursos Humanos de la OPS y de la propia OMS (Hall & Mejía, 1979). Se trataba de lo que

posteriormente, hacia fines de los años ochenta y principios de los noventa, se conoció como planificación normativa.

Tradicional y convencionalmente, la planificación de recursos humanos ha sido entendida como la búsqueda de un balance de la ecuación entre oferta y demanda de personal en los sistemas de salud. La más usada fue la acuñada por Hall, que enfatizaba la estimación del número de personas y los tipos de conocimiento, habilidades y actitudes que requieren para alcanzar objetivos sanitarios predeterminados y una determinada situación de salud (Hall & Mejía, 1979). El convencional proceso planificador implica un momento analítico, seguido por un momento de formulación e implementación de un plan de acción que continúa con la evaluación y el monitoreo de cambios en los entornos educacional y laboral para realizar los ajustes que fueran necesarios.

La planificación (vista como un proceso aislado) ha sido históricamente reactiva a las variaciones del sistema de salud, no consideraba los condicionantes políticos (en entornos institucionales inestables y conflictivos) y no logró establecerse como proceso permanente con proyección al futuro. Se realizaba en tiempos reales y con acciones concretas en el presente.

La mayoría de los esfuerzos de planificación de recursos humanos en el mundo, y también en nuestra Región, se han centrado básicamente en el médico. Muy pocos procesos han incluido a otros profesionales, y en estos casos fueron principalmente de enfermería. Muchos menos han sido los casos que se dirigieron a la fuerza laboral como un todo. La necesidad (y la capacidad) de contar con el número “correcto” de una mezcla de profesiones, con las competencias adecuadas en el lugar y tiempo adecuados, ha sido el interés de quienes intentan planificar desde siempre. Sin embargo, no ha sido esa la experiencia internacional.

La práctica real de planificación de recursos humanos se basaba en el cálculo de la disponibilidad o de la oferta usando alguno de los métodos conocidos (por lo común dependiente de la información disponible) y a partir de allí se proyectaban las necesidades futuras, en un determinado horizonte temporal, en función de una meta o parámetro internacionalmente aceptada.

Por lo general, los procesos de planificación, y también los referidos estudios nacionales de recursos humanos, se originaron por la presión corporativa o la preocupación de los dirigentes sectoriales en coyunturas marcadas por:

- Ciclos de sobreoferta y escasez;
- Escasez percibida, pero no estudiada;
- Períodos de aumento en el número de plazas;
- Intentos de disminución de cupos de formación, debido a sobreoferta percibida;
- Disminución de los presupuestos destinados a financiar puestos de trabajo.

En síntesis, los procesos de planeación han sido por lo común esporádicos y en general inefectivos ya que los planes fueron ejecutados sólo en casos excepcionales. En muchos otros, fueron improvisados e influenciados, y limitados en su alcance, por intereses de actores diversos. Es reconocido en el campo de recursos humanos que:

- Los políticos no quieren perderse el rédito que da abrir escuelas médicas, sin pensar en necesidades, calidad ni situación de los mercados de trabajo;
- La sociedad no quiere perder oportunidades de educarse en carreras privilegiadas;
- Las corporaciones defienden sus intereses utilizando la oportunidad de formación como un recurso estratégico de acuerdo a la situación de los médicos en el trabajo;
- Donde hay modalidad de pago por *fee for service*, la tendencia es a resistirse a aumentos muy grandes de “competidores”, especialmente si la economía está mal;
- Las autoridades de las universidades se resisten la disminución de la matrícula por riesgo a su supervivencia, a pesar de no tener condiciones adecuadas para la formación masiva;
- No existen políticas sanitarias ni claridad en los modelos de atención que sirvan de orientación a la formación ni a la gestión del personal (Health Canada, 2002).

El uso de métodos a partir de estándares de cálculo no tomó en cuenta, en la práctica, las condiciones del entorno político ni sanitario y los cambios en las condiciones de trabajo, como son el número de horas de la jornada, la modalidad *full o part time*, el número de hombres y mujeres, las necesidades de tiempo libre, el envejecimiento de los trabajadores, el dinamismo tecnológico, la competencia en los mercados de trabajo, la influencia de las modalidades de pago, etc.

A mediados de los ochenta surgieron, como consecuencia de los problemas de ineffectividad de la planificación de recursos humanos, e influenciada por el pensamiento estratégico aplicado a la salud (bajo la advocación de autores como Testa y Matus), los planteos teóricos de la llamada planificación estratégica y/o situacional. El Programa de Desarrollo de Recursos Humanos promovió activamente el desarrollo de nuevas aproximaciones a la planificación del personal que consideraran las dimensiones políticas, la incertidumbre y la complejidad del campo sanitario y del campo de recursos humanos como condicionantes del proceso de planificación y de los objetivos y componentes del plan (Rovere, 1993).

Una mirada retrospectiva, aunque poco sistemática, de los logros de este esfuerzo de casi diez años, muestra que fueron más en el terreno conceptual, de lo que se podría llamar del pensamiento estratégico aplicado al campo de recursos humanos, que en la ejecución de planes y operación de procesos, organizaciones, métodos y técnicas de planificación. Sin embargo, aún está pendiente la realización de un balance más profundo del trabajo por la Organización en este campo.

El capítulo que se abrió con los procesos de reforma sectorial ha obligado a redefinir qué es y cómo debe ser una planificación de recursos humanos que permita orientar las dinámicas de formación, trabajo y gestión de los recursos humanos, considerando las nuevas condiciones del entorno y con la finalidad de contribuir a los objetivos de los sistemas de salud.

Se podría afirmar que, en los últimos diez años, muy pocos países de América Latina (tal vez ninguno) han emprendido un proceso organizado e institucionalizado de planificación de recursos humanos, a pesar de que los determinantes del campo de personal, generados en los procesos de reforma, animaban o exigían un esfuerzo de este tipo. No obstante, desde la cooperación técnica de OPS se han podido identificar y acompañar algunos ejercicios proclives o tendientes a sentar bases para una planificación de recursos humanos en respuesta a determinantes de las reformas sectoriales en curso.

En el marco de la reforma del sector en Colombia, se realizaron cuatro estudios de recursos humanos¹ que pueden ser de enorme valor para generar un proceso consistente de planificación de recursos humanos. Como una paradoja, estos estudios se han realizado y han generado información de valor cuando en el Ministerio de Salud ha sido eliminada cualquier instancia que se refiera a los recursos humanos. Es muy llamativo que esto haya sucedido en el mismo lugar que albergó durante los años sesenta a ochenta una de las mejores unidades ministeriales de desarrollo de recursos humanos.

En Bolivia en años recientes, se desarrolló e implantó un sistema operativo destinado a generar criterios para asignar personal de salud de manera racional, según criterios de equidad y ajustado a la política de extensión de la cobertura y el desarrollo de servicios en las zonas rurales, utilizándose para ello fórmulas matemáticas de asignación.

En Chile, se ha utilizado recientemente por el Ministerio de Salud la metodología de cálculo de necesidades de personal basada en el análisis de las cargas de trabajo, con la finalidad de racionalizar con criterio técnico la asignación y distribución del personal. En este caso, una metodología de cálculo de necesidades utilizada en planificación se usó más bien con finalidad de gestionar recursos humanos.

En Perú, el Instituto Nacional de Desarrollo de Recursos Humanos y la OPS promovieron hace unos meses un estudio de escenarios sanitarios y de desarrollo de recursos humanos, utilizando una metodología sofisticada probada en la construcción de escenarios sociales, económicos y políticos, junto a métodos similares a los usados en Colombia en la construcción del modelo de oferta y demanda.

¹ Los estudios y las agencias que los realizaron son: Plan multidisciplinario para la modernización de la educación en salud (Consortio Hospitalario de Cataluña), Plan a largo plazo para el desarrollo de recursos humanos en salud en Colombia (Universidad Javeriana y el Consortio conformado por Fedesarrollo y Family Health Foundation), Acreditación de instituciones de educación y entrenamiento en salud (ASCOFAME, AUPHA y ASSSALUD) y Modelo de oferta y demanda de recursos humanos de salud en Colombia (Facultad de Salud Pública de la U. de Antioquia). Como puede verse, por lo menos dos estudios son claramente orientados a sustentar planificación de recursos humanos.

La experiencia reciente de Brasil en el marco del programa de Salud de la Familia se puede catalogar más bien como de planificación estratégica, en la medida que combinó la formulación de metas cuantitativas en un determinado período (20,000 equipos de salud de la familia a ser conformados en un lapso de 4 años) con la concertación de actores (municipalidades, estados, universidades) y la utilización amplia e inteligente de incentivos económicos para sumarlos a la iniciativa y comprometerlos en el logro de las metas y en acciones de mejoría del desempeño de los servicios de salud y del personal (Brasil. Ministerio da Saúde).

En el presente año, el gobierno de Canadá (que tiene la intención de renovar su práctica de planificación de recursos humanos) encargó un análisis de la experiencia internacional en planificación de recursos humanos de salud (Health Canada, 2002). El estudio recoge la experiencia en seis países de desarrollo económico y social similar y trata de extraer lecciones útiles para la realidad canadiense. En esta parte, se tratará de extraer algunos elementos esenciales del análisis y mostrar un cuadro comparativo construido a partir de los datos de los países seleccionados a los que se ha agregado Cuba y el mismo Canadá.

El documento plantea de entrada la necesidad de moverse desde una planificación centrada en el médico hacia una planificación centrada en los equipos de salud y a la fuerza de trabajo como un todo, en el marco de entornos complejos de reformas en los sistemas de salud. En la experiencia recogida, la planificación de recursos humanos en salud aparece como una necesidad para enfrentar los cíclicos desequilibrios entre oferta y demanda de profesionales médicos.

Una de las críticas que se realiza a la experiencia de planificación es su alienación del contexto político y sanitario y su excesiva confianza en las mediciones y proyecciones cuantitativas. Por ello, el documento llama de manera enérgica a considerar, para una nueva planificación, la identificación y el conocimiento en profundidad de los determinantes del proceso, de su organización de sostén y del propio plan. Para ello, señala una larga (e incompleta) relación de influencias que actúan sobre la fuerza de trabajo del sistema como un todo y que aquí recogemos sólo a modo de ilustración:

- Restricciones fiscales a los presupuestos disponibles;
- Impulso a la atención primaria basada en la comunidad;
- Impulso a la promoción de la salud y a una mayor responsabilidad social por la salud;
- Más información disponible y mayor disseminación de la misma;
- La propia reforma del sistema de salud y las alternativas financieras, organizacionales y del modelo de atención;
- Disponibilidad de nueva tecnología para la resolución de problemas y la necesidad de definiciones sobre política y evaluación tecnológica;
- Cambios en los roles profesionales y en las competencias de individuos y grupos ocupacionales;

- Definiciones o redefiniciones sobre el primer punto de contacto del usuario con el sistema: ¿el médico general, la enfermera, el equipo de salud de la familia?;
- Definiciones sobre la base de población para el trabajo médico y la forma de su remuneración: pago per cápita y asignación territorial;
- Dinámica de la profesión y de la carrera funcionaria;
- La productividad de los profesionales;
- Cambios en los padrones de trabajo especialmente en las relaciones interprofesionales y composición de los equipos;
- Tendencia a la especialización del trabajo de los profesionales;
- Regulaciones, validación de títulos y movilidad internacional;
- Controles sobre número de profesionales o proveedores;
- Controles sobre las horas de trabajo (Health Canada, 2002).

Otro tema crítico es la falta de datos confiables en general y la poca información que existe sobre el resto del equipo (no médico), para tomar decisiones. El análisis de la magnitud, estructura, composición y tendencias de la Fuerza de Trabajo es central. Esas variables son diferentes por país o por la definición que se aplique. La organización y los resultados del trabajo varían de acuerdo a la posición y calificación del grupo profesional en cada país. Se resalta el hecho que actualmente algunos países están poniendo en funcionamiento mecanismos de planificación permanente de la fuerza de trabajo con amplia participación. Para ello, se requiere el uso de metodologías y técnicas que incorporan múltiples modalidades de recolección de información, análisis y planificación.

El siguiente cuadro muestra los hallazgos más importantes del análisis según la organización que desarrolla el proceso de planificación y la metodología que se utiliza.

Cuadro 2 – Comparación de experiencias de planificación de recursos humanos de salud en ocho países

Alemania	
Organización	Metodología
<ul style="list-style-type: none"> - Contexto laboral enfatiza derechos individuales y poca intervención y regulación desde el Estado - Regionalización geográfica - Tendencia a la sobre producción de médicos - Reforma de salud de 1993: Recorte de presupuestos para contratos y salarios de médicos Disminución del estándar de médicos por población Control del ingreso a empleo por panel de médicos. Asociaciones de médicos regionales y locales y fondos de aseguramiento definen las reglas de planificación usando básicamente estándares por población, que luego aprueba el Ministerio de Salud 	<ul style="list-style-type: none"> - Valores estandarizados por región y por población (4 tipos de regiones y 10 categorías de planificación) - Dos niveles de decisión: 1-Definición de marco de dotación determinada por estándar de profesionales por población: sobre oferta > 10%, escasez < 75%, GP < 50% especialistas. 2-Si hay desequilibrios, el comité regional analiza el caso (actividad, productividad, estructura de edad, estructura de la práctica médica, estructura y características de la población) y toma decisiones. Ej: Si hay sobre oferta, se bloquea el número de entradas disponibles

Continúa...

Cuadro 2 – Continuación

Países Bajos	
Organización	Metodología
<ul style="list-style-type: none"> – Asociaciones profesionales determinan su propia política en cuanto al número y las especialidades – Las plazas para residencias para médicos y enfermeras se determinan por el gobierno – Los organismos estatales tienen la responsabilidad de contratar a los estudiantes y financian sus contratos – En 1999 se inicia proceso de planeación con una unidad creada por el gobierno con participación tripartita (grupos profesionales, compañías de seguros /fondos de enfermedad e instituciones de formación y entrenamiento). Allí se establece el modelo y el proceso – Enfermería tiene comités locales y definen las plazas los departamentos de educación y Salud 	<ul style="list-style-type: none"> Anualmente esta unidad tripartita emite recomendaciones sobre número de doctores a ser entrenados, análisis de la demanda y oferta del sistema de salud en un horizonte de 10 y 20 años. – Apoyo del instituto nacional de investigación en servicios de salud. NIVEL: investigaciones específicas sobre fuerza de trabajo. – En 2002 recomendó aumentar el número de estudiantes a ser admitidos a las universidades y aumentar el número de puestos para entrenamiento de médicos generales – Existe un fondo adicional para entrenar especialistas
Australia	
Organización	Metodología
<ul style="list-style-type: none"> – Existe un comité de asesoría al gobierno en fuerza de trabajo médica que reporta al consejo de ministerios de salud australianos – Participan: Instituto de salud y bienestar especializado en datos, Comisión de aseguramiento en salud, departamento de inmigración y asuntos multiculturales, departamento de educación entrenamiento y asuntos de juventud, departamento común de salud y cuidados, autoridades estatales y territoriales de salud, universidades y escuelas médicas 	<ul style="list-style-type: none"> – Se da actualmente una redefinición del foco sobre médicos a una aproximación de equipo de salud – Utiliza una combinación de metodologías en uso y generación de escenarios de futuro: Software diseñado ad-hoc para proyección de oferta y demanda a 10 años. Panel de expertos para seleccionar las medidas y estimar impacto de los avances tecnológicos, evidencias para decisiones en el sistema y la productividad. Análisis continuo de productividad de grupos de médicos y su capacidad de resolución de problemas de salud – El comité trabaja de acuerdo al lugar, número de servicios y complejidad y se procede a medición de estándares de productividad y existencia de acuerdo al escenario – Los requerimientos se definen por estándar médico-población, medición de necesidades , benchmarking internacional , mejores prácticas, medición económica de la demanda y su crecimiento – Con información sobre demanda y oferta se estiman las necesidades de grupos de atención – Se establece plan para enfrentar escasez o sobre oferta y criterios para balancear la fuerza de trabajo en los 10 años siguientes – Se dicta la política y se monitorea la implementación de las decisiones cada cinco años y se hacen los ajustes

Continua...

Cuadro 2 – Continuación

Nueva Zelanda	
Organización	Metodología
Con el objeto de fortalecer atención primaria y equipos de trabajo, se crea un comité asesor de la fuerza de trabajo 2001	La solicitud formal del Gobierno para este comité es "asumir una visión estratégica de la fuerza de trabajo requerida para prestar servicios en el futuro más allá de cuantos se requieren y hacer un plan para ello"
Cuba	
Organización	Metodología
<p>– El gobierno nacional a través del Ministerio de Salud y su unidad especializada en planificación de recursos humanos formula un plan nacional de necesidades de personal en un período de 10 años.</p> <p>– El plan, que sigue las directivas emanadas de la dirección estratégica del desarrollo del país, responde a las metas y directrices del desarrollo del sistema nacional de salud, se formula participativamente con las provincias y es de cumplimiento obligatorio por todas las instancias, jurisdicciones y organizaciones del sistema de salud y de las instituciones formadoras de recursos humanos de salud (subordinadas al Ministerio de Salud).</p>	<p>– Utiliza una combinación de metodologías normativas y análisis de tendencias, con uso predominante del método de balanceo con paneles de expertos para seleccionar las medidas y estimar impacto de los avances tecnológicos, evidencias para decisiones en el sistema y la productividad.</p> <p>– Análisis continuo de productividad de grupos de médicos de familia y de especialistas y su capacidad de resolución de problemas de salud.</p> <p>– Se trabaja de acuerdo a niveles de resolución, número de servicios y complejidad y se procede a medición de estándares de productividad y existencia de acuerdo al escenario.</p> <p>– Los requerimientos se definen por estándar médico-población, medición de necesidades, mejores prácticas, medición de la demanda y su crecimiento.</p> <p>– Se establece un plan para la formación agregando al cálculo la reserva de personal destinada a la colaboración internacional y las implicaciones del año sabático, en función de las metas del sistema (Soteras, 1993).</p>
Estados Unidos de América	
Organización	Metodología
<p>– Gobierno federal asume responsabilidad de planificar y corregir los desequilibrios en la distribución.</p> <p>– Los estados planifican y financian la educación, licencian y regulan la práctica. Controlan los seguros, compran los servicios y definen los subsidios y programas de incentivos para profesionales según especialidad.</p> <p>– Gobierno federal produce información actualizada sobre profesionales y trabajadores disponibles, acreditados y trabajando, número de empleados en las instalaciones de salud, salarios, población servida, infraestructura de salud y gasto en atención de salud. Implementa políticas para aumentar el acceso, así como para financiar la oferta o becas para la distribución de profesionales.</p>	<p>Existe un consejo asesor para fuerza de trabajo y una unidad pequeña de información (Oficina de planeación de fuerza de trabajo) que</p> <ul style="list-style-type: none"> • hacen investigación y generan reportes sistemáticos de datos que analizados se distribuyen periódicamente • definen las prioridades de la agenda en fuerza de trabajo para cada año • crean estándares, definiciones y protocolos para facilitar la comunicación de análisis, realizan estudios especiales por asuntos legislativos • desarrollan modelos para proyección de oferta y demanda • obtienen consensos sobre los temas álgidos • mantienen una red electrónica con participación de organizaciones para compartir información • discuten con grupos profesionales y van tomando decisiones de acuerdo a escenarios definidos.

Continua...

Cuadro 2 – Continuación

Canadá	
Organización	Metodología
<p>– Hace más de 20 años existe un Comité Asesor de Recursos Humanos en Salud (ACHHR). Funciona con delegados de los viceministerios de salud de las Provincias y Territorios y delegados del Gobierno federal (Health Canada). Se dedica a la planificación de la mano de obra médica y realiza estudios sobre la oferta y demanda de enfermeras. Posee dos comisiones especializadas: una vinculada a la previsión de escenarios futuros (<i>forecasting</i>) y otra que ha desarrollado un marco de objetivos, principios, guías de trabajo y directivas estratégicas que permiten planificar en forma coherente a las diferentes Provincias y Territorios. Como cada jurisdicción es independiente para fijar sus prioridades, la función de estas Comisiones es financiar estudios que luego las diferentes autoridades regionales utilizan en forma coordinada.</p> <p>– Más allá de la buena calidad y disponibilidad de información, a partir de 2001, fue reconocida la necesidad de integrar en el proceso de planificación la participación y la opinión de actores interesados (no sólo médicos, sino de las diversas profesiones y tomadores de decisiones políticos en varios niveles). Es la fase 3 de la Task Force on Human Resources Strategy del Comité Asesor. En 2002 se ha comenzado a discutir la integración de estos actores al propio Comité Asesor.</p>	<p>– Los principales esfuerzos de planificación sistemática se han hecho en relación al número de médicos, utilizando como variables el número de ingresos en las escuelas de Medicina y el número de aceptaciones de solicitudes de graduados extranjeros. Este cálculo se hace con horizontes de cinco años. En los últimos diez años se integró en este cálculo la tasa de población femenina en la fuerza de trabajo médico, dadas las evidencias sobre las diferencias en número de horas semanales y edad de retiro en hombres y mujeres.</p> <p>– Se han desarrollado dos bases de datos para la planificación futura de médicos y enfermeras. Los componentes de información de estas bases son los siguientes: número de identificación único, base de datos de instituciones educativas, conjunto de equivalentes de carga de trabajo, modelos matemáticos de oferta futura y datos de migración y movilidad interprovincial. Sin embargo, el impacto de los nuevos modelos de atención, en especial el viraje hacia lo ambulatorio, obligó a crear una base de datos específica para médicos de familia.</p>
Reino Unido	
Organización	Metodología
<p>– En 1999 se definió un enfoque global de la fuerza de trabajo. Las bases son: trabajo interprofesional en equipo, trabajo flexible, planificación en función del paciente, maximizar contribución del staff al paciente, modernizar educación y entrenamiento, desarrollo de carreras nuevas y flexibles, expansión de la fuerza de trabajo hacia futuras demandas</p> <p>– Se formulan planes locales y regionales que son consolidados en el Buró de Desarrollo nacional de Fuerza de Trabajo, que asegura la integración de los puntos claves</p> <p>– Participan educación médica, entrenamiento y staffing, especialistas en fuerza de trabajo, comité de médicos y no médicos</p>	<p>– Se ha cambiado su enfoque en respuesta a la Unión Europea. Desde hace 7 años se aplican las regulaciones europeas para el movimiento del trabajo: promedio de especialidad con duración de 5 años según especialidad</p> <p>– Hasta 2001: grupo asesor de fuerza de trabajo especializada formado por planificadores, decanos de postgrado de medicina, representantes de los médicos generales, gerentes de hospital, la asociación médica, médicos jóvenes y la autoridad de salud</p> <p>– Analizan datos de los últimos 5 años, analizan demandas y necesidades según razones de especialidad por población</p> <p>Comparación de la demanda con la oferta existente y los perfiles actuales</p> <p>– Resultante: el número de puestos de entrenamiento que se necesitan para el año. Si es más de lo que hay, se crea o, si no, se disminuye. El manejo de los aumentos y disminuciones es gradual</p>

Fuente: Elaboración basada en Health Canada (2002), y en informes de la cooperación técnica de la OPS-OMS.

Planificación y Reformas Sectoriales: ¿De qué Planificación Hablamos?, ¿Qué Planificación Necesitamos?

¿Qué se debe entender aquí y ahora por planificación de recursos humanos? De una manera general, creemos que la sintética definición inglesa que plantea que la planificación de recursos humanos tiene como propósito fundamental “asegurar que haya suficiente personal disponible con las competencias adecuadas para entregar una atención de salud de buena calidad a la población” ayuda mucho a entender la razón de ser y de estar de esta poco comprendida y no siempre valorada intervención estratégica (Department of Health, 1998).

Asumiendo esa definición, la posición del Programa de Recursos Humanos de la OPS es clara: la planificación es una intervención estratégica y necesaria para la factibilidad, viabilidad y ejecución de las políticas, para orientar la intervención regulatoria y para, junto a la orientación de política de recursos humanos, definir marcos para la gestión de recursos humanos en las jurisdicciones descentralizadas y organizaciones de salud. Por ello se requiere replantear, a partir de la experiencia acumulada, la función planificadora de recursos humanos, que así podría ser considerada una de las “funciones esenciales” del desarrollo de los recursos humanos de salud. Una primera y esencial condición contemporánea de la planificación es que no más se le considera como función aislada de posibilidades sobre-dimensionadas.

Se requiere configurar de manera colectiva una nueva planificación de los recursos humanos en salud sobre la base de la experiencia acumulada, las enseñanzas internacionales y las necesidades que emanan del nuevo contexto sanitario y las nuevas finalidades que se le asignan. Existen un conjunto de cuestiones a ser analizadas en busca de respuestas para configurar una idea o una pauta (que no un modelo) de la planificación de recursos humanos necesaria:

- El contexto sanitario y de las reformas sectoriales;
- La integración de la planificación a las políticas, la regulación y la gestión de los recursos humanos;
- La viabilidad política y la participación de actores;
- La descentralización de los servicios y la planificación;
- El sujeto planificador;
- La cuestión de la información para las decisiones;
- La cuestión metodológica.

El Contexto Sanitario y las Reformas

Antes en este documento, se trató de mostrar los cambios que han ocurrido en el campo de recursos humanos en el período marcado por las reformas y como consecuencia de las redefiniciones al interior del sector y del sistema de salud, y también fuera de él. La planificación que se requiere deberá considerar este nuevo contexto y sus derivaciones futuras (los nuevos escenarios) y ajustar sus métodos,

la organización de sus procesos y los usos y efectividad de sus productos (la **calidad** de los planes en términos de pertinencia, relevancia y utilidad).²

Cuadro 3 – Implicaciones de las reformas del sector Salud para la intervención sobre la fuerza de trabajo

Objetivos	Implicaciones para las intervenciones estratégicas sobre la fuerza de trabajo
Equidad	Distribución geográfica y por condiciones sociales Distribución entre subsectores: público, privado, seguridad social Equidad en las remuneraciones Equidad de género
Eficiencia distributiva	Descentralización: transferencia de poder de decisión y de la autoridad Transferencia de presupuestos y otros recursos Transferencia y desarrollo de las capacidades efectivas de la gestión de los recursos humanos Garantía de efectividad en programas especiales de ampliación o recuperación de cobertura
Eficiencia económica	Cambios en las relaciones de trabajo; contrato y salario Garantía de adecuadas condiciones de trabajo Gestión y sostenibilidad de sistemas de incentivos Regulación de la flexibilidad y gestión de la tercerización Negociación colectiva
Calidad	Cambios positivos en las competencias y calificaciones del personal en relación a los modelos y resultados de la atención Regulación de la oferta educacional superior y técnica basada en evaluación de la calidad de procesos educacionales y de la competencia de los egresados Nuevas formas de organización y división del trabajo. Garantía de desarrollo profesional permanente
Participación	Balance de poder entre personal de salud y usuarios de los servicios Apertura de espacios institucionales sostenibles para la participación de los actores en las decisiones Participación del sector Salud en las decisiones económicas y políticas que lo afectan

Fuente: Elaboración propia inspirada en Dussault & Dubois (2001).

Las nuevas condiciones del desarrollo de los sistemas de salud en lo político, económico e institucional, y los propios objetivos de las reformas le definen un nuevo espacio y le proponen otros objetivos, más ajustados a las condiciones de viabilidad política y económica del contexto, tanto a la función planificadora, como

2 Una breve referencia sobre lo que aquí se entiende por plan es necesaria. El plan, en esta perspectiva, es la indicación sistemática de los resultados que se esperan obtener mediante el desarrollo de estrategias y acciones concretas que realizan los actores involucrados en el desarrollo de los recursos humanos del sistema de salud como un todo. Ejemplos de tales resultados son: el número y perfil competencial de profesionales que se forman en un período dado por las universidades, el tipo y número de plazas de residencia médica, el número y el perfil a ser alcanzado por las auxiliares de enfermería que serán calificadas profesionalmente para mejorar la calidad del cuidado a los pacientes, la composición del equipo de atención primaria en las áreas rurales y la necesidad de las diversas categorías profesionales, así como los incentivos a ser asegurados para su radicación, las formas de pago que se deben implementar para los profesionales, etc. Este plan debe contar con metas establecidas en el corto y mediano plazo y la especificación de indicadores apropiados para evaluar y monitorear los avances y tendencias de las acciones concertadas. El plan, al establecer no sólo metas sino también estrategias, es también el marco para la negociación y concertación con actores y agentes.

al conjunto de intervenciones de alcance estratégico que sustentan la rectoría sectorial en este campo.

El Cuadro 3 muestra de manera sintética las implicaciones de los objetivos sustantivos de las reformas para las intervenciones estratégicas sobre la fuerza de trabajo en salud, ya no enfatizando – como antes se hiciera – los procesos, sino algunos de los objetivos de las reformas, ya que tales objetivos son el marco de las intervenciones estratégicas en el campo de recursos humanos: políticas, planificación, regulación y gestión de los recursos humanos, tanto de manera específica como integrada.

La Planificación como Intervención Estratégica en el Campo de Recursos Humanos

Dos de las críticas más frecuentes en la revisión de la experiencia internacional realizada por los investigadores canadienses, y que son coincidentes con la más limitada experiencia latinoamericana, son la separación de la planificación de los recursos humanos de la planificación de los servicios y de programas de salud, y su focalización en la proyección cuantitativa de las necesidades de la fuerza de trabajo médica.

Entre otras que se revisarán luego, hay dos condiciones básicas subyacentes que explican los problemas indicados. Una es la vigencia entre los años 60 y 80 de paradigmas del desarrollo de recursos humanos y de la atención sanitaria que reducían la producción de servicios a la contribución de la categoría profesional más poderosa en lo político y en lo técnico (la médica), y las posibilidades de su desarrollo a una mayor disponibilidad de dichos profesionales, lo que implicaba la necesidad de conocer su disponibilidad actual, las necesidades futuras para alcanzar una meta estandarizada internacionalmente y el ritmo de la formación por las escuelas de medicina.

La otra es la confianza exagerada en las posibilidades de un plan técnicamente fundamentado, a despecho de una realidad política que negaba con demasiada frecuencia muchos de los supuestos del plan. La planificación era, en la ideología desarrollista del momento, una premisa esencial para la intervención estatal. Ambas condiciones eran expresiones de una ideología superada no sólo por otra ideología con status de “pensamiento único”, sino por los propios cuestionamientos de una realidad mucho más compleja y dinámica de lo que se pensaba.

En el balance de los beneficios y perjuicios que trajeron las reformas, debe contarse entre los primeros la confrontación que debieron procesar el pensamiento y la investigación en el campo de los recursos humanos con la naturaleza del mismo. La complejidad, dinamismo, incertidumbre y complejidad de los problemas del campo del personal debieron ser asumidos y enfrentados como una expresión específica de la realidad, de la condición objetiva de los sistemas de salud como sistemas adaptativos complejos (Plsek & Greenhalgh, 2001).

Esa confrontación con la complejidad y el dinamismo de los procesos de desarrollo de recursos humanos trajo como consecuencia el desarrollo de una visión integrada del campo, que resaltaba no solamente la dimensión de la educación (definitoria de la oferta) sino también la del trabajo (que establece la demanda) y que se realiza en los servicios de salud (con lo que se hace evidente el vínculo orgánico entre ambas dimensiones del sistema), estableciendo entre educación y trabajo una relación tan compleja y conflictiva como las que se establecen al interior del sistema mismo. La visión del campo como lugar complejo se completa con la participación protagónica de actores y la interferencia de otras dimensiones de la realidad. Los actores significativos como sindicatos, las corporaciones profesionales, las universidades y las propias organizaciones de atención se hacen visibles. Del mismo modo, los mercados laborales, los mercados educacionales y otros mercados subsidiarios en la economía política de la atención de la salud y los procesos políticos y sociales de profesionalización se hacen mediadores de la interacción entre lo educativo y lo laboral.

Ese campo complejo se refiere a toda la fuerza de trabajo y no sólo a la fuerza de trabajo médica. Se sabe ahora que la atención de la salud es un producto igualmente complejo al que confluyen múltiples saberes e infinidad de tecnologías, y que también está sujeto a determinaciones tanto políticas y culturales, que se originan precisamente en la acción colectiva de las diversas agrupaciones y ocupaciones que se realizan en ese servicio social tan importante como inasible que es la atención de salud, como determinaciones económicas y técnicas. Ese campo de recursos humanos en sus múltiples dimensiones y mediaciones requiere de intervenciones integrales e integradas para modular su desarrollo. Una constante en la revisión de las experiencias nacionales en el estudio canadiense es la necesidad de que la planificación contribuya a la definición de criterios para el desarrollo de equipos integrados de salud, según niveles de resolutivez y según la naturaleza de las acciones de distintos programas.

De allí que no se pueda más pensar que la planificación “*realmente existente*”, como se le conoció y practicó por treinta años, pueda seguir vigente. La visión de la planificación necesaria se integra en un conjunto de intervenciones de finalidades y posibilidades estratégicas conformadas por la definición de políticas, la acción regulatoria y la gestión de recursos humanos en las organizaciones de salud. Cada una de ellas tiene su propósito específico, su teoría de base y sus propios correlatos metodológicos y prácticos, pero en la práctica cotidiana muchas veces, y cada vez más, es difícil distinguir o separar esas cuatro intervenciones.

No hay posibilidad de que las políticas se ejecuten y generen los resultados buscados sin planes adecuados, que a su vez sólo serán “papel impreso” si no existe la viabilidad que da la masa crítica de poder (político, económico y simbólico) para que se llegue a implementar. En el flexible y desreglado mundo actual, y no sólo en los sistemas de salud, la regulación ejercida por instituciones de la sociedad y el estado es necesaria para que los mercados imperfectos de la salud y la educación no agraven más los ya graves problemas del campo, y una buena parte de las posibilidades del plan se juegan en el campo de la regulación. Se podría decir que,

aquí y ahora, y tal vez más tarde con mayor insistencia, la planificación necesaria requiere de una alta “composición orgánica” de regulación. Un ejemplo de esto son los sistemas de incentivos tan amplia y efectivamente utilizados en Brasil en el programa de salud de la familia (Brasil. Ministerio da Saúde) para alcanzar metas de reclutamiento y desempeño del personal y para sumar a las universidades el trabajo en el desarrollo del nivel básico de salud.

La gestión de recursos humanos y la planificación se basan en los mismos métodos y usan la misma base de información para definir criterios y estimar necesidades de personal de salud para su reclutamiento, distribución y ubicación adecuada. Se podría decir que la gestión tiene un momento de planificación que le es esencial. Lo mismo sucede con la educación del personal, que requiere de la planificación para identificar necesidades de capacitación y definir las competencias a ser desarrolladas en el proceso educativo.

La Viabilidad Política de las Intervenciones

Una de las condiciones evidentes en el análisis de la pasada experiencia de planificación y un requisito cada vez más urgente en las actuales experiencias internacionales tienen que ver con la participación de los actores y la consideración de los intereses de los diversos agentes actuantes en los sistemas de salud en la formulación del plan y de sus estrategias. Como se mencionaba antes, la viabilidad política del plan y la construcción de suficiente poder para ejecutarlo es una condición esencial de esta intervención y de cualquier otra en el campo de los recursos humanos.

Si antes, cuando el protagonismo del estado era decisivo, la viabilidad política fue un elemento crítico, lo es más en el contexto actual de reformas donde la definición política del actor más importante tiende a ser una entre otras, y donde la fragmentación de intereses y el juego competitivo de agentes hacen más compleja y demandante la viabilidad del plan. Si a esto se le agregan los cambios en los sistemas de relaciones laborales que afectan el status social y profesional y las condiciones de desempeño del personal de salud, se comprenderá fácilmente cuan crítica se hace esta condición.

La viabilidad política del plan se asegura, en buena medida, con la participación de actores significativos (es decir, con poder suficiente para hacer fracasar el plan o cuyos intereses pueden ser afectados por ser mayoritarios o por estar ligados a funciones claves del sistema). La experiencia indica que esa participación, siempre que sea posible, debe darse desde la definición de las cuestiones políticas a ser enfrentadas y no sólo en función de cuestiones de estrategia. Por ello, como se describe en la Tabla 2, casi todos los países cuya experiencia se reseña están desarrollando formas participativas de definir planes o intervenciones en recursos humanos, incluyendo a los principales actores y a representantes de las diversas categorías de los trabajadores.

Los procesos de reforma, como se ha mostrado antes, traen consigo importantes cambios en la situación y perspectivas futuras de la fuerza de trabajo.

Las condiciones de la implantación de las reformas (y sus planes, si así se pueden llamar) casi siempre ignoraron los intereses y aspiraciones del personal, del más importante componente de las organizaciones de salud, y no siempre se cuidó de comunicar adecuadamente los fines y razones de los cambios. Por ello, las condiciones de viabilidad de muchos procesos de reforma fueron precarias y, en otros casos, los cambios fueron pasiva o activamente resistidos por los trabajadores de salud. Recientemente, Rígoli y Dussault han analizado la reacción colectiva de los trabajadores ante las reformas en diversos países, mostrando que en todas las latitudes fue activa, aunque con algunas diferencias entre los diversos actores según sus intereses, su posición o su capacidad de negociación. Ello se muestra en el Cuadro 4.

Cuadro 4 – Reacciones colectivas ante las reformas en la década de los 90 en la región de las Américas

País	Categoría de la fuerza de trabajo, Asociación	Acción colectiva
Argentina	Médicos	Demostraciones debido a establecimiento de vinculación entre cambios de estructuras de pago y resultados de la atención de salud
Brasil	Asociación de secretarías de salud de gobiernos municipales	Presión al gobierno por recursos para la contratación de personal y el tratamiento de medidas para enfrentar la flexibilidad de los contratos de trabajo
Canadá (Alberta)	Personal de Lavandería	Movilización contra cortes de presupuesto y reorganización administrativa. Aunque fueron prohibidas las huelgas, fueron suspendidas las actividades de este personal
Canadá (Québec)	Médicos	La congelación de la modalidad de pago por servicios para procedimientos médicos en el proceso de reducción del déficit. Como resultado, fueron reducidas las horas de trabajo disponibles
Chile	Médicos	Demostraciones debido a establecimiento de vinculación entre cambios de estructuras de pago y resultados de la atención de salud
República Dominicana	Médicos	Demostraciones debido a establecimiento de vinculación entre cambios de estructuras de pago y resultados de la atención de salud
Perú	Médicos Enfermeras	Desarrollo de propuestas alternativas a las propuestas de reformas del sistema y movilización por mejoría de condiciones de trabajo
Venezuela	Médicos	Movilización contra propuestas interpretadas como privatización de servicios y contra las malas condiciones de los servicios de salud
Ecuador	Todas las categorías	Movilización contra propuestas interpretadas como privatización de servicios y contra las malas condiciones de los servicios de salud

Fuente: Elaboración en base a Rígoli & Dussault (2002).

Descentralización y Planificación de Recursos Humanos

La experiencia acumulada en planificación de recursos humanos ha sido por lo común desde ámbitos centrales nacionales y pretendiendo un alcance nacional. Ya se ha visto como los viejos problemas de concentración de personal en las grandes ciudades y los desequilibrios entre niveles de atención han persistido y han sido renuentes a políticas e intervenciones basadas en incentivos, si bien esporádicas y de dudosa efectividad. La descentralización de los sistemas de salud, impulsada en casi todos los países, replantea el escenario y las posibilidades para las intervenciones estratégicas. Ha significado importantes cambios, que entrañan nuevas posibilidades y nuevos problemas, para la gestión de recursos humanos, las condiciones de trabajo y las posibilidades de mejores resultados en la atención.

Las implicaciones para la planificación derivan, en teoría, de la necesidad que las entidades descentralizadas y las redes de servicios tienen de asumir su responsabilidad de cubrir y atender a una población asignada, para lo cual han recibido atribuciones, recursos e instrumentos en tanto expresión sanitaria del gobierno local. Si bien la realidad está con frecuencia distante de la teoría y más diversa de lo que siempre se prevé, lo cierto es que, con las nuevas atribuciones y dependiendo del alcance de las mismas, en especial en lo referente a la gestión del personal, se requiere:

- traducir en metas de recursos humanos (no sólo cuantitativas, sino y tal vez más importante, en términos de competencias y resultados de desempeño, como calidad y productividad) los objetivos sanitarios del gobierno local;
- definir las necesidades de personal en los diversos niveles y servicios, para alcanzar los objetivos del gobierno local en salud y planificar las acciones para lograrlo;
- generar intervenciones para resolver los desequilibrios existentes y que provienen de la estructura de los servicios, pero también de la inefectividad y limitaciones de la gestión centralizada, sus rigideces normativas, escasez de recursos y también de las distorsiones del juego político local.

Ello significa movilizar poder, recursos financieros y técnicos para asegurar en el mercado local el personal que se forma en las instituciones autóctonas y está disponible. Del mismo modo, se deberá competir en mercados de alcance nacional por recursos escasos pero necesarios (determinadas categorías de especialistas), así como exigir, tarea casi permanente, por los recursos financieros asignados y por mayor flexibilidad normativa para intervenir sobre problemas que impiden los cambios y avances.

Significa también coordinar y trabajar con las instituciones formadoras de nivel local para reorientar los perfiles de formación, modular los flujos de producción y utilizar las posibilidades locales para el desarrollo continuo de las competencias del personal de los servicios. Ejemplos de lo último son los Polos de Capacitación del Programa de Salud de la Familia, en Brasil (Davini, Nervi & Roschke, 2002).

Una planificación de recursos humanos efectiva a nivel local, como la que tratan de desarrollar las experiencias de Australia, Reino Unido, Estados Unidos, Canadá y también Brasil, requiere contar con una clara política de recursos humanos que se define por y para la vigencia de un modelo de atención definido, con una capacidad técnica para usar métodos apropiados según sean necesarios, recursos financieros para generar incentivos y participación de los actores significativos.

¿Quién Planifica?

El actual escenario sectorial en general y del campo de recursos humanos se caracteriza por su complejidad, fragmentación y conflicto de intereses, de estrategias y de acciones de los agentes sectoriales. En sociedades democráticas de economía de mercado, el rol del estado se ha redefinido y, a pesar de que en las reformas de primera generación fuera casi descartado como agente clave del desarrollo sanitario y de la atención a la población, ahora, reconocidas las limitaciones e imperfecciones de los mercados en las áreas sociales, se le reconoce un rol protagónico, garante y promotor, un rol de rectoría sectorial.

En la compleja e inestable realidad regional, el estado nacional, con todas las mediaciones que le impone el orden global vigente, aunque ya no es el “único planificador”, sí es el más importante en la medida que posee un mandato y una legitimidad democráticos, y es el promotor y garante de las políticas públicas que hacen viable e instrumentan el proyecto político elegido por la mayoría de la población.

El Cuadro 5 intenta reflejar esa complejidad. Muestra los principales agentes del campo de recursos humanos (hay otros que no poseen tanta significación) y algunos rasgos de sus respectivos proyectos políticos y estrategias de acción.

El estado deberá generar condiciones y establecer el escenario y las reglas del juego, para modular la dinámica de intereses y las acciones colectivas de los diversos actores, tratando de orientarlas hacia el logro de objetivos de bien común y no solamente de beneficio de sectores sociales (o económicos) representados por los partidos y por los grupos de poder o corporativos con influencia en el gobierno de turno. Es decir, hay una acción importante de construcción de instituciones legítimas, estables y efectivas para la acción de gobierno en salud. En esa institucionalidad para la gobernabilidad se ubican, y se hacen efectivas, las intervenciones estratégicas en el sector salud y en el campo de recursos humanos.

La función de rectoría implica instituciones (normas, valores, pautas legítimas y aceptadas) y organizaciones (capacidades técnicas y políticas y sus efectividades resultantes) activas y efectivas en dos dimensiones:

- una dimensión específica derivada de la naturaleza del campo y que se refiere a la responsabilidad y capacidad de generar políticas, de planificar, regular y gestionar los recursos humanos; de orientar hacia objetivos de equidad, efectividad y calidad de la atención, la educación y el desempeño laboral en Salud;
- una dimensión genérica a toda acción política que implica sumar los actores a un proyecto de bien común, legítimo y democrático. Y para ello

requiere tener capacidad de orientar, convocar, negociar, concertar y controlar actores y agentes involucrados. Debe concertar planes y subordinarlos al plan que instrumenta la política pública. Debe hacer factible, viable y sostenible el proyecto político.

Cuadro 5 – La complejidad política del campo de recursos humanos: actores y proyectos

Actores	Proyecto
Estado	Objetivos de política pública Tensiones entre roles estatales: rol subsidiario vs rol garante del derecho ciudadano universal Logro de objetivos del sistema de salud. Rectoría sectorial: políticas de recursos humanos, planificación, regulación, gestión Funciones esenciales de la Salud Pública RRHH: "principal componente de la atención" Principal empleador Regulación de la educación, el desempeño, las profesiones y los mercados de trabajo
Estado Gobierno Local	Descentralización le entrega responsabilidades jurisdiccionales de gobierno para cobertura de salud de poblaciones RRHH: "principal componente de la atención" Importante empleador Regulación jurisdiccional de la educación, el desempeño, las profesiones y los mercados de trabajo
Corporaciones profesionales	Defensa de intereses corporativos de asociaciones de profesionales legitimados por el monopolio de capital simbólico: saberes, tecnología Soberanía y autonomía de la profesión Participación, negociación, presión corporativa
Sindicatos	Defensa de intereses económicos de los trabajadores: salario, condiciones de trabajo Participación, negociación, presión social
Agentes económicos ligados a mercados de la atención	Objetivos económicos de ganancia en la llamada "industria" de la atención de salud Estrategias de mercado y gestión empresarial Captar clientela: profesionales, pacientes, asegurados Influir sobre mercados de trabajo
Ciudadanos	Sujetos de derecho a la salud: equidad, acceso, calidad Gran diversidad de intereses y expresiones organizacionales Expresión de sus intereses intermediados por partidos, asociaciones y diversas formas sociales. No siempre presentes en los espacios nacionales de participación. Mayores posibilidades a nivel local.
Agentes políticos: parlamentarios	Responsables de formalizar en instituciones legales y jurídicas las políticas Intermediarios interesados de otros actores y agentes del campo, incluyendo a la población
Actores educacionales	Formación de profesionales y técnicos Desarrollo de conocimiento Autonomía institucional, fortalecimiento institucional y sobrevivencia en entorno poco regulado y muy competitivo

Fuente: OPS/OMS (2002).

La Cuestión de la Información para la Planificación e las Decisiones

El nuevo contexto de planificación (como intervención estratégica y muy vinculada a la gestión, descentralizada y con participación de múltiples actores) requiere de un tipo específico de información que le de sustento. Sin embargo, en esta situación la información sistematizada y amplia es un requisito necesario pero no suficiente (Bach, 2001) para crear una base común de evidencias que permita a los actores planificar sobre bases coherentes. Si, por ejemplo, las tendencias evidenciadas muestran que la cantidad total de médicos por habitante crece en forma desproporcionada, esto debe ser una indicación para las Universidades, los colegios profesionales y los empleadores de que algunas acciones deben ser programadas. Si los datos del sistema de información señalan que la concentración de especialistas o de enfermeras en las capitales o grandes ciudades sigue aumentando en desmedro de las zonas alejadas, los sistemas de servicios se verán obligados a planificar programas de incentivos a mediano plazo o a diseñar perfiles de carreras funcionales que reviertan esta tendencia.

Por esta razón, disponer de una plataforma de información cobra mayor importancia, dadas las características de mercado imperfecto de este recurso, que necesita la implementación de un sistema emisor de señales muy poderoso para no oscilar erráticamente (y muchas veces simultáneamente) de la abundancia a la escasez (Center for International Health Information, 2000; Zurn, 2002), como ha ocurrido frecuentemente.

Esta plataforma debería estar constituida por un set de datos básicos, mantenidos por información de fuentes primarias regulares (registros permanentes, fuentes estadísticas) (Brito & Granda, 2000), que sea al mismo tiempo alimentada y usada por los actores principales del sistema.

Existe una interacción permanente entre los principales objetivos de la planificación y las necesidades de información. Un problema detectado a priori precisa datos para ser cuantificado, pero a la inversa, un relevamiento de información amplio puede cuantificar problemas que hasta el momento no habían sido considerados prioritarios. Por esta razón, los sistemas de información precisan estar orientados a problemas, pero recoger en forma permanente datos básicos de tendencias generales que monitoreen el panorama y adviertan de futuros desequilibrios.

La extensión de las bases de datos informatizadas para el pago de salarios, cobro de matrículas, registro de actividad profesional y otros procedimientos administrativos, así como la extensión del uso de las nuevas clasificaciones ocupacionales en los censos y encuestas nacionales, permiten suponer que un adecuado uso de estas fuentes de datos permitirá gradualmente la construcción de “almacenes de datos” (datawarehousing), tal como los construidos por la Secretaría de Salud de México, el Consejo Nacional de Recursos Humanos de Ecuador o la Universidad de Antioquia en Colombia. Estas bases de datos están disponibles a través de internet y constituyen la base de trabajo de los Observatorios de Recursos Humanos en esos países.

Estos sistemas de información toman en cuenta características específicas del recurso humano, tales como:

- La brecha de tiempo entre el proceso de toma de decisiones y el logro de los resultados;
- El creciente entrecruzamiento entre las diferentes funciones profesionales y sus consecuencias;
- Las implicancias de género en la fuerza laboral, sus características, debilidades y oportunidades;
- Los límites imprecisos del conocimiento de la relación entre las necesidades de salud, las necesidades de servicios de salud y los recursos humanos exigidos para satisfacerlas (Dussalt & Dubois, 2002).

La característica de plataforma de información compartida es de suma importancia. El contexto antes descrito muestra un proceso de planificación imbricado en la gestión y marcado por la descentralización y el poder compartido. El esfuerzo de los sistemas de información es apoyar este proceso con la difusión amplia de datos básicos, intentando crear una base de evidencias que sustente la interacción de valores e intereses (Muir-Gray, 1998) de los actores educativos, empleadores, sindicales y de gobierno.

La Cuestión Metodológica

Existe consenso sobre la necesidad de que la planificación necesaria en el escenario actual requiere del uso de un amplio espectro de metodologías combinadas en la medida de las necesidades y problemas a resolver. No obstante, en la medida en que subsisten algunos cuestionamientos sobre la idoneidad de algunas metodologías cuantitativas usadas ampliamente en la experiencia previa, la cuestión de la pertinencia de los métodos requiere un análisis cuidadoso.

Los métodos para determinación de oferta, necesidad y demanda de la fuerza de trabajo, a la luz de la experiencia internacional, tienen un conjunto de problemas (Edmonson, 1999), entre los cuales se deben señalar:

- El marco implícito de utilización de estos métodos ha sido una visión de futuro susceptible de ser previsto por medio de la extrapolación de los rasgos del presente;
- Otra visión que se demostró errónea suponía que los criterios de calidad técnica del plan y la exactitud de sus métodos eran condición necesaria y suficiente de factibilidad del plan. Las variables políticas (poder) y económicas (recursos), aunque previstas en el modelo, fueron ignoradas en la práctica;
- Dichos métodos fueron utilizados bajo un criterio de que la planificación era una función aislada, separada del resto de la gestión de servicios de salud. Por lo común, la planificación de recursos humanos se realizaba después de completada la planificación de servicios. Con ello, el cálculo de necesidades y su

proyección tenía un fin en sí mismo y no se orientaba a contribuir al logro de objetivos de los servicios;

- Existió, y aún existe, una tendencia a la aplicación acrítica y estricta de normas y estándares internacionales que, aunque fueron desarrollados como simples aproximaciones o criterios indicativos y flexibles, fueron (y son) usados casi como dogmas.

Con la experiencia acumulada, estas limitaciones y supuestos erróneos están siendo superados. Con las reservas y garantías epistemológicas y metodológicas del caso, es posible y necesario seguir usando dichos métodos cuantitativos de manera flexible e indicativa. Es de resaltar que, ante las limitaciones de información existentes para usar métodos de mayor sofisticación, muchas veces métodos de cálculo de necesidades ayudan mucho a perfilar mejor una intervención en la gestión de recursos humanos en los servicios de salud a nivel local.

Los métodos de estimación de necesidades de personal basados en la opinión de expertos, por los cuales se definía un número de profesionales (por lo general médicos) necesarios para resolver un determinado problema o tratar una determinada condición patológica, se basaban en un criterio de eficacia de las intervenciones que luego se demostró dudosa o errónea. Sin embargo, ahora se utilizan estimaciones de la utilización actual de servicios como un indicador proxy de requerimientos de profesionales de salud (Health Canada. 2002).

Estas estimaciones pueden ser de mucha utilidad siempre y cuando se ajusten al ritmo de la actualización permanente de la información y se tomen en consideración las diversas modalidades de comportamiento de los profesionales según las modalidades de pago (captación o pago por servicios). Es necesario que la utilización de métodos para estimar necesidades y demanda basados en utilización de servicios considere los cambios en las modalidades de gestión de servicios y la expansión de los sistemas de atención gerenciada, los fenómenos de elasticidad de la práctica médica (o inducción de la demanda), la introducción de formas de trabajo en equipo y, en algunos países, la utilización de técnicos, asistentes, auxiliares o agentes comunitarios.

Parecen ser promisorios los resultados que se vienen obteniendo con la utilización de métodos de benchmarking, basados en una experiencia exitosa (asumida como modelo) de sistema local o regional, hospital, red de servicios o plan de salud. Esta experiencia proporciona orientación en base a resultados reales y posibles de ser alcanzados. Sin embargo, debe considerarse que tales experiencias pueden tener sus limitaciones, ya que las condiciones de acceso, cobertura, equidad, pueden no ser equivalentes o extrapolables. Además, es necesario asegurar información disponible (costos, uso, cobertura), muchas veces muy superior a la que de manera rutinaria se cuenta en los servicios, para la toma de decisiones (O'Brien-Pallas, 2002).

Actualmente, se usan con frecuencia técnicas para establecer dotación de personal en instituciones de salud, basadas en el análisis de cargas de trabajo (Shipp, 1998). En general, se estima la dedicación profesional y no profesional en horas de acuerdo con la demanda estadística y la productividad de cada unidad de producción de la institución. Los parámetros (indicadores óptimos) para dotación,

definidos por la comparación de estos indicadores de demanda vs. productividad, son revisados según el criterio de expertos en los niveles deseables de composición y distribución de personal, respecto al padrón de servicio a ser ofertado. Normalmente estos indicadores constituyen un referente que permanentemente debe ser ajustado según las necesidades de la organización, para ajustarse a las exigencias de la oferta y demanda de servicios de salud tanto en aspectos de cobertura como en la complejidad de servicios a ser ofertados.

A pesar de las dudas que existen en cuanto a la aplicación de normas de dotación, es importante subrayar la necesidad de establecer una propuesta para la composición del equipo humano de una institución de salud y sobre todo de considerar la dotación de personal como una tarea de permanente ajuste con la política de la organización.

Conclusión Provisional y Síntesis

A pesar de la escasa vigencia de la planificación de recursos humanos en América Latina durante la última década, a diferencia de otros países de mayor desarrollo relativo que si la usaron, la situación tiende a cambiar, en la medida que las cuestiones de recursos humanos cobran mayor relevancia en las agendas de cambio sectorial. Existe una amplia experiencia que ha sido recuperada y analizada recientemente y que permite reubicar con mejores evidencias el papel de esta importante intervención estratégica para el desarrollo de los recursos humanos de salud.

Luego de una década de ausencia de políticas explícitas de recursos humanos, de vaciamiento técnico y de escasa prioridad política de las instancias responsables de recursos humanos en muchos gobiernos, una nueva agenda de problemas se ha configurado, en parte por la persistencia de viejos problemas estructurales al sector y en parte por las nuevas condiciones, situaciones y objetivos impuestos por los cambios de reforma sectorial. En ese contexto, se requiere fortalecer la función rectora del estado en este campo para ajustar los procesos de recursos humanos a los objetivos trascendentes de las reformas y para enfrentar la nueva y compleja agenda.

Es la hora de las políticas de recursos humanos, de planes y proyectos que permitan su ejecución y realización, de regulaciones modernas y efectivas que modulen los procesos esenciales (educación y desempeño) y los comportamientos de agentes y actores en un entorno mercantil imperfecto que promueve la flexibilidad del trabajo y permite la precarización del empleo y de la educación. Es la hora de un cambio radical en los modelos y prácticas de la gestión de recursos humanos para, al mismo tiempo que aseguren objetivos de calidad, productividad y efectividad de la atención, asegurar también buenas condiciones y trabajo decente.

Esta es la esencia de la función rectora que se hace efectiva mediante un conjunto de intervenciones estratégicas integradas. Es decir, en esta hora, la planificación de recursos humanos es una función estratégica en apoyo a las

políticas y a la gestión de recursos humanos y que se combina y potencia con los marcos y mecanismos de regulación. En ese camino se ubica el mandato recibido por el Programa de Desarrollo de Recursos Humanos de la OPS del 43° Consejo Directivo de la OPS-OMS, en septiembre del 2001 (que se refleja en la resolución CE128.R3). Por primera vez en 20 años, el Consejo se refiere de manera explícita y amplia al tema de Políticas y Gestión de Recursos Humanos en Salud, convocando el interés y la voluntad política sectoriales para dar mayor prioridad a las políticas de recursos humanos en general y, de manera específica, impulsar un mayor desarrollo y fortalecimiento de la gestión de recursos humanos en los servicios de salud. Se insta además a promover la participación multiprofesional y a impulsar activamente la iniciativa del Observatorio de Recursos Humanos, facilitando la participación de las dirigencias sectoriales y otros actores sociales relevantes alrededor del tema.

En base a las experiencias acumuladas, el análisis de los procesos existentes y la consideración de los elementos contextuales derivados de los cambios ocurridos en los sistemas de salud, es necesario y posible perfilar una planificación necesaria a la nueva función de rectoría, indispensable como criterio de gobernabilidad sectorial y de orientación estratégica del campo de recursos humanos de salud. El artículo, que en buena parte es una reflexión de la práctica de la cooperación técnica en el campo de recursos humanos en América latina, presenta una serie de elementos basados en la experiencia y la literatura existente para contribuir a perfilar esa necesaria planificación estratégica de recursos humanos de salud.

Bibliografía

- BACH, S. *HR and new approaches to public sector management: improving HRM capacity*. World Health Organization Workshop on Global Health Workforce Strategy, Annecy, France, 2001. Available from World Wide Web: <<http://www.who.int/health-services-delivery/human/workforce/papers/HR.pdf>>.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Programa de saúde da família*. Disponível na Internet: <<http://portalweb01.saude.gov.br/pits>> <<http://saude.gov.br/psf/programa/index.asp>>.
- BRITO, P. Impacto de las reformas del sector de la salud sobre los recursos humanos y la gestión laboral. *Revista Panamericana de Salud Pública*, [s.l.], v. 8, p. 43-54, 2000.
- BRITO, P., GRANDA, E. Observatorio de los recursos humanos en salud. Quito: Organización Panamericana de la Salud, 2000. Disponível na Internet: <<http://observatoriorh.tripod.com/observatorio-rh/id1.html>>.
- CENTER FOR INTERNATIONAL HEALTH INFORMATION. *From perceived surplus to perceived shortage: Canada's Physician Workforce*. [s.l.], 2000. Available from Internet: <<http://ecom.cihi.ca/ec/product.asp?dep%5Fid=9&sku=CANPHYWORKFORCE>>.
- DAVINI, M. C., NERVI, L., ROSCHKE, M. A. *Capacitación del personal de los servicios de salud*. Proyectos relacionados con los procesos de reforma sectorial. [s.l.]: Organización Panamericana de la Salud, 2002. (Serie Observatorio de Recursos Humanos de Salud, 3).

- DEPARTMENT OF HEALTH. *Working Together. Securing a Quality Workforce for the NHS.* [s.l.], 1998. Available from World Wide Web: <<http://www.open.gov.uk.doh/newnhs/hustrat.html.September>>.
- DUSSAULT, G., DUBOIS, C. A. *Human resources for health policies: a critical component in health services.* [s.l.], 2002. (Comunicación personal).
- _____. *Human resources for health policies: a crucial link in health policies.* [s.l.: s.n.], 2001. (Working paper).
- EDMONSON, J. Integrated workforce planning: the acid test for the education commissioning consortia? *Journal of Management in Medicine*, [s.l.], v.13, n.1, p. 33-40, 1999.
- HALL, T. L., MEJÍA, A. *Planificación del personal de salud: principios, métodos, problemas.* Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 1979.
- HEALTH CANADA. Steady State. Finding a sustainable balance point. *International Review of Health Workforce Planning*, Ottawa, Canada, 2002.
- MUIR-GRAY, J. *Evidence-based healthcare.* Glasgow: Churchill Livingstone, 1998.
- O'BRIEN-PALLAS, L. et al. *Integrating workforce planning, human resources, and service planning.* A report prepared for the World Health Organization, Oct. 2002.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Desarrollo y fortalecimiento de la gestión de los recursos humanos en el sector salud.* Washington, DC, 2001. (Documento Oficial CD43-9, 43° Consejo Directivo de la OPS).
- PLSEK, P., GREENHALGH, T. Complexity science: the challenge of complexity in health care. *British Medical Journal*, [s.l.], n.323, p. 625-628, 2001.
- RÍGOLI, F., DUSSAULT, G. *The interface between sector reform and human resources in health.* [s.l.], 2002. (Comunicación personal).
- ROVERE, M. *Planificación estratégica de recursos humanos en salud.* Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud, 1993. (Serie Desarrollo de Recursos Humanos, 96).
- SHIPP, P. *Workload indicators for staffing needs: a manual for implementation.* Geneva: World Health Organization. Division of Human Resources Development and Capacity Building, 1998.
- SOTERAS, L. et al. Planificación de los recursos humanos para la salud. *Educación Médica y Salud*, Washington, DC, v. 27, p. 160-177, 1993.
- ZURN, P. et al. *Imbalances in the health workforce: briefing paper.* [s.l.], 2002. Available from World Wide Web: <<http://www.who.int/health-services-delivery/imbalances/imbalances.pdf>>.

3.2

MERCADO DE TRABALHO E REGULAÇÃO DAS PROFISSÕES DE SAÚDE

*Sábado Nicolau Girardi
Cristiana Leite Carvalho*

Reconfigurações Setoriais, Institucionais e Ocupacionais dos Mercados de Trabalho em Saúde no Brasil

As intensas mudanças tecnológicas, organizacionais, políticas e institucionais que acompanharam a municipalização da saúde, com a implementação do SUS, na década de noventa, e a expansão dos setores de mercado no interior da assim chamada medicina supletiva repercutiram de forma significativa não somente sobre as dimensões ocupacionais do setor saúde, alterando seu peso em relação aos demais setores da economia, como sobre a distribuição institucional da força de trabalho setorial.

O peso do emprego e das rendas salariais geradas em atividades de saúde cresceu ao longo da década e hoje representa mais de 10% do emprego e da massa salarial gerados na economia formal brasileira. Nos dias de hoje, um pouco mais de 16% dos empregos regulamentados vinculados ao setor público municipal e 12% do emprego público dos estados e da União estão na área da saúde. Concomitantemente, cresceu o peso dos gastos com saúde na composição do gasto público vis-à-vis a importância do componente *pessoal*. Em 2000, os gastos municipais com saúde giraram em torno dos 18% da receita orçamentária dos municípios, em média, alcançando a cifra dos 25% nos municípios com mais de 500 mil habitantes. Para o mesmo ano, na composição dos gastos municipais com saúde, 40% se destinaram ao pagamento de despesas com pessoal e encargos e cerca de 27% ao pagamento de serviços de terceiros. A questão do emprego em saúde também fez crescer sua importância para o conjunto da atividade privada. No setor privado sem fins lucrativos (o assim chamado terceiro setor), o emprego em saúde representa 16,4% de seus empregos e quase 3% do emprego formal em atividades privadas lucrativas está na área da saúde.

Essas mudanças ocorreram num contexto marcado por dois movimentos aparentemente contraditórios na arena da regulação das relações de trabalho: a flexibilização do emprego na economia privada e a adoção das normas do Regime Jurídico Único na economia pública. Esta última exerceu seu impacto mais fortemente na primeira metade da década de noventa, expressando-se

principalmente pela conversão de vínculos celetistas em vínculos estatutários. No mais, o principal impacto da ação conjunta dessas estratégias parece ter sido o crescimento da terceirização e das diversas formas da ocupação não-regulamentada no setor. Mais recentemente, a regulamentação dos seguros de saúde, as novas estratégias de qualificação profissional e regulamentação profissional, e a adoção de políticas de responsabilização pelos gestores públicos, a exemplo da Lei de Responsabilidade Fiscal, se somaram a essas regras, produzindo novas configurações sobre o mercado de trabalho do setor e das profissões de saúde. Um dos resultados dessa mudança foi o aumento dos conflitos distributivos, entre setores e esferas de governo, segmentos do mercado e corporações profissionais, no que tange à formulação e implementação das políticas públicas para o setor saúde em nosso país.

Dessa forma, o conhecimento das dimensões e das configurações peculiares aos mercados de trabalho da área da saúde, assim como dos fatores que determinam sua dinâmica em curto e médio prazos, é de fundamental importância para o desenho e a implementação das políticas públicas para o setor saúde em nosso país, particularmente no campo dos Recursos Humanos.

Apesar disso – e pode-se dizer que este é um ponto praticamente consensual entre os que trabalham na área –, é relativamente baixo o reconhecimento dessa instrumentalidade do conhecimento sobre os mercados de trabalho na formulação das políticas para o setor. Em parte, isso pode ser atribuído aos diferentes ritmos entre a produção de conhecimento na área e a tomada das decisões políticas. A insuficiente apropriação de estatísticas gerais do mercado de trabalho e do emprego no campo da saúde, a irregularidade na produção de estatísticas específicas sobre o trabalho e as condições do emprego no setor, a escala reduzida de estudos e pesquisas específicos sobre o tema, nem sempre generalizáveis para o âmbito nacional, e a relativa escassez de recursos humanos com especialização nos temas do mercado de trabalho em saúde figuram entre os fatores que contribuem para esse descompasso. Por outro lado, a relativa falta de recursos para a realização de investigações de profundidade em âmbito nacional tem limitado as análises quase exclusivamente à interpretação de dados existentes em fontes estatísticas, com categorias e recortes setoriais e ocupacionais previamente definidos, nem sempre completamente adequados para captar as mudanças e reconfigurações dos mercados de trabalho em saúde.

Durante os anos 70 e 80, o inquérito da Assistência Médico-Sanitária (AMS) do IBGE, uma estatística que toma apenas os estabelecimentos de serviços do núcleo do setor saúde, foi a base de dados a que mais se recorreu para avaliar a evolução e a composição do emprego em saúde. Surgiu daí uma forte tendência a limitar o conceito de emprego em saúde ao campo da demanda por trabalho em estabelecimentos de saúde. Não se quer dizer com isso que se devam desprezar tais análises ou descartar a AMS como fonte de dados sobre o mercado de trabalho em saúde. Pelo contrário, até hoje, essa é a melhor fonte de dados sobre demanda efetiva de postos de trabalho em estabelecimentos do núcleo do setor saúde (rede de estabelecimentos assistenciais com e sem internação e serviços de diagnósticos).

As análises do trabalho em saúde tomaram uma orientação distinta a partir de meados da década de noventa, quando os dados da Relação Anual de Informações Sociais e do Cadastro Geral de Empregados e Desempregados (RAIS e CAGED), do Ministério do Trabalho e Emprego, passaram a ser mais utilizados. O uso dessas fontes – em que pese sua limitação ao segmento formal do mercado de trabalhadores com vínculos empregatícios regulamentados – permitiu que as análises do mercado de trabalho do setor e das ocupações fossem redescritas, em mais profundidade, sob três “novas” dimensões da maior importância para a perspectiva do desenho e implementação das políticas públicas para os mercados de trabalho: a dimensão econômico-setorial, a dimensão jurídico-institucional e a dimensão do mercado das profissões e ocupações propriamente ditas. Além disso, o uso dessas fontes permitiu um acompanhamento mais conjuntural dos fluxos de entradas e saídas e da evolução dos salários nos mercados formais da saúde.

Entretanto, algumas das faces mais expressivas da mudança estrutural nas configurações dos mercados de trabalho em saúde ensaiadas ao longo da década de noventa – a expansão das atividades econômicas e da ocupação informal no setor saúde, por um lado, e a precariedade das relações de trabalho no interior dos mercados formais – escapam aos registros da RAIS. Da mesma forma, lhe escapam os movimentos de terceirização e da flexibilização das relações de produção e serviços no setor. A realização, nos anos mais recentes, de *surveys* não-convencionais, a exemplo das pesquisas por ETAC (Entrevistas Telefônicas Assistidas por Computador), e as técnicas de sondagem de sinais de mercado têm permitido a captação de parte desses movimentos, mas os resultados são ainda muito tímidos e as análises limitadas pelo desenvolvimento ainda insuficiente destas metodologias e pelo nível insatisfatório da divulgação e crítica dos dados.

Neste capítulo, analisamos a evolução e estrutura dos mercados de trabalho em saúde no Brasil, no período recente, sondando três de suas principais dimensões: a dimensão econômico-setorial, a dimensão jurídico-institucional e a do mercado das profissões e ocupações propriamente ditas. Tomaremos as informações da Relação Anual de Informações Sociais – RAIS – do Ministério do Trabalho e Emprego como fonte básica de referência. Os dados da RAIS se reportam ao comportamento do segmento formal da economia e, dentro deste, aos vínculos de emprego assalariado regulamentados. De maneira complementar, serão utilizados dados de fontes alternativas, num esforço para captar os movimentos nos demais segmentos do mercado de trabalho não cobertos pela RAIS.

Aspectos Metodológicos e Conceituais

O tipo de informação propiciado pela RAIS permite que se busque desenvolver um conceito ampliado de emprego em saúde, que engloba duas referências mais ou menos inovadoras na área: (i) o conceito **de emprego no macrossetor (ou complexo econômico da saúde)** e (ii) a **noção de emprego na função saúde**. O fato de que a RAIS recolha informações sobre empregos em estabelecimentos pertencentes à totalidade dos setores e ramos de atividade da economia torna possível analisar a dimensão e a composição do emprego em saúde de tal modo que esta não mais esteja restrita à demanda por trabalhadores em

estabelecimentos de saúde, mas apareça como resultante de um campo amplo de atividades, denominado por Nogueira & Girardi (1999) como função saúde. O conjunto das atividades econômicas que estão comprometidas com a função saúde constitui o macrossetor saúde ou a malha da saúde, cuja composição envolve os diversos tipos de prestadores de serviços de saúde, mas se estende também a muitos ramos da indústria, do comércio e dos serviços em geral.¹

A análise dos mercados de trabalho em termos macrossetoriais mostra-se especialmente útil para efeito de comparações entre todos os setores e especializações funcionais da economia da saúde, no que tange à capacidade de geração de empregos, níveis de salários, massa de rendimentos gerados, perfil da força de trabalho empregada etc. A informação propiciada pela RAIS permite ainda que a análise se desdobre até o nível de atividades e segmentos funcionais bem específicos, discriminando, por exemplo, o emprego em atividades hospitalares, em clínicas e estabelecimentos ambulatoriais, em farmácias e drogarias, em serviços de apoio a diagnóstico e terapia etc. Esse tipo de análise nos permite uma visão da composição do emprego em cada uma e no conjunto dessas atividades e possibilita que sejam feitas inferências sobre o impacto do investimento num setor de atividade na geração de emprego nas atividades econômicas que compõem direta e indiretamente o setor.²

Tomando as classes de atividade econômica da Classificação Nacional de Atividades Econômicas (CNAE 95), definimos o macrossetor saúde pelas seguintes classes de atividades:

Atividades do núcleo de serviços de saúde – serviços produzidos em estabelecimentos especificamente voltados para a manutenção e recuperação da saúde, públicos e privados, constituídos pelas seguintes classes CNAE: atendimento hospitalar, atendimento de urgência e emergência, atenção ambulatorial (médica e odontológica e serviços de imunização), serviços de complementação diagnóstica e terapêutica, serviços de outros profissionais da área de saúde (enfermagem, nutrição, fisioterapia e terapia ocupacional, psicologia, fonoaudiologia), outras atividades relacionadas com serviços de saúde (terapias alternativas e práticas médicas complementares, bancos de órgãos, bancos de leite etc.), atividades de manutenção físico-corporal, serviços veterinários. Incluem-se no núcleo do setor saúde os serviços de saúde da administração pública direta e indireta, das esferas federal, estadual e municipal;

Prestação de serviços de saúde realizada em estabelecimentos classificados em outro tipo de atividade econômica (identificável através do emprego de profissionais de saúde);

Atividades estratégicas de P&D e ensino de saúde (identificáveis através do emprego de profissionais de saúde);

1 A idéia de macrossetor guarda uma forte analogia com o conceito de complexo médico-industrial, tal qual desenvolvido nos anos setenta, particularmente por pesquisadores da Universidade de Campinas. Uma formulação original do conceito pode ser encontrada em Zayen et al. (1995).

2 Num pronunciamento recente à imprensa, o Ministro da Saúde, comentando o acentuado crescimento do setor de equipamentos médicos nos últimos anos, exemplificava tal conexão quando relacionava este crescimento à maturação dos investimentos realizados nas áreas de assistência à saúde, fomentados pelo REFORSUS.

Atividades industriais produtoras de insumos para os serviços de saúde, constituídas pelas seguintes classes: fabricação de aparelhos e instrumentos para uso médico, fabricação de farmoquímicos, fabricação de medicamentos para uso humano, fabricação de medicamentos para uso veterinário, fabricação de materiais para uso médico-hospitalar;

Atividades de comercialização (atacadista e varejista) de produtos farmacêuticos e de equipamentos médico-hospitalares, ortopédicos e odontológicos;

Atividades financeiras vinculadas à saúde (operadoras de planos e seguros de saúde);

Atividades de saneamento do meio – captação de águas, limpeza urbana e esgoto.

Para algumas dessas classes de atividade, o cômputo dos empregos relacionados à função saúde é de extração direta; para outras, contudo, ele tem que ser estimado. O Quadro 1 sintetiza os critérios metodológicos que adotamos para efetivar o cálculo dos componentes do emprego em saúde de acordo com os dados disponíveis na RAIS.

Quadro 1 – Bases Metodológicas do Cálculo de Emprego em Saúde com Base na RAIS

Variável de Atividade Econômica (Classe CNAE 95)	Estabelecimentos Incluídos na Variável	Utilidade da Variável CNAE	Cálculo dos Empregos Relacionados com a Função Saúde
Serviços Médicos, Odontológicos e Veterinários (MED ODON VET)	Todos os estabelecimentos de saúde de natureza privada e uma fração dos públicos	Identifica estabelecimentos que realizam serviços ambulatoriais, hospitalares, de diagnóstico etc.	Somatória dos empregos das classes do subsetor
Serviços de Administração Pública Direta e Autárquica (ADM PÚBLICA)	Maioria dos estabelecimentos de saúde de natureza pública	Não permite distinguir quais estabelecimentos de serviços de saúde são pertencentes à administração pública	Estimado
Outros Subsetores com Prestação de Serviços de Saúde às Pessoas	Estabelecimentos gerais de Indústria, Comércio, Ensino, Serviços etc.	Não permite distinguir quais são os estabelecimentos que prestam serviços de saúde às pessoas	Uso de proxy baseada no número de empregos de categorias ocupacionais típicas da saúde
Classes constitutivas do macrossetor	Estabelecimentos que produzem outros insumos e serviços relacionados especificamente com a função saúde.	Permite identificar os estabelecimentos de relevância para a função saúde	Somatória dos empregos do subsetor

Fonte: Modificado de Nogueira & Girardi (1999).

A maior parte dos estabelecimentos de serviços de saúde da administração pública e respectivos estoques de empregos não são diretamente identificáveis. A CNAE desses estabelecimentos os classifica somente como serviços de administração pública. Apenas uma pequena parcela, representada por hospitais de algumas autarquias e fundações públicas, encontra-se classificada como atividades de prestação de serviços de saúde (na classes constitutivas do subsetor MED ODONT VET). Isso faz com que o emprego público em estabelecimentos de prestação de serviços de saúde tenha que ser estimado. Dado que os hospitais e centros de saúde costumam utilizar um contingente muito grande de pessoal técnico-administrativo e de serviços gerais, a *proxy* da classificação ocupacional, que contabiliza apenas as categorias típicas da saúde, deve ser descartada como alternativa metodológica. Por conseguinte, esse cálculo está na dependência do desenvolvimento e aplicação de métodos estimativos. O cálculo realizado neste estudo levou em conta o número de empregados em ocupações de saúde em cada uma das esferas do setor público. A esses acrescentou-se um montante correspondente à taxa de participação dos empregos administrativos e de serviços gerais em cada setor, calculada a partir dos estabelecimentos de saúde identificados como pertencentes ao setor público em cada uma das esferas, além destes, evidentemente.

A segunda dimensão analítica dos mercados de trabalho permitida pelos dados da RAIS é a de setores institucionais. A análise dos mercados de trabalho desde o recorte institucional focaliza a natureza jurídica dos agentes empregadores que tomam as decisões econômicas, tanto com respeito a investimentos em fatores de capital e trabalho (incluídas as políticas de admissão e desligamento de empregados) quanto às formas e modalidades de contratação de trabalho e serviços. Esse tipo de análise parte do pressuposto de que os diferentes agentes institucionais, conforme suas diferenças no que concerne particularmente à estrutura dos chamados direitos de propriedade,³ estão sujeitos a diferentes tipos de restrições e são motivados por interesses e racionalidades marcadamente distintos. Por exemplo, pressupõe-se que ao maior poder discricionário e autonomia decisória dos agentes privados empresariais, que se organizam mais ou menos de acordo com as regras do mercado e os pressupostos da eficiência econômica, corresponde maior responsabilidade imediata pelos resultados das decisões de investimento em curto prazo. Em contrapartida, costuma-se dizer que os agentes da economia pública estão muito mais sujeitos a princípios gerais que regulam o conjunto da economia pública – via de regra, mais restritivos –, são muito mais suscetíveis a pressões e interesses não imediatamente econômicos (corporativos, políticos, eleitorais, burocráticos etc.) que governam a reprodução da economia social e do setor público, e estão muito menos afeitos à racionalidade da eficiência. Entre os agentes públicos, admitem-se diferenças quando se trata de um órgão da administração direta ou da esfera de fundações e autarquias. As entidades não-lucrativas do chamado terceiro setor ocupariam uma posição intermediária,

3 Os direitos de propriedade envolvem especialmente três feixes de direito: o direito de uso da propriedade, o direito de derivar rendimentos da propriedade e o direito de administrar o patrimônio, que inclui o direito de alienação.

fundamentalmente em função de mesclarem objetivos sociais a interesses econômicos.⁴

A terceira dimensão de análise dos mercados de trabalho ensejada pela RAIS corresponde ao recorte dos mercados das profissões e ocupações de saúde. Pode-se dizer que tal análise se faz possível em função do nível de detalhamento da variável ocupação na base. Com efeito, a RAIS permite a identificação de 16 grupos ocupacionais (grupos de base) que poderiam ser incluídos na área de saúde, subdivididos em mais de uma centena de especialidades ocupacionais. Em linhas bastante sumárias, a análise dos mercados ocupacionais procura identificar, além de atributos relacionados aos empregados (sexo, idade, escolaridade, ocupação/profissão etc.), os atributos do emprego (regime de emprego, salários oferecidos, jornadas de trabalho, tipo de instituição empregadora etc.). Esse tipo de análise se presta ao conhecimento das formas como as profissões e ocupações de uma determinada área conservam e recriam seus mercados, dentro e fora do setor específico de atividade econômica. Tem como propósito básico o conhecimento de aspectos relevantes do emprego e salário das profissões e ocupações da saúde, no setor de serviços de saúde e nos demais setores da economia, bem como no agregado das atividades produtivas. Sendo assim, exige uma definição prévia do que sejam as profissões e ocupações de saúde, o que, em geral, faz com que abranja apenas certas ocupações que são regulamentadas de acordo com requisitos educacionais e territórios de prática (ou jurisdição de trabalho).

As Múltiplas Dimensões do Trabalho em Saúde

O conhecimento das reais dimensões da ocupação no conjunto da economia da saúde é tarefa muito difícil, considerando as limitações das estatísticas disponíveis e, talvez sobretudo, a complexidade e dinamismo do movimento de reconfiguração do trabalho no setor. Trata-se de um campo que, na sua configuração mais global e peculiar composição, mostra-se ao pesquisador de forma muito embaçada. Já no início da década de noventa, Alain Lipietz (1992) apontava para o embaralhamento dos limites entre o formal e o informal, entre o estatal e o comunitário, entre o trabalho e o não-trabalho, nas economias contemporâneas. Pode-se dizer que o embaçamento dessas fronteiras só fez crescer ao longo dos anos seguintes. Assim, mesmo em termos aproximados, estimativas globais, que pretendam abarcar a totalidade da ocupação nos mercados de trabalho em saúde, devem ser interpretadas com muita cautela.

Estimativas feitas a partir da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, do IBGE, calculam em 5,6 milhões o número de ocupados direta ou indiretamente em atividades de saúde, dos quais 1,7 milhão estariam ocupados no núcleo do setor saúde e cerca de 4 milhões em atividades da periferia (Deddeca et al., 2001: 179). Dessa perspectiva, o setor saúde teria um pouco mais de 10% da ocupação não-agrícola (dados correspondentes ao ano de 1997). Nossas estimativas, baseadas na

⁴ Para uma discussão sobre o comportamento das entidades do terceiro setor, ver Girardi (2001).

Relação Anual de Informações Sociais – RAIS, do Ministério do Trabalho, apontam a existência de aproximadamente 2,5 milhões de vínculos formais de emprego em estabelecimentos direta ou indiretamente vinculados à economia saúde, dos quais 1,7 milhão assalariados em estabelecimentos do núcleo do setor, em dezembro de 2000. O mercado de empregos formais da saúde corresponderia, portanto, a cerca de 10% da economia formal do país.⁵

Deixando de lado as questões metodológicas, a diferença entre esses números constitui evidência indireta da ocupação e produção de serviços não incorporadas à relação salarial típica na economia da saúde. Uma parte dessa diferença estaria relacionada às atividades e à ocupação no segmento informal da economia da saúde. Outra parte, conectada a essa, mas ao mesmo tempo distinta, seria constituída pelas diversas expressões do “trabalho autônomo” e, especialmente no caso dos médicos, por figuras de pessoas jurídicas, organizadas sob o estímulo dos setores mais organizados da economia da saúde (provedores e financiadores), com o intuito de explorar vantagens fiscais e tributárias. Foge ao escopo deste trabalho a caracterização e dimensionamento desse segmento heterogêneo e complexo dos mercados de trabalho da saúde. Apenas para registrar o fenômeno, estariam nele incluídos os contratos de trabalho heterônomos precários, os ocupados como conta-própria ou auto-empregados de pequena ou baixa qualificação (ocupações não-regulamentadas), o trabalho autônomo cooperado, os autônomos contratados para prestação de serviços, as pequenas empresas de profissionais de saúde subcontratadas do setor organizado (sociedades de quotas limitadas e sociedades civis de profissões regulamentadas), os profissionais “irregulares” e alternativos etc. Essas determinações “empíricas” do trabalho mais ou menos ocultas para as estatísticas regulares, quer nas expressões do trabalho e da relação de serviços autônoma e microempresarial (os “empreendedores” flexíveis), quer no âmbito do trabalho propriamente dito (ou do emprego precário), quer ainda na *profissão não-reconhecida*, se alimentariam por nexos econômicos, fiscais, penais e político-culturais.⁶ Com relação ao trabalho “autônomo”, por exemplo, muitos autores vêm destacando – além da função de redução de custos – sua importância como o novo filão da produtividade, e não apenas como forma renovada de captura de excedentes econômicos, mas,

5 As discrepâncias entre os números se explicam, em parte, em função de que os dados da PNAD reportam a ocupação para além do mercado formal. Conforme os dados da PME/IBGE, o grau de informalidade da economia brasileira urbana metropolitana, em dezembro de 2001, era de 50,3% em relação ao conjunto do mercado de trabalho. O setor informal é aqui quantificado através da proporção de empregados sem carteira de trabalho assinada somados aos trabalhadores por conta própria. A taxa de informalidade representa a razão entre essa soma e o total de ocupados. Além disso, as estimativas citadas utilizam conceitos distintos, particularmente naquilo que concerne às atividades da periferia, para as quais na nossa classificação não estão incluídos, entre outros setores, os serviços sociais em geral, nos quais a participação do setor informal é sabidamente maior que no núcleo do setor saúde. Finalmente, enquanto a PNAD é uma pesquisa amostral de oferta que tem como base o domicílio, a RAIS é um registro administrativo declaratório que tem por unidade respondente o estabelecimento.

6 Em trabalhos anteriores, sugerimos (Girardi & Médici) que o segmento informal do mercado de trabalho em saúde constitui um conjunto heterogêneo de atividades em que se destacam (i) práticas e serviços profissionais não-regulamentados, determinados por nexos religiosos e culturais contra-hegemônicos, com seus projetos terapêuticos peculiares e distintos da medicina regular; (ii) práticas e negócios que incorrem em contravenção legal, como a prática do aborto e, numa certa medida, o exercício ilegal de profissões; (iii) práticas e formas organizacionais e contratuais com nexos francamente econômicos, constituídas ou para burlar cargas tributárias (ilegais) ou para explorar vantagens concedidas pela legislação tributária (legais). Estas últimas seriam compostas por uma marginalização laboral propriamente dita e uma “quase-empresarial”, de determinação fiscal. Cf. Girardi (1995: 86).

sobretudo, como forma de capturar as “externalidades positivas e sociais que a cooperação espontaneamente produz e organiza” (Lazzarato & Negri, 2001: 95). O caso das redes que organizam o trabalho autônomo em comunidades territoriais, mas sobretudo profissionais e de fluxos funcionais, constitui exemplo típico.

Conforme dissemos, não há como estimar, de forma precisa, as dimensões desse segmento. É possível, no entanto, apontar alguns sinais. Estima-se em cerca de 1,7 milhão o estoque de profissionais de saúde em nosso país, contra 930.189 vínculos de emprego formais destes profissionais⁷. Tomando o caso do segmento das operadoras de planos de saúde, um segmento extremamente formalizado da economia da saúde, temos que apenas 9,2% dos médicos a elas vinculados e 14,4% dos trabalhadores não-médicos são empregados assalariados. Apenas 6% dos hospitais privados lucrativos do estado de São Paulo e 2% do segmento em Minas Gerais revelam adotar a forma assalariada como modalidade preferencial para contratação de especialidades médicas. E isso não acontece apenas no setor privado. Pelo contrário, essas práticas se expandem com vigor na economia pública da saúde. Estima-se que mais de 40% dos contratos de médicos das redes públicas municipais correspondam a formas não-assalariadas. No Programa de Saúde da Família, cerca de 75% dos “contratos” de médicos e 70% dos de enfermeiros, realizados diretamente pelas prefeituras, podem ser considerados como contratos de trabalho precários.⁸

O Emprego no Macrossetor Saúde

As atividades que compõem o macrossetor saúde detinham mais de 2,5 milhões de vínculos regulamentados de emprego em dezembro de 2000, cerca de 70% destes em estabelecimentos de serviços de saúde (Tabela 1). Isolando-se da análise os estabelecimentos e empregos nos serviços de saúde do setor público, observa-se que os maiores empregadores correspondem aos estabelecimentos hospitalares.

De fato, para cada 100 empregos formais existentes nas atividades do macrossetor, 20 (vinte) eram empregos em atividades hospitalares. Em seguida, apareciam as atividades assistenciais sem regime de internação, com 10,2% dos empregos formais. Os serviços de complementação diagnóstica e terapêutica – SADT - compareciam com cerca de 3% dos empregos. As atividades industriais produtoras de insumos farmacêuticos e equipamentos e materiais médico-hospitalares e odontológicos, ditas intensivas de capital, somavam 3,3% dos empregos do macrossetor e as atividades de comercialização destes produtos, conforme se pode ver na Tabela 1, detinham 10,1% do emprego macrossetorial⁹. É

7 O cálculo considera o número de profissionais inscritos em atividade nos respectivos conselhos de fiscalização do exercício profissional e número de empregos formais dessas categorias existentes em todas as atividades econômicas, extrapolando o número, a partir do índice encontrado, para o conjunto das profissões de saúde.

8 EPSM (2002). Acervo de dados de pesquisas telefônicas. NESCON – FM/UFMG.

9 Se considerarmos apenas o segmento privado da economia da saúde, pode-se dizer que para cada 100 empregos gerados em atividades hospitalares corresponderam 10 empregos na indústria de medicamentos; 40 empregos no comércio varejista de remédios e insumos para o setor; 13,4 empregos em serviços de apoio e diagnóstico; 40 empregos em outros tipos de serviços de saúde; e 10 empregos nos demais setores da economia.

importante registrar o peso das operadoras de planos e seguros de saúde no mercado de trabalho macrossetorial (4,7%), uma vez que se trata de vínculos formais de emprego. Na realidade, para o ano de 2000, além dos cerca de 124 mil empregos formais, as operadoras de planos e seguros de saúde vinculavam 250 mil médicos (credenciados ou cooperados) e 574 mil empregados indiretos não-médicos.

As atividades hospitalares, com índice de 56,2 empregados por estabelecimento, e a indústria farmacêutica, com 58,7 empregados por estabelecimento, são as que utilizam, em média, mais empregos por unidade “produtiva”. No outro pólo, situam-se as farmácias, os serviços diagnósticos e as atividades de atendimento à saúde sem regime de internação, com menos de 6 empregados por estabelecimento.

Tabela 1 – Brasil, Dez. 2000 – Número de empregos, estabelecimentos e índices de emprego por estabelecimento no macrossetor saúde segundo classes de atividade econômica

Segmento / classe de atividade	Empregos	%	Estabelec.	Índice Empr./Estab.
I- Núcleo do Setor (serviços de saúde)	1.730.150	66,8	-	-
I.a) Serviços Públicos de Saúde ⁽¹⁾	887934	34,3	-	-
I.b) Serviços Privados	842.216	32,5	120.983	7
• Atendimento Hospitalar	504.764	19,5	8.987	56,2
• Serviços Diagnósticos e Terapêuticos – SADT	73.921	2,9	12.659	5,8
• Outras Atividades de Atenção à Saúde	263.531	10,2	99.337	2,7
II. Atividades Industriais de Produção de Insumos	85.574	3,3	2.192	39
• Indústria Farmacêutica	61.126	2,4	1.042	58,7
• Indústria de Equipamentos e Materiais	24.448	0,9	1.150	21,3
III. Atividades de Comercialização de Produtos	261.727	10,1	61.748	4,2
IV. Atividades de Financiamento (Planos de Saúde) ⁽²⁾	122.400	4,7	-	-
V. Atividades de Saneamento	188.957	7,3	3.651	51,8
VI. Profissionais de Saúde em P& D e Ensino ⁽¹⁾	61.091	2,4	-	-
VII. Profissionais de Saúde em Outras Atividades ⁽¹⁾	141.877	5,5	-	-
Total do Macrossetor Saúde	2.591.776	100,0	-	-

⁽¹⁾ Estimativa, cf., neste capítulo, “aspectos metodológicos”.

⁽²⁾ Números de empregados celetistas fornecidos pelas operadoras para 2000. A RAIS informava apenas vínculos de emprego em 800 operadoras informantes.

Fonte: RAIS/TEM (2000).

É importante destacar que, embora essas médias possam sugerir que os estabelecimentos possuem um tamanho médio relativamente grande, verifica-se uma proporção surpreendentemente alta de estabelecimentos de pequeno porte nas atividades do macrossetor saúde, inclusive naquelas atividades que, devido à natureza complexa do processo de trabalho, deveriam ter graus mais elevados de organização e formalização institucional. Conforme demonstrado em trabalhos anteriores (Nogueira & Girardi, 1999), possuem um máximo de 4 empregados com vínculo no estabelecimento:

- 35,21% das unidades que prestam atenção hospitalar;
- 40,73% das indústrias de farmoquímicos;
- 28,74% das indústrias de medicamentos;
- 54,76% dos fabricantes de aparelhos para uso médico-hospitalar e odontológico;
- 81,78% das farmácias e drogarias.

De acordo com critérios adotados pelo IBGE na *Pesquisa do Setor Informal no Brasil*, realizada em 1997, todos esses estabelecimentos poderiam ser classificados como informais. A referida pesquisa caracterizou como pertencentes ao setor informal “todas as unidades econômicas de propriedade de trabalhadores por conta própria e de empregadores com até 5 empregados”. Para aquela pesquisa, tais unidades econômicas poderiam ser tidas como informais pela baixa complexidade organizacional e gerencial e pequena diferenciação entre os fatores produtivos capital e trabalho, características inferidas, entre outras coisas, pelo baixo volume de força de trabalho empregada.¹⁰ Na verdade, nossas pesquisas mais recentes vêm demonstrando que, particularmente para a classe das atividades de atendimento hospitalar, tais estabelecimentos se constituem não propriamente como estabelecimentos para internação de pacientes, mas como atividades de prestação de serviços hospitalares, em sua maior parte organizadas juridicamente como empresas de profissionais (constituídas como sociedades de cotas limitadas e sociedades civis de profissões regulamentadas), subcontratadas do segmento hospitalar mais organizado.

O Segmento da Medicina Supletiva

As operadoras de planos de saúde constituem um segmento com importância crescente nos mercados de trabalho em saúde. Conforme se viu, o segmento gera diretamente quase 5% do emprego no macrossetor. São quatro as principais modalidades desses agentes intermediários: (i) as empresas de medicina de grupo, que administram planos de saúde corporativos e individuais; (ii) as cooperativas médicas, constituídas na sua maior parte pelas Unimed (nesta modalidade, os médicos são simultaneamente os cooperados e prestadores de serviços); (iii) os planos de saúde próprios das empresas, modalidade na qual as próprias empresas (em geral, dos setores mais organizados da economia) administram serviços de saúde para os empregados e familiares ou contratam terceiros para tal fim; (iv) o seguro-saúde, modalidade na qual o financiamento se dá por uma seguradora que, no limite da apólice contratada, cobre os gastos com assistência médico-hospitalar de seus segurados.¹¹ No conjunto, o segmento emprega diretamente cerca de 25 mil

¹⁰ É claro que esse tipo de classificação está sujeito a objeções, entre elas, o fato de não observar o aspecto legal na determinação da informalidade, que tem ocupado lugar cativo nas definições tradicionais deste segmento de ocupação. Entretanto, é inegável que pode revelar alguns aspectos da geração da informalidade a partir de um nexos quase puramente econômico: o desejo de evadir cargas tributárias, especialmente as relacionadas aos custos indiretos do emprego de força de trabalho, mesmo que preenchidos todos os trâmites legais para constituição e funcionamento de negócios econômicos.

¹¹ Cf. Dain et al. (2001) para essas definições.

médicos e aproximadamente 97 mil trabalhadores de outras categorias, sob o regime CLT. Os vínculos de credenciamento de médico alcançam a casa dos 250 mil (naturalmente, um mesmo médico é credenciado por mais de uma operadora). Especificamente com relação ao segmento das empresas de medicina de grupo, estas vêm enxugando seus mercados de trabalho. Entre 1997 e 2001, foram extintos 4800 empregos de médicos celetistas, 1500 credenciamentos médicos e 8000 empregos diretos de profissionais não-médicos, e outros 8000 postos indiretos. No mesmo período, o número de beneficiários cobertos saltou de 17,8 milhões para 18,4 milhões e o volume de recursos injetados no sistema saltou de 4,16 bilhões para 5,65 bilhões de reais.¹² Comportamento distinto se observa entre as Unimed, que aumentaram seus contingentes profissionais, contando hoje com cerca de 93 mil médicos cooperados, 16 mil empregados diretos e 290 mil empregados indiretos.¹³

Tabela 2 – Brasil – Número de Médicos e Empregados nas Operadoras de Planos de Saúde

	Empresas de Medicina de Grupo	Cooperativas Médicas	Planos Próprios das Empresas Autogestão	Seguradoras	Total
Médicos					
CLT	25.400				25.400
Credenciados	87.000	87621	30000	45000	249.621
Total	112.400	87621	30000	45000	275.021
Outros Empregados					
CLT	67.500	16500	8000	5000	97.000
Indiretos	164.000	260000	60000	90000	574.000
Total	231.500	276.500	68.000	95.000	671.000

Fonte: ABRAMGE, dados para 1999/2000.

As Dimensões Jurídico-Institucionais do Mercado Setorial da Saúde

Os dados da Tabela 3 mostram o peso dos diversos setores institucionais no mercado formal de trabalho, comparando os serviços de saúde com o conjunto da economia. A leitura da tabela evidencia uma característica distintiva das atividades do setor saúde, qual seja, o grande papel que nelas jogam as instituições públicas e as entidades do terceiro setor, seja na oferta de serviços, seja na oferta da oportunidade de empregos. De fato, as instituições do setor público respondem por 51% do total de empregados no núcleo do setor e, juntamente com as organizações sem fins lucrativos, com cerca de 19% do total de empregados nos serviços de

12 Cf. informe de imprensa da ABRAMGE <<http://www.abrange.com.br>>.

13 Entrevista telefônica com Márcio Martins, Analista de Projetos da Unimed do Brasil, SP, realizada em ago. 2002.

saúde, totalizando 70% do emprego em saúde.¹⁴ Por outro lado, tais instituições respondem por pouco mais de 30% do total do emprego formal na economia.

Na realidade, a composição do emprego nos serviços de saúde revela a existência de um *mix* institucional composto, em proporções quase semelhantes, de entidades empresariais lucrativas, serviços públicos municipais, entidades sem fins lucrativos e serviços públicos estaduais – os dois primeiros com cerca de 1/4 dos empregos, cada um, e os últimos com cerca de 1/5 dos vínculos de emprego cada. Essa composição do emprego em saúde contrasta fortemente com a do emprego em geral na economia, em que somente as entidades empresariais consideradas isoladamente respondem por mais de 1/3 dos empregos.

Tabela 3 – Brasil, 2000 – Número e Percentual do Pessoal Empregado nos Serviços de Saúde e no Total da Economia segundo Setor Institucional

Setor Institucional	Empregados nos Serviços de Saúde		Total de Empregados na Economia		Saúde/total %
	N	%	N	%	
Setor Público	887934	51,3	6.314.951	24,1	14,1
Federais ⁽¹⁾	102480	5,9	862.473	3,3	11,9
Estaduais	329216	19,0	2.736.894	10,4	12,0
Municipais	426258	24,6	2.626.367	10	16,2
Outros Públicos	29980	1,7	89.217	0,3	33,6
Setor Privado	842216	48,7	19.913.678	75,9	4,2
Entidades empresariais	443233	25,6	17.059.137	65	2,6
Entidades sem fins lucrativos	325133	18,8	1.988.412	7,6	16,4
P. Físicas e outras formas	73850	4,3	866.129	3,3	8,5
Total	1730150	100,0	26.228.629	100,0	6,6

⁽¹⁾ Pessoal ativo em dez. de 2000, segundo SRH do Ministério da Gestão, Planejamento e Orçamento.

Fonte: RAIS (2000)

De um outro ângulo de leitura, os dados da tabela revelam a importância que as atividades de assistência à saúde têm no *pool* de atividades desenvolvidas por cada um dos setores institucionais. Pode-se ver, por exemplo, que as atividades de saúde têm grande importância para o chamado terceiro setor e para a economia pública dos municípios, e importância menor para a economia dos estados e da União (para os quais a importância das atividades de saúde tem provavelmente decrescido). Assim, 1 de cada 6 empregos formais existentes no setor público municipal está em serviços de saúde, o mesmo acontecendo no mercado de trabalho do “terceiro setor”, que tem 16,4% de seus empregos em serviços de

14 A Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária, do IBGE, informava a existência de 1.891.552 postos de trabalho em atividades do núcleo dos serviços de saúde (hospitais, clínicas e ambulatórios e serviços diagnósticos); destes 889.765 são privados (47,0%), 615073 são municipais (32,5%), 279.130 são estaduais (14,8%) e 107584 (5,7%) estão na esfera federal. É importante reter que a informação da AMS refere-se ao número de postos de trabalho independentemente da configuração de vínculo empregatício. A AMS também não toma para análise consultórios particulares de médicos ou dentistas nem o pessoal ocupado nos órgãos burocráticos e governamentais da saúde.

saúde.¹⁵ Para o segmento dos negócios privados lucrativos, como era de se esperar, a importância do setor é bem mais reduzida, não alcançando 3% de sua força de trabalho.

Os Mercados de Trabalho das Profissões de Saúde

Da mesma forma que a análise setorial dos mercados de trabalho, a análise dos mercados ocupacionais (ou profissionais) aqui realizada traz, em grande medida, o viés de se limitar ao emprego formal regulamentado. Conforme realçado anteriormente, enquanto o estoque de empregos de profissionais de saúde assalariados no conjunto da economia aproxima-se da casa dos 930 mil, estima-se em cerca de 1,7 milhão a oferta de “profissionais” de saúde. A importância do segmento assalariado no conjunto dos mercados de trabalho das profissões varia de profissão para profissão. Assim, para 242.860 médicos em atividade no país em 2000, existiam 152.119 vínculos de emprego assalariado e um número aproximado de 450 mil postos de trabalho em estabelecimentos de saúde. Para cerca de 90 mil enfermeiros registrados, havia cerca de 70 mil empregos regulamentados e aproximadamente o mesmo estoque de postos de trabalho nos estabelecimentos do núcleo do setor saúde. Com relação aos dentistas, por seu turno, a razão de profissionais em atividade registrados no CFO era de aproximadamente quatro por emprego regulamentado. O significado dessas diferenças entre o número de empregos existentes (demanda efetiva de trabalho formalmente regulamentado) e a oferta efetiva de trabalho não é direto e exige uma dose extra de cautela. O fato do número de profissionais sobrepular em muito o número de empregos formais de uma determinada categoria não pode ser lido simplesmente como desemprego ou interpretado como sinal de “crise” neste mercado de trabalho. Por outro lado, uma relação harmônica entre empregos formais e oferta de trabalho também não pode ser tomada como sinal de ocupação plena ou satisfatória. Para uma análise mais criteriosa, esses dados devem ser cotejados com uma avaliação da “capacidade” dessas profissões de viabilizar outros tipos de arranjo, distintos da relação típica de emprego, para colocação de sua força de trabalho e serviços nos mercados, o que depende, por seu turno, das práticas de contratação utilizadas pelos demandantes, vale dizer, os consumidores, as organizações de provedores e as chamadas terceiras partes. Peculiaridades dos mercados profissionais desse tipo devem ser lembradas quando da interpretação dos dados sobre a evolução e a composição dos mercados analisadas a seguir.

As Tabelas 4A e 4B apresentam dados que mostram a propensão dos empregadores do segmento hospitalar dos estados de São Paulo e Minas Gerais para a contratação de profissionais de saúde, sob formas assalariadas e não-assalariadas, respectivamente para o conjunto dos hospitais e para os hospitais

¹⁵ Esses dados mostram-se compatíveis com o perfil das despesas municipais. Resultados preliminares de uma sondagem realizada em cerca de 4 mil municípios indicam que os municípios brasileiros despenderam, em média, no decorrer do ano de 2000, 18% de suas receitas orçamentárias com atividades assistenciais da saúde.

lucrativos. Os dados revelam, em primeiro lugar, que as preferências quanto às formas de contratação variam intensamente entre as profissões, particularmente entre médicos e pessoal de enfermagem, que representam opções de contratação polares. No primeiro caso, mais de 50% dos hospitais paulistas e de 70% dos mineiros revelam preferir contratar os serviços de especialidades médicas através da contratação de serviços de autônomos. Observa-se também que mais de 20% dos hospitais de São Paulo contratam o trabalho de especialistas médicos de forma intermediada por cooperativas e empresas de profissionais médicos. Em contrapartida, a opção de assalariamento é utilizada por mais de 90% dos hospitais paulistas e 86% dos mineiros para a contratação de enfermeiros.

Em segundo lugar, observa-se uma “preferência” muito mais acentuada pelas contratações sob formas não-salariais entre os hospitais lucrativos, especialmente de médicos.

Tabela 4A – Porcentagem de hospitais por forma preferencial de contratação de profissionais de saúde segundo profissão em São Paulo e Minas Gerais, 2002

	% Assalariado		% Autônomo		% Terceirizado	
	SP	MG	SP	MG	SP	MG
Médico	20,3	8,9	52,6	72,9	21,7	6,3
Farmacêutico	86,0	69,5	6,6	16,8	4,8	3,9
Psicólogo	73,8	51,0	13,4	33,7	8,7	2,9
Fisioterapeuta	44,4	23,1	28,8	60,3	23,5	10,3
Fonoaudiólogo	52,4	21,8	26,7	63,6	18,1	3,6
Terapeuta	75,6	66,7	9,3	25,9	11,6	0,0
Enfermeiro	91,9	86,8	3,0	7,1	3,0	1,3
Aux. de Enferm.	93,2	94,2	2,4	2,2	2,7	0,0
Téc. em Enfermagem	-	91,2	-	2,9	-	0,5
Dentista	58,0	41,3	22,0	37,3	15,0	5,3
Op. de Equip.	72,5	72,5	2,5	10,8	23,0	10,4
Bioquímico	44,3	35,4	15,7	24,2	38,6	27,5
Nutricionista	83,8	69,9	3,9	10,7	10,5	2,9

Obs: outras formas residuais de contratação não são apresentadas na tabela

Fonte: para os dados de São Paulo: *Mercado de Trabalho Médico no Estado de São Paulo* (Girardi, 2002); para os dados de Minas Gerais: *Contratação de Serviços e Tecnologias na Rede Hospitalar de Minas Gerais* (Girardi, 2002). Responderam à pesquisa 341 hospitais em São Paulo e 326 hospitais em Minas Gerais.

Tabela 4B – Porcentagem de hospitais lucrativos por forma preferencial de contratação de profissionais de saúde segundo profissão em São Paulo, Minas Gerais, 2002

	% Assalariado		% Autônomo		% Terceirizado	
	SP	MG	SP	MG	SP	MG
Médico	6,3	1,7	43,2	70,9	41,2	8,8
Farmacêutico	84,4	67,1	4,7	18,3	6,3	3,7
Psicólogo	59,5	37,5	16,2	50,0	21,6	2,5
Fisioterapeuta	32,3	4,0	21,5	72,0	43,1	16,0
Fonoaudiólogo	35,3	0,0	32,4	84,6	29,4	3,8
Terapeuta	68,0	64,3	4,0	28,6	24,0	0,0
Enfermeiro	88,5	84,5	3,4	9,3	4,6	4,1
Aux. de Enferm.	89,9	96,8	3,4	2,1	3,4	0,0
Téc. em Enfermagem	-	91,9	-	4,1	-	1,4
Dentista	50,0	21,4	19,2	50,0	26,9	14,3
Op. de Equip.	60,7	55,9	1,6	16,2	36,1	22,1
Bioquímico	35,4	18,8	6,3	33,3	56,3	39,6
Nutricionista	71,6	67,5	8,1	20,0	18,9	2,5

Obs: outras formas residuais de contratação não são apresentadas na tabela

Fonte: para os dados de São Paulo: *Mercado de Trabalho Médico no Estado de São Paulo* (Girardi, 2002); para os dados de Minas Gerais: *Contratação de Serviços e Tecnologias na Rede Hospitalar de Minas Gerais* (Girardi, 2002).

Mostra-se bastante significativa a porcentagem dos hospitais paulistas que contratam serviços de especialidades médicas utilizando-se do expediente da contratação de pessoas jurídicas. Essa forma mostrou-se a preferencialmente praticada por 41,2% dos hospitais pesquisados.

O Dinamismo do Emprego das Profissões de Saúde

As profissões de saúde e ocupações relacionadas somavam 930.189 vínculos de emprego, representando 3,5% do mercado de trabalho assalariado formal brasileiro em dezembro de 2000. Em relação ao ano de 1995, houve um ganho de 113.351 vínculos de emprego, o que representou um crescimento bruto de 13,9%. O emprego assalariado no conjunto da economia saltou de 23,8 para 26,2 milhões - incremento de 10,4%. Nesse mesmo período, os principais segmentos econômicos empregadores de profissionais de saúde, a saber, os serviços médico-odontológicos e a administração pública, cresceram, respectivamente, 49% e 18%, enquanto, para o total da economia, houve um crescimento de 27% do número de estabelecimentos informantes da RAIS.¹⁶

¹⁶ O número de registros da RAIS também aumentou no período, em virtude de uma melhor cobertura, que alcança cerca de 95% dos estabelecimentos do setor formal.

Tabela 5 – Brasil, 1995 – 2000 – Vínculos de emprego por ano segundo categorias de profissionais de saúde e profissões relacionadas

Ocupações	1995		2000		Taxa de Incremento Bruto 95/00
	N	%	N	%	
Médico	146.141	17,9	152.119	16,4	4,1
Dentista	39.023	4,8	38.533	4,1	-1,3
Médico Veterinário	7.294	0,9	8.005	0,9	9,7
Farmacêutico	30.447	3,7	40.040	4,3	31,5
Nutricionista	11.242	1,4	12.167	1,3	8,2
Enfermeiro	71.097	8,7	69.774	7,5	-1,9
Assistente Social	32.740	4,0	30.956	3,3	-5,4
Psicólogo	14.032	1,7	16.292	1,8	16,1
Ortopistas e Ópticos	1.634	0,2	1.573	0,2	-3,7
Terapeuta Ocupacional e Fisioterapeuta	11.170	1,4	13.348	1,4	19,5
Op. Equip. Médicos e Odontológicos	19.311	2,4	21.574	2,3	11,7
Médico Outros	15.677	1,9	18.673	2,0	19,1
Pessoal de Enfermagem	401.282	49,1	489.871	52,7	22,1
Auxiliar de Enfermagem, em Geral	199.899	24,5	314.233	33,8	57,2
Auxiliar de Enfermagem do Trabalho	2.304	0,3	3.827	0,4	66,1
Atendente de Enfermagem	126.616	15,5	68.609	7,4	-45,8
Visitador Sanitário	4.214	0,5	10.150	1,1	140,9
Auxiliar de Banco de Sangue	1.590	0,2	1.888	0,2	18,7
Instrumentador de Cirurgia	1.352	0,2	1.307	0,1	-3,3
Parteira Prática	1.052	0,1	765	0,1	-27,3
Aux. Lab. de Análises Clínicas	9.846	1,2	13.747	1,5	39,6
Aux. Lab. de Análises Físico- Químicas	2.879	0,4	3.526	0,4	22,5
Outro Pess. de Enfermagem e Assem.	51.530	6,3	71.819	7,7	39,4
Total Pessoal de Saúde	816.838	100,0	930.189	100,0	13,9
Outros Trabalhadores	22.938.898	-	25.298.440	-	10,3
Total da Economia	23.755.736	-	26.228.629	-	10,4

Obs.: os grupos de base dos biólogos e bacteriologistas, apesar de constar do cômputo geral do pessoal de saúde, por se tratar de categorias relacionadas com a área da saúde, não foram discriminados nas tabelas.

Fonte: RAIS (2000).

As categorias de pessoal auxiliar de enfermagem somavam 52,7% dos vínculos de emprego de profissionais de saúde em 2000, tendo aumentado seu peso relativo com relação ao ano de 1995, quando representavam 49,1% do mercado dos profissionais de saúde. Os vínculos assalariados de médicos baixaram sua participação de 17,9% para 16,4% do total e os enfermeiros também tiveram seu peso relativo reduzido de 8,7% para 7,5% nesses mercados.

Em termos de dinâmica do estoque das categorias profissionais de nível superior, o maior crescimento observado no período 1995/2000 ficou reservado para os farmacêuticos.¹⁷ Esses tiveram um aumento de cerca de 10 mil vínculos de

17 É importante considerar o grande crescimento das farmácias e drogarias no período. Juntamente com os estabelecimentos de comercialização de materiais e instrumentos médico-hospitalares, ortopédicos e odontológicos, elas saltaram de 41426 para 58552 estabelecimentos, variando seu estoque de empregados de 137.773 para 224.178.

emprego, o que representou um crescimento de 31,5%. Tiveram variação negativa nos estoques os assistentes sociais, dentistas e enfermeiros.

Apresentaram crescimento acima da média, além dos farmacêuticos, os terapeutas ocupacionais e fisioterapeutas, os psicólogos, as categorias de pessoal auxiliar de enfermagem e outros profissionais de saúde não classificados nas rubricas anteriores (a maior parte, alternativos).

Entre as categorias de pessoal de enfermagem, os auxiliares de enfermagem apresentaram variação positiva de 57,2% em seus estoques, no período, ao passo que os atendentes de enfermagem experimentaram variação negativa de 45,8%. No conjunto, o pessoal de enfermagem experimentou crescimento bruto de 22,1%.

Antes de avaliar o significado desses números, é necessário verificar a distribuição e incremento no emprego desses profissionais pelos diversos setores e ramos da economia, bem como analisar sua dinâmica em termos de setores institucionais. É necessário examinar quantos desses profissionais ocupavam e ocupam o núcleo do setor, em atividades hospitalares, em serviços diagnósticos, em atividades ambulatoriais, na administração pública etc., e quantos ocupavam e ocupam atividades periféricas, a exemplo das atividades associativas. Da mesma forma, é preciso analisar as diferenças institucionais na dinâmica do emprego no setor público, no setor privado lucrativo e no não-lucrativo. Esse tipo de análise permite melhor aquilatar a influência de processos como a terceirização e a flexibilização das relações de trabalho na dinâmica do emprego assalariado dos profissionais de saúde.

Dimensões Institucionais dos Mercados dos Profissionais de Saúde

Com relação a grandes setores institucionais, observa-se que 55,6% dos empregos de profissionais de saúde encontram-se em estabelecimentos de natureza privada (lucrativos e não-lucrativos). Para o conjunto dos empregados na economia, a participação do setor privado chega a 76,5%. O setor público é responsável por 24% do emprego formal na economia brasileira e perto de 44% dos empregos de categorias de profissionais de saúde. Com relação aos serviços de saúde, no entanto, a participação do setor público é maior (Tabela 3).

Os maiores índices de participação do setor público no emprego são observados entre os dentistas (72,86%), médicos (66,63%) e assistentes sociais (61,60%). Em contrapartida, os menores índices de participação do setor público se dão entre os farmacêuticos e ortoptistas, profissões cujos mercados de trabalho estão baseados principalmente em estabelecimentos privados lucrativos do comércio.

Especificamente com relação às categorias de enfermagem, pode-se observar que as instituições de natureza pública respondem por 47,85% dos vínculos de enfermeiros e 37,45% das categorias de pessoal auxiliar. Entre estas últimas, maiores níveis de participação do setor público são observados entre os atendentes de enfermagem e visitantes sanitários, para os quais os índices de participação do emprego público estão em torno dos 55%.

Não se observam alterações muito significativas na distribuição institucional do emprego para a maioria das profissões de saúde entre os setores público e privado, de 1995 a 2000. Para o conjunto das profissões de saúde, o peso relativo do setor público diminuiu ligeiramente – 1,8 ponto percentual – contra um aumento de 2,2 pontos percentuais das entidades sem fins lucrativos e de 0,4 ponto do privado lucrativo. Para os demais grupos ocupacionais da economia, a queda da participação do setor público no mercado de trabalho formal foi de 2,6 pontos percentuais, coincidente com um ganho de 2,6 pontos percentuais no setor privado lucrativo.

Tabela 6 – Brasil, 1995 – 2000 – Índices de Participação Percentual do Emprego por Natureza Jurídica segundo Categorias Profissionais de Saúde

Ocupações	Natureza Jurídica					
	1995			2000		
	Público	Privado Lucrativo	Privado Não Lucrativo	Público	Privado Lucrativo	Privado Não Lucrativo
Médicos	66,13	18,57	14,73	66,63	15,72	17,59
Cirurgiões dentistas	71,25	9,80	17,44	72,86	9,83	17,00
Médicos veterinários	52,30	40,02	4,41	55,47	33,83	7,38
Farmacêuticos	17,89	75,36	4,61	12,94	80,89	6,05
Nutricionistas	38,99	45,80	14,36	35,71	46,86	17,38
Enfermeiros	51,43	26,39	20,85	47,85	24,71	27,07
Assistentes sociais	56,98	15,31	26,51	61,60	15,76	22,51
Psicólogos	49,99	28,68	20,34	52,20	22,26	25,43
Ortopistas e ópticos	2,57	89,35	3,79	3,12	91,04	4,83
Terapeutas	33,79	30,75	33,21	32,51	26,76	39,89
Oper. de Equip. Médicos e Odontológicos	31,22	36,71	29,06	26,81	41,90	28,54
Médico Outros	50,30	23,45	18,77	46,47	22,65	23,61
Pessoal de enfermagem	38,15	29,53	30,33	37,45	29,81	31,44
Auxiliar de enfermagem	38,57	29,17	31,22	34,17	28,80	36,66
Auxiliar de enfermagem do trabalho	42,06	46,35	10,20	28,19	59,89	10,53
Atendente de enfermagem	36,20	27,00	34,64	55,76	20,87	21,18
Visitador sanitário	71,38	4,49	23,71	54,33	14,86	30,74
Auxiliar de banco de sangue	3,96	61,32	31,89	2,17	65,84	31,83
Instrumentador de cirurgia	6,43	44,16	41,49	5,89	45,45	35,27
Parteira prática	58,37	14,73	24,24	37,65	44,44	17,12
Aux. de Lab. de Análises Clínicas	18,36	62,19	16,46	11,58	72,19	15,05
Aux. de Lab. de Análises Físico-Químicas	11,15	80,72	5,90	3,06	86,27	10,07
Outro pessoal de enfermagem	45,18	28,31	21,49	40,58	31,01	23,89
Total Pessoal de saúde	46,21	28,24	23,82	44,39	28,62	25,98
Outros trabalhadores	25,93	63,83	5,65	23,33	66,38	6,90
Total Ocupados	26,62	62,60	6,28	24,08	65,04	7,58

Fonte: RAIS/TEM.

Na área das ocupações de enfermagem, contudo, observam-se alterações de maior monta, principalmente entre os atendentes de enfermagem. Começando pelos enfermeiros, o peso das instituições do setor público diminuiu de 51,4% para 48,0% no mercado de trabalho assalariado da categoria, e dos estabelecimentos do setor privado lucrativo de 26,3% para 25,0% do total. Em compensação, as entidades sem fins lucrativos aumentaram sua participação no mercado de trabalho da categoria em 6,2 pontos percentuais. Movimento similar se observa entre os auxiliares de enfermagem. Com relação aos atendentes, que têm queda de seus estoques em números absolutos em todos os segmentos, há um crescimento da participação relativa do setor público vis-à-vis uma forte redução do peso relativo do setor privado, tanto no segmento empresarial do setor como no segmento sem fins lucrativos. Os números relativos à evolução dos estoques e respectivos índices de crescimento podem ser conferidos na Tabela 7.

Tabela 7 – Brasil, 1995 – 2000 – Número do Emprego e Taxa de Incremento dos Vínculos de Profissionais de Saúde por Natureza Jurídica segundo Ocupações de Saúde

Ocupações	Público			Privado Lucrativo			Privado Não-Lucrativo		
	1995	2000	Taxa de Inc Bruto	1995	2000	Taxa de Inc Bruto	1995	2000	Taxa de Inc. Bruto
Médicos	96.641	101.353	4,9	27.138	23.919	-11,9	21.529	26.751	24,3
Cirurgiões dentistas	27.803	28.077	1,0	3.826	3.786	-1,0	6.806	6.551	-3,7
Médicos veterinários	3.815	4.440	16,4	2.919	2.708	-7,2	322	591	83,5
Farmacêuticos	5.448	5.181	-4,9	22.944	32.390	41,2	1.405	2.424	72,5
Nutricionistas	4.383	4.345	-0,9	5.149	5.701	10,7	1.614	2.115	31,0
Enfermeiros	36.565	33.384	-8,7	18.764	17.244	-8,1	14.823	18.885	27,4
Assistentes sociais	18.655	19.069	2,2	5.014	4.879	-2,7	8.679	6.968	-19,7
Psicólogos	7.015	8.504	21,2	4.025	3.626	-9,9	2.854	4.143	45,2
Ortoptistas e ópticos	42	49	16,7	1.460	1.432	-1,9	62	76	22,6
Terapeutas	3.774	4.339	15,0	3.435	3.572	4,0	3.710	5.324	43,5
Oper. de Equip. Médicos	6.028	5.784	-4,0	7.090	9.039	27,5	5.612	6.158	9,7
Médico Outros	7.885	8.677	10,0	3.676	4.229	15,0	2.942	4.408	49,8
Pessoal de enfermagem	153.098	183.457	19,8	118.512	146.040	23,2	121.692	154.035	26,6
Aux. enfermagem	77.105	107.358	39,2	58.309	90.508	55,2	62.408	115.211	84,6
Aux. enferm. trabalho	969	1.079	11,4	1.068	2.292	114,6	235	403	71,5
Atendente enfermagem	45.840	38.258	-16,5	34.184	14.317	-58,1	43.860	14.528	-66,9
Visitador sanitário	3.008	5.515	83,3	189	1.508	697,9	999	3.120	212,3
Aux. Banco de Sangue	63	41	-34,9	975	1.243	27,5	507	601	18,5
Instrument. de cirurgia	87	77	-11,5	597	594	-0,5	561	461	-17,8
Parteira prática	614	288	-53,1	155	340	119,4	255	131	-48,6
Aux. Lab. Análises Cl.	1.808	1.592	-11,9	6.123	9.924	62,1	1.621	2.069	27,6
Aux. Lab. Análise Química	321	108	-66,4	2.324	3.042	30,9	170	355	108,8
Outro Pess. Enferm.	23.283	29.141	25,2	14.588	22.272	52,7	11.076	17.156	54,9
Total Pessoal de saúde	377.492	412.909	9,4	230.650	266.256	15,4	194.548	241.695	24,2
Outros trabalhadores	5.947.010	5.902.042	-0,8	14.641.313	16.792.881	14,7	1.296.809	1.746.717	34,7
Total Ocupados	6.324.502	6.314.951	-0,2	14.871.963	17.059.137	14,7	1.491.357	1.988.412	33,3

Fonte: RAIS/TEM.

Os Mercados Profissionais no Setor Público

As Tabelas 8 e 9 mostram, respectivamente, os dados da distribuição percentual do emprego entre as esferas administrativas do setor público e os índices da evolução do emprego entre 1995 e 2000. Conforme se pode ver, o período 1995/2000 é marcado por uma “migração” do emprego público em saúde em direção à esfera municipal, com um forte enxugamento na esfera federal. O setor público estadual manteve sua participação mais ou menos nas mesmas proporções. Os estabelecimentos do setor público municipal, que já detinham 40,2% do emprego público de profissionais de saúde em 1994 – o que já era um reflexo da municipalização da saúde propiciada pela implementação da política de construção do SUS –, passam a segurar uma participação de mais de 55% em 2000. Relativamente ao mercado de trabalho no setor público das ocupações da área de enfermagem, as instituições da esfera pública municipal passaram a deter cerca de 50% dos empregos de enfermeiros e mais de 60% dos empregos de auxiliares de enfermagem, conforme a Tabela 8.

Tabela 8 – Brasil, 1995 – 2000 – Percentual do Emprego de Profissões de Saúde por Esfera Administrativa do Setor Público segundo Ocupações de Saúde

Ocupações	1995				2000			
	Federal	Estadual	Municipal	Outro Púb.	Federal	Estadual	Municipal	Outro Púb.
Médicos	5,3	43,0	40,7	11,0	0,6	46,3	52,9	0,3
Cirurgiões dentistas	2,3	29,7	58,6	9,4	0,4	26,2	73,3	0,2
Médicos veterinários	1,9	40,0	35,6	22,4	0,2	49,3	49,9	0,6
Farmacêuticos	16,4	54,5	16,4	12,7	3,4	53,9	41,5	1,2
Nutricionistas	16,0	44,7	30,3	9,0	1,0	50,3	48,2	0,5
Enfermeiros	15,1	43,2	31,5	10,2	1,5	49,9	48,1	0,6
Assistentes sociais	3,9	40,2	44,9	11,1	0,6	41,3	57,6	0,4
Psicólogos	5,9	31,8	47,4	14,9	1,3	33,0	65,4	0,3
Ortopistas e ópticos	16,7	4,8	64,3	14,3	2,0	6,1	91,8	0,0
Terapeutas	8,3	39,4	35,9	16,3	0,6	37,2	61,5	0,6
Oper. Equip. Médicos e Odontológicos	11,7	53,2	31,1	4,0	1,4	51,0	46,9	0,7
Médico Outros	2,8	22,2	64,0	11,0	0,7	21,9	77,2	0,1
Pessoal de enfermagem	5,6	45,9	38,4	10,1	0,9	44,1	54,2	0,7
Auxiliar de enfermagem, em geral	7,3	32,8	45,9	14,0	1,5	35,8	61,8	0,9
Auxiliar de enfermagem do trabalho	0,8	57,8	38,6	2,8	0,3	52,5	46,9	0,3
Atendente de enfermagem	3,0	62,1	27,3	7,6	0,1	70,3	29,2	0,4
Visitador sanitário	7,6	15,9	70,9	5,6	0,0	7,6	92,2	0,1
Auxiliar de banco de sangue	6,3	15,9	66,7	11,1	4,9	24,4	68,3	2,4
Instrumentador de cirurgia	36,8	16,1	41,4	5,7	11,7	24,7	59,7	3,9
Parteira prática	0,0	4,1	48,0	47,9	0,0	2,8	97,2	0,0
Aux. de Lab. Análises Clínicas	26,2	27,5	40,1	6,1	0,5	21,4	77,6	0,5
Aux. de Lab. Análises Físico-Químicas	6,2	13,4	35,5	44,9	3,7	10,2	84,3	1,9
Outro pessoal de enfermagem	3,7	63,9	30,6	1,7	0,2	48,8	50,5	0,4
Total Pessoal de Saúde	6,5	42,7	40,2	10,5	0,9	43,3	55,3	0,5
Outros trabalhadores	14,1	43,4	33,7	8,8	14,6	43,3	40,6	1,5
Total de Ocupados	13,6	43,4	34,1	8,9	13,7	43,3	41,6	1,4

Fonte: RAIS/TEM.

A Tabela 9 mostra os índices de crescimento bruto do emprego para o período citado. Os dados confirmam o processo de municipalização da saúde e, aparentemente, traduzem uma certa divisão do trabalho entre as instituições do setor público, no qual se observa uma “especialização” da esfera municipal na função saúde: os empregos de saúde cresceram 50% no setor público municipal contra um crescimento de 20% dos empregos de trabalhadores de outras famílias ocupacionais. Tais dados mostram-se compatíveis com a informação de que, em média, os municípios brasileiros teriam gasto – nos exercícios de 2000 e 2001 – aproximadamente 20% de suas receitas orçamentárias para pagamento de ações e serviços de assistência à saúde.¹⁸

Tabela 9 – Brasil, 1995-2000 – Taxa de Incremento dos Empregos de Profissionais de Saúde por Esfera Administrativa do Setor Público segundo Ocupações de Saúde

Ocupações	Taxa de Incremento Bruto 1995/ 2000			
	Set. Púb. Fed.	Set. Púb. Est.	Set. Púb. Mun.	Set. Púb. Out.
Médicos	-88,9	12,8	36,1	-96,8
Cirurgiões dentistas	-84,1	-11,0	26,2	-97,8
Médicos veterinários	-86,3	43,4	62,9	-97,0
Farmacêuticos	-80,4	-5,9	141,0	-91,1
Nutricionistas	-93,9	11,6	57,5	-94,2
Enfermeiros	-91,1	5,3	39,5	-95,1
Assistentes sociais	-83,6	5,1	31,3	-96,2
Psicólogos	-72,9	26,1	67,1	-97,8
Ortopistas e ópticos	-85,7	50,0	66,7	-100,0
Terapeutas	-91,1	8,6	96,9	-95,6
Oper. de Equip. Médicos	-88,6	-8,0	44,5	-82,4
Médico Outros	-72,2	8,6	32,8	-98,5
Pessoal de enfermagem	-80,0	15,2	69,4	-91,8
Auxiliar de enfermagem, em geral	-71,7	52,1	87,5	-91,2
Auxiliar de enfermagem do trabalho	-62,5	1,3	35,3	-88,9
Atendente de enfermagem	-97,1	-5,5	-10,6	-95,2
Visitador sanitário	-99,6	-11,9	138,5	-95,9
Auxiliar de banco de sangue	-50,0	0,0	-33,3	-85,7
Instrumentador de cirurgia	-71,9	35,7	27,8	-40,0
Parteira prática	-	-68,0	-5,1	-100,0
Aux. de Lab. Análises Clínicas	-98,3	-31,5	70,3	-92,8
Aux. de Lab. Análises Físico-Químicas	-80,0	-74,4	-20,2	-98,6
Outro pessoal de enfermagem	-91,7	-4,5	106,5	-69,2
Total Pessoal de Saúde	-85,2	10,9	50,3	-94,5
Outros trabalhadores	2,5	-1,0	19,8	-83,3
Total de Ocupados	0,0	-0,3	21,9	-84,1

Os empregos para o pessoal de enfermagem cresceram 69% no setor público municipal. Para os auxiliares de enfermagem, esse crescimento foi muito acima da

18 Cf. Girardi & Girardi (2002) – Gastos Municipais em Saúde: o peso do fator RH.

média das ocupações de saúde na esfera municipal, cerca de 88%, ao passo que os atendentes de enfermagem tiveram uma redução de 11% (Tabela 9).

As Especialidades Funcionais dos Mercados Profissionais

Antes de prosseguir a análise, é conveniente reforçar um esclarecimento sobre os limites da RAIS para o dimensionamento do emprego por setores de atividade, com foco nas especialidades funcionais destes setores, e apresentar nossa opção de análise. Conforme discutido na seção referente aos aspectos metodológicos envolvidos na utilização dos dados da RAIS, os dados do emprego referentes à classe de atividade econômica “Administração Pública” não permitem discriminar em detalhe os seus diversos segmentos “funcionais”. Isso significa que não é possível discriminar, dentro da administração pública, quais vínculos correspondem a trabalhadores empregados em hospitais, a empregados em atividades ambulatoriais e a outras atividades, inclusive fora das atividades assistenciais do núcleo do setor saúde. A *proxy* que utilizamos, que consiste na estimativa do emprego em atividades de saúde a partir das ocupações das categorias de profissões de saúde e relacionadas, se permite uma aproximação quanto ao volume de empregados em saúde, não permite esse detalhamento “funcional”.¹⁹ De maneira que é importante levar em conta que o emprego no segmento hospitalar é maior que o aqui apresentado, uma vez que outra parte dos empregados em estabelecimentos de atendimento hospitalar está embutida na administração pública.

Tomando os dados sobre ocupação nos serviços públicos informados pela AMS (1999), podemos dizer que cerca de 50% desta encontra-se em estabelecimentos com regime de internação. Para enfermeiros, o índice de participação dos hospitais chega a 58% e, para auxiliares de enfermagem, a 62%. Considere-se, contudo, que a informação da AMS não cobre os empregados nas burocracias do setor público (empregos nos níveis centrais e diretorias regionais das secretarias de saúde dos estados e municípios e pessoal burocrático do Ministério da Saúde). Dessa forma, descontando-se os empregos em ambulatórios, serviços diagnósticos e nas burocracias, não seria de todo incorreto supor que uma porcentagem em torno de 20 a 30% dos empregos de profissionais de saúde que aparecem na administração pública poderia ser somada aos empregos em atividades hospitalares. Uma alternativa para a análise da distribuição do emprego por áreas funcionais seria a de se tomar apenas os empregos no setor privado. Neste primeiro estudo, optamos por analisar as informações da RAIS levando em conta a totalidade das classes de atividade.

Os dados para 2000 mostram que a **administração pública e as atividades de atenção hospitalar** constituem-se nas classes de maior importância na geração

¹⁹ Essa dificuldade é inerente ao próprio sistema taxonômico utilizado na Classificação Nacional de Atividades Econômicas (CNAE-1995) e pode-se mesmo dizer que ela não se limita ao Brasil, mas é comum à maioria dos países cujas áreas de atividade apresentam uma forte provisão a partir do setor público. Cf. também, sobre a questão, Deddeca et al. (2001).

de empregos assalariados nos mercados de trabalho das profissões e ocupações de saúde. Juntas, elas respondem por mais de 70% dos empregos assalariados dessas categorias, cerca de 80% dos vínculos assalariados formais de médicos e enfermeiros, 82% dos vínculos de auxiliares e 85% dos de atendentes de enfermagem (Tabela 10).

Tabela 10 – Brasil, 1995-2000 – Percentual de Empregos de Profissionais de Saúde por Setor e Especialidade Funcional segundo Ocupações de Saúde

Ocupações	1995					2000				
	Adm. Pública	Atividades Hospitalares	SADT	Outras Ativ. Saúde	Outros	Adm. Pública	Atividades Hospitalares	SADT	Outras Ativ. Saúde	Outros
Médicos	50,0	22,5	0,6	10,6	16,3	60,7	19,4	0,7	6,4	12,7
Cirurgiões dentistas	61,5	3,5	0,1	10,9	23,9	71,4	2,8	0,1	6,6	19,1
Médicos veterinários	40,5	0,5	0,1	6,5	52,4	52,5	0,3	0,1	2,5	44,5
Farmacêuticos	10,0	8,6	0,7	4,7	76,0	11,7	6,9	1,1	2,2	78,2
Nutricionistas	25,7	21,6	0,1	4,2	48,3	33,4	19,9	0,2	2,5	44,0
Enfermeiros	33,2	35,4	1,1	9,7	20,6	44,2	35,0	1,3	6,6	12,9
Assistentes sociais	48,8	6,5	0,3	5,5	38,9	58,7	6,5	0,4	3,3	31,1
Psicólogos	38,7	11,9	1,3	5,9	42,3	46,5	9,4	0,7	4,6	38,8
Ortoptistas e ópticos	1,6	3,8	1,3	9,5	83,8	2,6	4,6	1,8	6,4	84,6
Terapeutas	22,8	23,8	8,8	20,2	24,4	30,1	21,3	4,9	16,5	27,2
Oper. Equip.	18,7	39,0	9,5	19,6	13,1	21,4	33,8	16,3	17,9	10,6
Méd.assem.	44,3	9,5	3,0	18,9	24,3	44,0	4,9	2,3	18,0	30,8
Pessoal de enfermagem	26,8	50,2	1,7	9,7	11,6	33,5	41,6	3,1	9,0	12,8
Auxiliar de enfermagem	26,6	54,1	0,7	6,8	11,8	29,5	52,2	1,3	6,9	10,1
Aux. enf. trab.	17,2	22,4	0,8	20,8	38,8	27,4	11,8	1,1	9,8	49,9
Atendente de enfermagem	29,2	56,5	0,9	6,3	7,2	54,3	30,0	1,3	7,0	7,4
Visitador sanitário	64,6	6,2	0,0	11,3	17,8	55,4	3,2	0,1	5,6	35,7
Auxiliar de banco de sangue	1,3	36,0	13,8	46,0	2,9	0,9	32,7	42,6	20,7	3,1
Instrumentador de cirurgia	2,0	71,2	1,7	18,5	6,6	3,1	52,0	2,5	31,2	11,1
Parteira prática	28,9	37,6	0,1	28,3	5,0	74,2	20,1	0,0	0,9	4,7
Aux. de lab. análise cl.	10,6	20,5	19,9	35,0	14,1	10,3	15,3	38,4	22,1	13,8
Auxiliar de lab.	3,0	3,2	1,0	5,1	87,7	2,4	2,2	4,1	3,2	88,1
Outro pess. de enferm.	24,9	32,7	3,6	22,9	15,9	35,2	21,0	5,6	17,4	20,8
Total Pessoal de Saúde	33,8	34,8	1,6	10,1	19,7	40,4	30,3	2,7	8,1	18,5
Outros trabalhadores	22,6	1,2	0,1	0,9	75,1	21,8	1,1	0,2	0,9	76,0
Total	23,0	2,4	0,2	1,2	73,2	22,5	2,1	0,3	1,1	74,0

Fonte: RAIS/TEM.

A administração pública aparece como principal empregador de profissionais de saúde em 2000, com 40,4% dos vínculos de emprego. Para os outros

trabalhadores da economia, a administração pública respondia por cerca de 22% dos vínculos formais de trabalho. Comparativamente ao ano de 1995, houve um crescimento da participação da administração pública no emprego de profissionais de saúde. Em 1995, essas atividades eram responsáveis por 33,8% dos vínculos de emprego de profissionais de saúde, ao passo que em 2000 sua participação subiu para 40,4%. Isso se deveu, conforme visto, ao aumento do emprego de profissionais de saúde no setor público municipal. Com relação aos trabalhadores dos outros grupos ocupacionais (não-saúde), a participação relativa da administração pública apresentou uma ligeira queda (de 22,6% para 21,8%).

Tabela 11 – Brasil, 1995-2000 – Estoques e Saldos dos Empregos de Profissionais de Saúde por Setor e Especialidade Funcional segundo Categorias Seleccionadas das Ocupações de Saúde

	Estoques e saldos	Adm. Pública	Ativ. Hospit.	SADT	Outros saúde	Outros	Todos
Médicos	1995	73.092	32.886	863	15.529	23.771	146.141
	2000	92.389	29.586	1.050	9.773	19.321	152.119
	Saldo	19.297	-3.300	187	-5.756	-4.450	5.978
	%saldo	20,89	-11,15	17,81	-58,90	-23,03	3,93
Enfermeiros	1995	23.631	25.191	775	6.884	14.616	71.097
	2000	30.806	24.440	940	4.613	8.975	69.774
	Saldo	7.175	-751	165	-2.271	-5.641	-1.323
	%saldo	23,29	-3,07	17,55	-49,23	-62,85	-1,90
Pess. de enfermagem	1995	107.557	201.276	6.707	39.117	46.625	401.282
	2000	164.108	203.965	15.297	43.940	62.561	489.871
	Saldo	56.551	2.689	8.590	4.823	15.936	88.589
	%saldo	34,46	1,32	56,15	10,98	25,47	18,08
Aux. de enfermagem	1995	53.184	108.138	1.473	13.567	23.537	199.899
	2000	92.758	163.918	4.014	21.746	31.797	314.233
	Saldo	39.574	55.780	2.541	8.179	8.260	114.334
	%saldo	42,66	34,03	63,30	37,61	25,98	36,39
Atendente de enfermagem	1995	36.933	71.491	1.143	7.917	9.132	126.616
	2000	37.277	20.550	909	4.799	5.074	68.609
	Saldo	344	-50.941	-234	-3.118	-4.058	-58.007
	%saldo	0,92	-247,89	-25,74	-64,97	-79,98	-84,55
Total Pessoal de Saúde	1995	275.933	283.965	13.447	82.309	161.184	816.838
	2000	375.518	281.675	24.994	75.513	172.489	930.189
	Saldo	99.585	-2.290	11.547	-6.796	11.305	113.351
	%saldo	26,52	-0,81	46,20	-9,00	6,55	12,19

Fonte: RAIS/TEM.

O segmento de atividades hospitalares, responsável, em 1995, por cerca de 34,8% dos empregos nos mercados de profissionais de saúde, viu sua participação reduzida para 30,3%, em 2000, com uma perda líquida de 2.290 vínculos de trabalho. Por si, esse dado sugere uma certa “des hospitalização” do emprego dos profissionais de saúde. De fato, observa-se, no mesmo intervalo de tempo, um crescimento da participação relativa dos estabelecimentos de SADT – de 1,6% para 2,7% - no mercado de trabalho das ocupações de saúde – um acréscimo de 11.547 empregos. Contudo, para a comprovação dessa hipótese, faz-se necessário

determinar como se distribuiu o crescimento do emprego na administração pública entre as diversas especialidades funcionais dos serviços (Tabela 11). Por quais segmentos ou áreas funcionais da administração pública se distribuíram os 99.585 empregos de profissionais de saúde que representam a diferença líquida entre os estoques existentes em 1995 e dezembro de 2000? Qual foi o impacto, por exemplo, dos empregos gerados no Programa de Saúde da Família, bem como da ampliação da rede de assistência ambulatorial “regular” dos serviços municipais? Com relação aos mercados profissionais, sabe-se de sua importância maior para os enfermeiros. De fato, enquanto os postos oferecidos pelo PSF representam menos de 5,5% do contingente de médicos ativos e pouco mais de 2% do de dentistas, eles representam cerca de 15% do contingente de enfermeiros. Com relação aos mercados formais de trabalho, o PSF representa 20% da demanda do estoque de empregos formais da categoria.

A análise da dinâmica das categorias ocupacionais da área de enfermagem torna os resultados ainda mais ambíguos e reforça, uma vez mais, a necessidade de se apurar com maior detalhe a distribuição do crescimento do emprego de saúde na administração pública. Os empregos de enfermeiros, por exemplo, só não experimentaram variação negativa na administração pública e nos SADT. Os auxiliares de enfermagem, contudo, cresceram em todos os segmentos.

O Comportamento do Mercado Assalariado por Segmento Institucional do Sistema das Relações de Trabalho

A Tabela 12 apresenta os índices de variação do estoque de empregos de profissionais de saúde, comparando os segmentos celetista e estatutário do mercado de trabalho formal, nos períodos 1990/95 e 1995/2000, respectivamente. A discrepância das performances dos dois segmentos, particularmente na primeira metade da década, salta de imediato aos olhos. Os índices positivos do crescimento do emprego no segmento estatutário do mercado de trabalho no período 1990-95 contrastam fortemente com o desempenho francamente negativo do mercado celetista no período. Com efeito, os empregos dos profissionais de saúde, considerados em seu conjunto, cresceram no quinquênio referido a uma razão geométrica de 13,9% ao ano, e os dos demais trabalhadores da economia 6,37% aa no período. Algumas categorias, como enfermeiros, terapeutas e auxiliares de enfermagem, entre outras, alcançaram índices de crescimento do emprego estatutário superiores a 20% ao ano. No mesmo período, os vínculos de emprego regidos pela CLT experimentaram variação negativa de 1,47% aa para os profissionais de saúde e 0,94% aa para os demais trabalhadores da economia. Os empregos de médicos, sob o regime celetista, por exemplo, decresceram à razão de 8,4% ao ano no período.²⁰

Esta tremenda discrepância das performances do emprego estatutário e celetista é quase completamente eliminada no período subsequente (1995-2000). De

20 A evolução e os índices do emprego, ano a ano, de 1990 a 2000, confirmam as tendências apontadas no texto.

fato, ocorre mesmo uma discreta inversão da tendência do período anterior, na medida em que os celetistas passam a apresentar índices de crescimento ligeiramente maiores, 2,27% aa e 2,04% para pessoal de saúde e outros trabalhadores, respectivamente, contra índices de 1,77% aa e 1,56% aa para estatutários em saúde e outros. No segmento estatutário, com exceção dos farmacêuticos e enfermeiros, que mostraram variação negativa, as demais categorias apresentaram crescimento, mas em todos os casos sem superar o índice dos 2% ao ano (Tabela 12).

Tabela 12 - Brasil, 1990-2000 – Taxas de Incremento Geométrico do Emprego de Profissões de Saúde por Regime do Vínculo de Emprego segundo Ocupações de Saúde

Ocupação	Regime de Trabalho					
	Inc Geo 90-95			Inc Geo 95-00		
	Estatutário	CLT	Todos	Estatutário	CLT	Todos
Médico	13,15	-8,35	-0,8	1,66	-0,95	0,8
Dentista	14,70	-6,78	1,7	1,53	-2,74	-0,3
Méd. Veterinário	9,18	-8,40	-3,5	1,97	-0,63	1,9
Farmacêutico	18,48	4,03	5,6	-1,13	6,57	5,6
Nutricionista	20,59	0,20	4,0	1,58	1,47	1,6
Enfermeiro	24,03	4,22	9,7	-1,06	-0,44	-0,4
Assistente Social	13,92	-6,39	-0,2	1,47	-3,21	-1,1
Psicólogo	9,56	-6,14	-1,9	1,97	1,62	3,0
Ortopistas e Ópticos	8,45	-7,53	-7,3	1,62	-0,83	-0,8
Terapeutas Ocup. e Fisioterapeutas	23,78	0,93	4,5	1,95	3,12	3,6
Op. Equip. Médicos e Odontológicos	21,90	0,61	3,4	1,52	2,42	2,2
Méd. Outros	31,09	3,71	10,6	1,73	3,99	3,6
Pessoal de Enfermagem	11,38	0,68	3,1	1,96	3,61	4,1
Auxiliar de Enferm., em Geral	24,09	11,96	14,8	2,15	10,13	9,5
Auxiliar de Enferm. do Trabalho	-	183,30	210,4	1,78	14,18	10,7
Atendente de Enfermagem	14,80	-4,29	-1,2	0,97	-17,14	-11,5
Visitador Sanitário	37,67	-9,30	2,1	2,41	24,84	19,2
Auxiliar de Banco de Sangue	5,29	5,03	5,0	1,79	3,50	3,5
Instrumentador de Cirurgia	-17,62	-1,31	-2,0	-1,79	-0,60	-0,7
Parteira Prática	-	80,26	103,7	-0,84	-12,91	-6,2
Aux. de Lab. de Análises Clínicas	-	-	0,0	-1,66	8,29	6,9
Aux. Lab. de Análises Físico-Químicas	102,44	192,37	182,5	-1,88	4,42	4,1
Outro Pess. Enferm. e Assem.	-8,62	-14,96	-12,9	1,83	8,61	6,9
Total Pessoal de Saúde	13,87	-1,47	2,5	1,77	2,27	2,6
Outros trabalhadores	6,37	-0,94	0,4	1,56	2,04	2,0

Fonte: RAIS/TEM.

Os resultados líquidos, em termos de saldos de estoques, desses diferentes índices de crescimento entre os segmentos celetista e estatutário e para o conjunto do mercado de trabalho, nos dois períodos, podem ser observados na tabela seguinte, para categorias selecionadas.

Tabela 12A – Brasil, 1990-2000 – Número de Vínculos de Emprego de Profissões de Saúde por Regime do Vínculo de Emprego segundo Ocupações de Saúde

Ocupação	1990			1995			2000		
	Não CLT	CLT	Todos	Não CLT	CLT	Todos	Não CLT	CLT	Todos
Médico	39.605	112.436	152.041	73.451	72.690	146.141	82.817	69.302	152.119
Dentista	10.786	25.021	35.807	21.413	17.610	39.023	23.205	15.328	38.533
Méd. Veterinário	1.831	6.905	8.736	2.841	4.453	7.294	3.690	4.315	8.005
Farmacêutico	1.985	21.186	23.171	4.634	25.813	30.447	4.550	35.490	40.040
Nutricionista	1.226	8.035	9.261	3.127	8.115	11.242	3.436	8.731	12.167
Enfermeiro	9.481	35.184	44.665	27.831	43.266	71.097	27.452	42.322	69.774
Assistente Social	7.450	25.659	33.109	14.297	18.443	32.740	15.291	15.665	30.956
Psicólogo	3.270	12.177	15.447	5.161	8.871	14.032	6.678	9.614	16.292
Ortoptistas e Ópticos	24	2.364	2.388	36	1.598	1.634	40	1.533	1.573
Terapeutas Ocup. e Fisioterapeutas	970	7.974	8.944	2.818	8.352	11.170	3.608	9.740	13.348
Op. Equip. Médicos e Odontológicos	1.492	14.836	16.328	4.016	15.295	19.311	4.337	17.237	21.574
Méd. Outros	1.614	7.858	9.472	6.249	9.428	15.677	7.206	11.467	18.673
Pessoal de Enfermagem	67.065	276.778	343.843	114.946	286.336	401.282	147.950	341.921	489.871
Auxiliar de Enferm., em Geral	20.116	79.995	100.111	59.181	140.718	199.899	86.253	227.980	314.233
Auxiliar de Enferm. do Trabalho	0	8	8	844	1.460	2.304	994	2.833	3.827
Atendente de Enfermagem	15.537	119.092	134.629	30.983	95.633	126.616	31.255	37.354	68.609
Visitador Sanitário	434	3.369	3.803	2.146	2.068	4.214	3.879	6.271	10.150
Auxiliar de Banco de Sangue	17	1.227	1.244	22	1.568	1.590	26	1.862	1.888
Instrumentador de Cirurgia	87	1.409	1.496	33	1.319	1.352	27	1.280	1.307
Parteira Prática	0	30	30	481	571	1.052	479	286	765
Aux. de Lab. de Análises Clínicas	0	0	0	1.485	8.361	9.846	1.298	12.449	13.747
Aux. Lab. de Análises Físico-Químicas	3	13	16	102	2.777	2.879	78	3.448	3.526
Outro Pess. Enferm. e Assem.	30.871	71.635	102.506	19.669	31.861	51.530	23.661	48.158	71.819
Total Pessoal de Saúde	148.850	572.858	721.708	284.990	531.848	816.838	335.089	595.100	930.189
Outros trabalhadores	3.671.274	18.805.674	22.476.948	4.998.872	17.940.026	22.938.898	5.456.739	19.841.701	25.298.440

Tabela 13 - Brasil, 1990-2000 -- Saldo do Emprego de Profissões de Saúde por Regime de Trabalho segundo Categorias Seleccionadas

Ocupação	Saldos 90-95			Saldos 95-2000		
	Não CLT	CLT	Todos	Não CLT	CLT	Todos
Médicos	33.846	-39.746	-5.900	9.366	-3.388	5.978
Dentistas	10.627	-7.411	3.216	1.792	-2.282	-490
Farmacêuticos	2.649	4.627	7.276	-84	9.677	9.593
Enfermeiros	18.350	8.082	26.432	-379	-944	-1.323
Pessoal de Enfermagem	47.881	9.558	57.439	33.004	55.585	88.589
Auxiliar de Enfermagem	39.065	60.723	99.788	27.072	87.262	114.334
Atendente de Enfermagem	15.446	-23.459	-8.013	272	-58.279	-58.007
Outro Pessoal Enfermagem	-11.202	-39.774	-50.976	3.992	16.297	20.289
Total Pessoal de Saúde	136.140	-41.010	95.130	50.099	63.252	113.351
Outros trabalhadores	1.327.598	-865.648	461.950	457.867	1.901.675	2.359.542
Total	1.463.738	-906.658	557.080	507.966	1.964.927	2.472.893

Fonte: RAIS/TEM.

Seja como for, em termos de distribuição do emprego pelos dois segmentos do mercado formal de trabalho, os vínculos de regime CLT, que representavam 79,4% do mercado dos profissionais de saúde em 1990, baixaram sua participação para 65,1% em 1995 e 64% em 2000. Para os demais trabalhadores da economia, o segmento celetista reduziu sua participação de 83,7% no princípio da década para 78,2% em 1995 e 78,4% em 2000.

Os dados demonstram que a grande mudança ocorrida no mercado do trabalho formal aconteceu na primeira metade dos anos noventa e, ao que tudo indica, concentrou-se na conversão de vínculos de regime CLT para o regime estatutário.

Com relação ao emprego dos médicos que mantiveram seus estoques praticamente inalterados, comparando os anos extremos do período, a participação dos vínculos CLT caiu de 74% para 45,6% no mercado formal da categoria. Nesse caso, essa redução significativa dos vínculos celetistas de médicos pode ser explicada pelo fato da maioria dos empregos formais de médicos estar em instituições públicas (cerca de 70%).

Tabela 14 – Brasil 1990-2000 – Percentual do Emprego de Profissões de Saúde por Regime de Trabalho segundo Categorias Seleccionadas

Ocupações	1990		1995		2000	
	Não CLT	CLT	Não CLT	CLT	Não CLT	CLT
Médicos	26,0	74,0	50,3	49,7	54,4	45,6
Dentistas	30,1	69,9	54,9	45,1	60,2	39,8
Farmacêuticos	8,6	91,4	15,2	84,8	11,4	88,6
Enfermeiros	21,2	78,8	39,1	60,9	39,3	60,7
Pessoal de Enfermagem	19,5	80,5	28,6	71,4	30,2	69,8
Auxiliar de Enfermagem	20,1	79,9	29,6	70,4	27,4	72,6
Atendente de Enfermagem	11,5	88,5	24,5	75,5	45,6	54,4
Outro Pessoal Enfermagem	30,1	69,9	38,2	61,8	32,9	67,1
Total Pessoal de Saúde	20,6	79,4	34,9	65,1	36,0	64,0
Outros trabalhadores	16,3	83,7	21,8	78,2	21,6	78,4
Total	16,5	83,5	22,2	77,8	22,1	77,9

Fonte: RAIS/TEM.

Nos mercados de trabalho das ocupações da área de enfermagem, a participação do segmento celetista caiu de cerca de 80% em 1990, no caso dos enfermeiros, para 60%. O declínio do segmento celetista foi menor para as ocupações auxiliares de enfermagem. Os vínculos de trabalho celetistas reduziram sua participação de 80% para 70% do emprego formal das categorias de enfermagem, consideradas em conjunto. É interessante observar as diferenças entre os auxiliares e atendentes de enfermagem. Os últimos tinham quase 90% de seus empregos em regime CLT em 1990 contra 54,4% em 2000, apresentando redução significativa, enquanto os auxiliares de enfermagem apresentaram uma ligeira redução, de 80% em 1990 para 73% em 2000 (Tabela 14).

Conclusão

A análise empírica dos dados da evolução e composição do emprego em saúde demonstra que as atuais configurações dos mercados de trabalho em saúde responderam a um conjunto complexo de fatores, envolvendo a combinação de políticas públicas voltadas para diversos setores da economia e decisões diretas de agentes públicos e privados, mais ou menos autônomos, situados no âmbito destes mercados.

Assim, políticas de saúde, políticas de emprego e salários, políticas de educação e regulação profissional, bem como políticas administrativas e tributárias, contribuíram para conformar os mercados de trabalho em saúde, nas diversas dimensões apontadas. Pode-se dizer, no entanto, que essas políticas não agiram nem de forma isolada – na verdade, nos espaços institucionais de sua implementação, elas interagiram, mostrando-se mais ou menos efetivas –, nem de forma independente das estratégias peculiares às organizações do setor.

Por outro lado, os impactos diferenciados das políticas sobre os diversos setores institucionais da economia da saúde (público, empresarial e privado sem fins de lucro), revelados pelo crescimento diferencial do emprego em cada um destes diversos segmentos, indicam que tais instituições reagem de forma distinta a estas políticas.

Bibliografia

- BRASIL. Ministério do Trabalho. *Registros administrativos da relação anual de informação social*. Brasília, DF, [199-]. Série 1990 a 2000.
- _____. *Registros administrativos do cadastro geral dos empregados e desempregados*. Brasília, DF, [199-]. Série 1990 a 2000.
- DAIN, S. et al. Avaliação dos impactos da reforma tributária sobre o financiamento da saúde. In: NEGRI, B., DI GIOVANNI (Org.). *Brasil: radiografia da saúde*. Campinas: Unicamp. Instituto de Economia, 2001.
- DEDDECA, C. S. et al. O trabalho no setor de atenção à saúde. In: NEGRI, B., DI GIOVANNI (Org.). *Brasil: radiografia da saúde*. Campinas: Unicamp. Instituto de Economia, 2001.

- FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Assistência médico-sanitária*. Rio de Janeiro, 1999. (CD-ROM).
- _____. *Pesquisa do setor informal no Brasil*. Rio de Janeiro, 1997. Disponível na Internet: <<http://www.ibge.gov.br>>.
- _____. *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios*. Rio de Janeiro, 1999. Disponível na Internet: <<http://www.ibge.gov.br>>.
- GIRARDI, S. N. (Coord.). *Contratação de serviços e tecnologias na rede hospitalar de Minas Gerais*. Belo Horizonte: Conselho Regional de Medicina do Estado de Minas Gerais; Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado; Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva/UFMG, 2002. (Relatório de Pesquisa).
- _____. *Mercado de trabalho médico no Estado de São Paulo*. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo/Belo Horizonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado; Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva/UFMG, 2002.
- _____. *Rede hospitalar filantrópica no Brasil: perfil institucional e ofertas de serviços*. Brasília, DF: Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde-SIS/Ministério da Saúde, 2001. (Relatório de Pesquisa).
- GIRARDI, S. N et al. *Sinais de mercado e regulação institucional do trabalho em saúde no Brasil dos anos 90*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, CGDRH, 1995.
- _____, GIRARDI, J. B. *Gastos municipais em saúde: o peso do fator recursos humanos*. Belo Horizonte: UFMG, 2002. (Mimeogr.).
- LAZZARATO, M., NEGRI, A. *Trabalho imaterial: formas de vida e produção de subjetividade*. Rio de Janeiro: DP&A, 2001.
- LIPIETZ, A. *Towards a new economic order*. New York: Oxford University Press, 1992.
- NOGUEIRA, R. P., GIRARDI, S. N. *Perfil do emprego na função saúde*. Brasília, DF: IPEA, 1999. (Mimeogr.).
- UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva. Faculdade de Medicina. *Acervo de dados de pesquisas telefônicas*. Belo Horizonte, 2002.
- ZAYEN et al. *Economia política da saúde: uma perspectiva quantitativa*. Rio de Janeiro: IPEA, 1995. (Texto para Discussão IPEA, n. 370).

Apêndice

Perfil do mercado de trabalho assalariado das profissões de saúde

Indicadores Gerais – As mulheres representam cerca de 73% dos empregos nas ocupações de saúde. Das 15 categorias de saúde selecionadas, em apenas 4 existe uma maior participação masculina - médico (60%), médico veterinário (75%), ortoptista/óptico (69%) e operador de equipamentos médicos e odontológicos (56%). Nas restantes, as mulheres estão presentes em proporções maiores que 65% dos empregos, com exceção dos dentistas, cuja proporção de mulheres é de 57%. Nutricionista e assistente social são as duas categorias que apresentam uma maior participação feminina na composição da força de trabalho assalariada, 94% e 93%, respectivamente. Em relação ao ano de 1995, a participação feminina permaneceu praticamente a mesma para o conjunto das ocupações de saúde (72% em 1995 e 73% em 2000). Entre as categorias selecionadas, houve aumento da participação feminina em 7 categorias (médico, dentista, veterinário, farmacêutico, enfermeiro, assistente social, psicólogo), confirmando a tendência de aumento da participação feminina, enquanto em duas delas (ortoptistas/óticos e pessoal de enfermagem) ocorreu uma diminuição; as demais permaneceram iguais.

A idade média dos profissionais de saúde praticamente não se alterou no período analisado, com um aumento de apenas 1 ano na idade média do conjunto das categorias analisadas, passando de 37 anos, em 1995, para 38 anos de idade, em 2000. Todas as categorias apresentaram envelhecimento, com exceção dos farmacêuticos, que permaneceram com a mesma média de idade. Para o conjunto das categorias de saúde, a idade média variou de 34 a 42 anos em 2000; a menor idade média referindo-se aos ortoptistas/óticos e terapeutas, e a maior, aos médicos. Em termos comparativos, os profissionais de saúde apresentam maior idade média que o conjunto dos trabalhadores da economia (35 anos). Esse fato expressa, provavelmente, a ação de três fatores combinados: o grau mais elevado de participação de profissões regulamentadas no setor saúde, a maior participação do setor público no mercado formal do setor e um aumento mais que proporcional dos anos de escolarização da força de trabalho em saúde.

O salário médio para o conjunto das categorias de saúde está em torno de 6,5 salários mínimos, sendo os menores salários os dos ortoptistas/óticos (3,8 SM) e do pessoal de enfermagem (3,9 SM) e os maiores dos médicos (12,2 SM) e veterinários (11,8 SM). Como a hora semanal contratada varia bastante entre as diversas categorias, um ajuste é necessário para analisar comparativamente o valor da hora contratada desses profissionais²¹. Tomando o maior salário ajustado, dos médicos, como 100, tem-se um índice de remuneração média que mostra que os ortoptistas/óticos e o pessoal de enfermagem recebem, respectivamente, 21% e 24% do salário do médico. Para os farmacêuticos, esse valor não chega a ser nem a metade do salário médio do médico, significando 38% desta remuneração. Os valores que mais se aproximam da remuneração média dos médicos são os do veterinário (74%), dentista (71%) e biólogo (68%). Em relação ao ano de 1995, observa-se que o salário médio do conjunto dos profissionais permaneceu o mesmo, representado naquela época por 6,7 salários mínimos. Como em 1995, os menores salários ficavam para os ortoptistas/óticos (3,5 SM) e para o pessoal de enfermagem (4,1 SM), com valores semelhantes aos de 2000. Os maiores valores de salários médios praticados em 1995 foram para os veterinários (13,2 SM), médicos (11,7 SM) e biólogos (11 SM). Quando utilizamos valores ajustados à hora contratada, encontramos um valor ainda menor para os ortoptistas/óticos (19%) e praticamente o mesmo para o pessoal de enfermagem (25%), relativamente ao salário dos médicos. Os valores que mais se aproximam da remuneração média dos médicos são dos mesmos profissionais veterinários (80%),

21 Conforme se sabe, o setor saúde apresenta importantes peculiaridades no que diz respeito a cargas horárias e organização das jornadas de trabalho, e não somente no Brasil, como em outros países. Fatores como adicionais de trabalho noturno, adicionais de plantão, de insalubridade, entre outros, apresentam grande peso no padrão de remuneração dos profissionais do setor.

dentistas (74%) e biólogos (68%). Nesse caso, houve uma diminuição da remuneração média para veterinários e dentistas, relativamente aos salários praticados para os médicos no período de 1995 a 2000.

O tempo médio de permanência no emprego em 2000 foi de 7 anos para o total dos profissionais de saúde. Das 15 categorias selecionadas, temos uma maioria, 10 categorias, que possui um tempo médio de permanência no emprego igual ou menor do que a média. O menor tempo de emprego fica para a categoria dos farmacêuticos, representado por 4,1 anos, seguidos dos ortoptistas/óticos, com 4,6 anos. Em ordem decrescente para o *tempo de permanência no emprego*, estão as profissões de veterinário, dentista, médico, assistente social e biólogo, com tempo de permanência no emprego acima da média, variando de 7,8 a 9,8 anos. No ano de 1995, esse tempo de permanência no emprego apresentava-se menor, com uma média de 6,2 anos para o conjunto das categorias de saúde. Esse tempo aumentou no ano de 2000 para todas as categorias de saúde, com exceção dos farmacêuticos, que tiveram um tempo médio de permanência ligeiramente reduzido em relação ao ano de 1995, passando de 4,9 anos para 4,1.

Tabela 1 - Brasil, 1995 - Indicadores gerais dos mercados de trabalho de profissionais de saúde empregados no mercado formal (todas as atividades e setores)

Categoria profissional	Número vínculos ativos	% Particip. feminina	Idade média	Salários médios (Sal. Mín.)	Horas semanais contratadas	Índice de remuneração o média ajustado ⁽¹⁾	Tempo médio de emprego, em meses
Biologistas	6.536	66,9	36	11,0	38	68,2	79
Bacteriologistas	9.203	65,8	35	7,3	36	47,5	63
Médicos	146.141	37,7	40	11,7	27	100,0	84
Cir. Dentistas	39.023	53,9	38	8,8	28	73,5	96
Méd. Veterinários	7.294	20,4	38	13,2	38	80,4	102
Farmacêuticos	30.447	65,8	37	5,7	38	35,3	59
Nutricionistas	11.242	93,6	34	8,0	39	48,2	60
Enfermeiros	71.097	88,2	36	8,4	38	51,9	74
Assist. Sociais	32.740	90,0	37	8,4	38	51,9	82
Psicólogos	14.032	88,2	36	9,3	34	63,6	74
Ortoptistas e Ópticos	1.634	32,4	32	3,5	43	19,3	48
Terapeutas	11.170	80,8	33	6,1	34	42,4	51
Op. Eq. Méd. e Odont.	19.311	44,5	37	5,7	32	41,8	75
Méd. Outros	15.677	78,4	34	5,6	36	36,2	63
Pessoal de Enfermagem	401.282	84,2	36	4,1	38	24,7	72
Auxiliar de Enferm., em Geral	199.899	86,1	36	4,7	38	28,6	64
Auxiliar de Enferm. do Trabalho	2.304	77,0	37	4,6	37	28,9	64
Atendente de Enfermagem	126.616	86,5	38	3,3	39	19,5	82
Visitador Sanitário	4.214	51,0	34	2,5	39	14,9	69
Auxiliar de Banco de Sangue	1.590	75,3	33	5,0	37	31,0	53
Instrumentador de Cirurgia	1.352	90,0	37	4,8	38	29,4	84
Parteira Prática	1.052	96,0	44	2,6	35	17,5	133
Aux. de Lab. de Análises Clínicas	9.846	74,1	31	3,5	39	20,7	55
Aux. Lab. de Análises Físico-Q.	2.879	38,0	30	5,1	42	28,2	70
Outro Pess. Enferm.	51.530	79,1	36	3,8	38	23,2	80
Total Pessoal de Saúde	816.838	72,4	37	6,7	35	44,0	75

⁽¹⁾ Calculado através do ajuste da remuneração média ao número de horas contratadas; a remuneração do médico foi tomada como igual a 100, referência a partir da qual se constituíram os índices das outras categorias

Fonte: RAIS/TEM.

Tabela 2 – Brasil, 2000 – Indicadores gerais dos mercados de trabalho de profissionais de saúde empregados no mercado formal (todas as atividades e setores)

Categoria profissional	Número vínculos ativos	% Particip. feminina	Idade média	Salários médios (Sal. Mín.)	Horas semanais contratadas	Índice de remuneração o média ajustado ⁽¹⁾	Tempo médio de emprego, em meses
Biologistas	7.374	73,2	37	10,9	37	68,4	94
Bacteriologistas	9.890	66,2	36	7,5	37	47,4	71
Médicos	152.119	39,6	42	12,2	29	100,0	100
Cir. Dentistas	38.533	57,4	40	8,6	28	71,4	113
Méd. Veterinários	8.005	25,0	40	11,8	37	73,5	118
Farmacêuticos	40.040	67,3	37	6,3	39	37,6	49
Nutricionistas	12.167	94,3	35	7,6	39	45,7	67
Enfermeiros	69.774	89,7	37	9,3	37	58,0	82
Assist. Sociais	30.956	93,0	40	8,1	37	50,8	100
Psicólogos	16.292	89,5	38	8,6	34	59,2	84
Ortopistas e Ópticos	1.573	30,5	34	3,8	43	20,9	55
Terapeutas	13.348	81,0	34	6,4	33	45,6	64
Op. Eq. Méd. e Odont.	21.574	44,3	38	5,2	32	38,4	79
Méd. Outros	18.673	78,3	35	5,2	37	33,3	68
Pessoal de Enfermagem	489.871	82,8	37	3,9	39	23,8	80
Auxiliar de Enferm., em Geral	314.233	84,9	37	4,2	38	25,7	75
Auxiliar de Enferm. do Trabalho	3.827	76,7	38	4,1	39	24,6	67
Atendente de Enfermagem	68.609	86,5	41	3,3	39	19,8	109
Visitador Sanitário	10.150	54,0	34	2,3	40	13,5	58
Auxiliar de Banco de Sangue	1.888	74,0	-	4,7	38	0,0	58
Instrumentador de Cirurgia	1.307	87,5	37	4,3	39	25,9	82
Parteira Prática	765	96,7	47	2,4	34	16,4	182
Aux. de Lab. de Análises Clínicas	13.747	75,8	32	2,9	40	17,0	58
Aux. Lab. de Análises Físico-Q.	3.526	47,8	30	3,7	43	20,3	52
Outro Pess. Enferm.	71.819	77,3	36	3,7	39	22,2	81
Total Pessoal de Saúde	930.189	73,3	38	6,5	36	42,1	84

⁽¹⁾ Calculado através do ajuste da remuneração média ao número de horas contratadas; a remuneração do médico foi tomada como igual a 100, referência a partir da qual se constituíram os índices das outras categorias

Fonte: RAIS/TEM.

A Tabela 3 apresenta os indicadores gerais do mercado de trabalho de médicos, enfermeiros e pessoal de enfermagem para as regiões do país.

Tabela 3 – Brasil, 2000 – Indicadores gerais do mercado de trabalho de categorias selecionadas por região

Região	Categoria	Numero de vínculos ativos	% Particip. feminina	Idade média	Salários médios (em S.M.)	Horas semanais	Índice de remuneração média ajustado	Tempo médio de emprego, em meses
Norte	Médicos	3.352	42,2	43	12,1	32	100,0	93
	Enferm.	2.399	88,8	37	8,3	37	60,3	78
	Pes. Enf.	16.065	80,2	35	2,8	38	19,5	65
	Total	28.554	73,0	37	5,2	37	37,9	72
Nordeste	Médicos	27.587	45,1	45	8,2	29	100,0	148
	Enferm.	17.300	92,3	40	6,0	36	58,1	132
	Pes. Enf.	87.815	85,2	37	2,4	38	22,0	95
	Total	169.240	76,2	39	4,4	35	43,8	111
Sudeste	Médicos	90.852	39,6	41	12,5	29	100,0	83
	Enferm.	34.485	88,5	36	10,5	38	63,9	61
	Pes. Enf.	265.344	82,1	37	4,3	39	25,5	74
	Total	511.465	72,4	38	7,0	36	44,3	75
Sul	Médicos	19.567	33,0	43	13,3	27	100,0	100
	Enferm.	10.894	90,9	36	9,8	38	50,9	66
	Pes. Enf.	80.244	83,9	36	4,0	39	20,3	75
	Total	148.707	74,0	37	6,7	36	36,6	78
C. Oeste	Médicos	10.761	37,1	43	18,3	28	100,0	121
	Enferm.	4.696	87,2	38	11,9	36	51,1	87
	Pes. Enf.	40.403	80,9	37	5,2	37	21,1	98
	Total	72.223	71,6	38	8,3	35	36,0	98
Brasil	Médicos	152119	39,6	42	12,2	29	100,0	100
	Enferm.	69774	89,7	37	9,3	37	58,0	82
	Pes. Enf.	489871	82,8	37	3,9	39	23,8	80
	Total	930189	73,3	38	6,5	36	42,1	84

Fonte: RAIS/TEM.

Uma análise regional desses indicadores mostra que a participação feminina é maior nas regiões Nordeste e Sul, tanto para enfermeiros quanto para pessoal de enfermagem, diferindo dos médicos, com maior concentração de mulheres nas regiões Nordeste e Norte. A variação regional da idade média do pessoal de enfermagem é muito pequena, ficando entre 35 e 37 anos, categoria mais jovem do que enfermeiros e médicos. Os médicos, com idade média um pouco acima das demais categorias de saúde, apresentam, para todas as regiões, idade média acima de 41 anos. Para os enfermeiros, a idade média varia de 36 anos, nas regiões Sul e Sudeste, até 40 anos, no Nordeste.

A remuneração média dos médicos apresenta maior variação regional, de 8,2 salários mínimos na região Nordeste a 18,3 salários mínimos na região Centro-Oeste - neste caso, a média é muito maior devido aos salários praticados no Distrito Federal, muito acima da média nacional. Para os enfermeiros, existe pouca variação nos salários médios praticados nas regiões, sendo os menores valores pagos na região Nordeste, 6,0 salários mínimos, e os maiores no Centro-Oeste, 11,9 salários mínimos. Para o pessoal de enfermagem, os salários médios pagos são semelhantes nas regiões Norte e Nordeste, respectivamente 2,8 SM e 2,4, e também semelhantes nas regiões Sul e Sudeste, respectivamente 4,0 SM e 4,3, ficando a

região Centro-Oeste com o maior salário médio, de 5,2 salários mínimos, mais uma vez em virtude do Distrito Federal, com salários bem maiores do que o resto do país. Quando a remuneração média é analisada com ajuste das horas médias contratadas, encontramos uma diferença regional muito grande para os salários de enfermeiros e pessoal de enfermagem relativamente aos salários pagos aos médicos. Assim, a região Sudeste aparece com uma melhor remuneração para os enfermeiros e para o pessoal de enfermagem, respectivamente 63,9% e 25,5% do salário pago aos médicos. A diferença salarial entre médicos e enfermeiros é maior nas regiões Sul e Centro-Oeste, onde os enfermeiros recebem em média 50% dos salários percebidos pelos médicos. Para o pessoal de enfermagem, são as regiões Norte e Sul que pagam o menor salário relativamente ao dos médicos, representando apenas 1/5 dos salários destes. Em suma, a região Sudeste apresenta menor desigualdade salarial entre enfermeiros/pessoal de enfermagem e médicos, enquanto a maior desigualdade está na região Sul do país.

Em relação ao tempo de permanência no emprego, as regiões Norte, Sudeste e Sul do país apresentam um tempo semelhante para as três categorias analisadas, sendo que os médicos possuem um tempo de permanência um pouco superior ao de enfermeiros e pessoal de enfermagem, em torno de 1 ano a mais. A região Nordeste é a que apresenta maior tempo de permanência no emprego para todas as categorias, os enfermeiros (11 anos em média) com um tempo semelhante ao dos médicos (12 anos em média), e diferença significativa em relação ao pessoal de enfermagem (8 anos em média). A região Centro-Oeste aparece como a segunda região com maior tempo médio de emprego para as três categorias analisadas.

3.3

O TRABALHO EM SAÚDE HOJE: NOVAS FORMAS DE ORGANIZAÇÃO

Roberto Passos Nogueira

A Abordagem Centrada no Trabalho em Saúde

Este artigo trata de duas categorias interpretativas que parecem hoje disputar a preferência de quem investiga as questões de recursos humanos tendo em conta os aspectos organizacionais dos serviços de saúde. De um lado, a noção clássica de *trabalho*, que advém dos campos da economia política e das ciências sociais; de outro, a noção de *cuidado*, que ultimamente vem sendo empregada com um sentido filosófico e em reforço às dimensões éticas da saúde. Pretendo caracterizar essas duas abordagens em linhas bem gerais e, em seguida, apresentar uma interpretação própria para um objeto de investigação que denomino de *composição social do cuidado em saúde*.

A abordagem de trabalho em saúde ganhou evidência no Brasil em duas variantes importantes: uma, de conformação mais sociológica, iniciada pelas investigações de Donnangelo (1975) sobre o mercado de trabalho do médico em São Paulo, com dados primários; e outra, mais econômico-demográfica, feita a partir de dados dos censos e de inquéritos estatísticos nacionais, da qual são exemplos os estudos organizados por Médici (1987) e Machado (1992).

A primeira vertente busca caracterizar as modalidades distintas de inserção do médico no mercado de trabalho, que evidenciam um persistente anseio de preservação, pelo médico, de seu estatuto de autonomia social e técnica. Portanto, os estudos realizados nessa vertente têm como uma de suas preocupações centrais avaliar os “limites da liberdade” do médico (Schraiber, 1993), num momento histórico em que a medicina liberal deixou de ser a forma social predominante de organização do seu trabalho.

A segunda vertente, por sua vez, pauta-se por uma orientação descritiva e crítica da *força de trabalho em saúde*, no que se contrapõe aos estudos funcionalistas de *recursos humanos* originados dos contextos pragmáticos de gestão (Nogueira, 1983). Falar de força de trabalho em saúde significa introduzir um ponto de vista analítico que associa as pessoas ocupadas com funções de saúde com as ocupadas em outras atividades e setores da economia e, portanto, autoriza a entendê-las coletivamente como constituindo uma *força de trabalho* específica,

parte da população economicamente ativa (PEA). O recorte interpretativo vinculado à noção de trabalho em saúde remete a elementos conceituais peculiares à economia política (mercado de trabalho, relações de trabalho, trabalho formal, trabalhador assalariado, etc.) e admite uma descrição desse conjunto de trabalhadores de um ponto de vista demográfico-social e por variáveis específicas do setor saúde, tais como condição de autonomia/ assalariamento, distribuição nos setores público e privado, tipos de empregadores privados, grau de descentralização no âmbito do SUS, e assim por diante.

Iniciativas recentes que merecem ser destacadas nessas duas variantes de estudo são representadas pela pesquisa de Machado e colaboradores (1999), sobre o mercado de trabalho médico no Brasil, realizada sob auspícios do Conselho Federal de Medicina; e de Dedecca et al. (2001), acerca das tendências das ocupações nos setores produtivos de bens e de serviços diretamente vinculados à saúde durante a década de 90.

Pode-se afirmar que essas duas vertentes da abordagem centrada na noção de trabalho em saúde colocam-se numa posição “objetivante” e “macrossocial”. Seu propósito principal é o de descrever as características sociais e econômicas de uma categoria profissional ou do conjunto das categorias e do emprego em saúde, considerando a situação atual no mercado de trabalho e suas tendências. De um modo geral, é própria desses estudos a adoção de uma visão macroinstitucional, abrangendo o conjunto do setor saúde. Isso faz com que se orientem naturalmente para a discussão dos efeitos reais ou esperados das políticas de Estado que afetam o setor, sejam as de saúde ou as de educação, mas incluindo o alcance da regulação profissional exercida na área.

Por conseguinte, a abordagem do trabalho em saúde tem adaptado sua linguagem aos contextos pragmáticos da gestão do setor e das políticas de saúde. O rótulo tradicional de recursos humanos não chegou a ser descartado em nome de uma visão estritamente crítica das questões do trabalho, visto que os autores procuraram influenciar a política de gestão e formação de recursos humanos em conexão com a reforma sanitária e a implantação do SUS.

Ao longo da segunda metade dos anos 90, a vertente de estudo da força de trabalho em saúde teve que se confrontar com nova realidade social, marcada pela crescente informalidade do trabalho. O SUS seguiu a tendência geral à desregulação do trabalho, ocorrida desde então na economia brasileira, e que se caracteriza por subtrair aos trabalhadores alguns dos seus direitos, conquistados nos campos da seguridade social e da legislação trabalhista. A informalização ou precariedade das relações de trabalho acompanhou a adoção de arranjos flexíveis de gestão na administração descentralizada, municipal e estadual. Paralelamente, foram introduzidas novas modalidades de gestão flexível, terceirizada e em parceria com instituições não-lucrativas, por efeito direto ou indireto da reforma administrativa do Estado ou impostas por rigorosos controles fiscais. As cooperativas de trabalho proliferaram, estabelecendo contratos com os gestores do SUS em condições que preservam a condição de autonomia dos médicos, mas com

o preço da informalidade, ou seja, da desproteção social, que é pago sobretudo pelos trabalhadores de menor nível de qualificação.¹

Um efeito colateral da informalização tem sido o de diminuir a fidelidade das estatísticas oficiais em relação ao total de trabalhadores mobilizados pelas instituições do SUS (como acontece no caso do Inquérito de Assistência Médico-Sanitária, AMS, do IBGE) devido ao não-registro ou à inadequada caracterização dos que se encontram em condição de vinculação indireta ou de contrato informal de trabalho. Por outro lado, há a limitação quanto ao registro dos que se encontram em situação de exercício não-legal da ocupação, como acontece com os atendentes de enfermagem e assemelhados. Por isso, o número de postos de trabalho de médicos em geral, de médicos de família, de agentes comunitários e de atendentes está rigorosamente subestimado na AMS de 1999. A debilidade dessa e de outras estatísticas usuais fica bem patenteada quando se busca identificar o peso das novas formas de inserção institucional dos médicos, para as quais não está prevista nenhuma caracterização além do vínculo direto ou indireto com a instituição pública. Para contornar essa dificuldade, tem-se recorrido aos inquéritos específicos junto aos gestores do SUS, através de formulários e de entrevistas telefônicas. Outra conseqüência da questão da informalidade tem sido o reforço aos aspectos qualitativos desse debate, fazendo com que a análise e as atividades de ensino nessa área se centrem mais nos aspectos organizacionais e legais da gestão do trabalho.

Em sua faceta crítica, a abordagem do trabalho em saúde foi bastante influenciada pela visão marxista do processo de trabalho, que trata da dinâmica estabelecida entre dimensões técnicas e sociais. Desde os estudos pioneiros de Donnangelo, estava claro que o setor saúde também necessita de uma combinação adequada, embora sempre conflituosa, entre as forças produtivas do trabalho e as relações sociais de produção. A complexidade da organização social das práticas de saúde, sendo o conjunto estruturado de relações sociais e técnicas de produção peculiares ao setor, reflete, em última instância, essa contradição.

Um ponto de vista implícito ou explícito nessa abordagem é a crítica ao feitiço taylorista da organização moderna do trabalho industrial, com seu típico divórcio entre funções intelectuais e manuais. O setor saúde revela-se particularmente atraente para essa análise na medida em que, como acontece nos hospitais, a tendência de separação entre o saber e o fazer pode ser levada ao extremo. Mas é nesse setor que se apresenta uma situação particular, a do médico. Esse profissional resiste em se conceber como um assalariado a mais e procura criar para si relações sociais que mantenham sua condição de autonomia, mesmo que profundamente transformada pelas injunções econômicas.

Entre os autores que adotam a abordagem do trabalho em saúde, despontou, no início dos anos 90, um interesse teórico-prático pelas novas filosofias de gestão

¹ Para a discussão dessa problemática, consulte-se o conjunto de textos que se encontra no site do Núcleo de Estudos de Saúde Pública da Universidade de Brasília, <www.pessoalsus.inf.br>, integrante da Rede Observatório de Recursos Humanos de Saúde.

de empresas, especialmente as que se desenvolveram em torno da qualidade. A ampla voga da gestão da qualidade nas empresas, como não poderia deixar de ser, também imprimiu sua marca no campo da saúde e trouxe consigo o bem-conhecido destaque dado à flexibilidade na gestão dos processos de trabalho. A nova orientação estimulava “pensar ao contrário”, ou seja, contemplando um paradigma de integração e polivalência de competências que era o oposto da concepção taylorista (Coriat, 1992). O processo de trabalho em seu todo, a relação com os usuários e o trabalho “horizontalizado”, em equipes, podiam ser agora pensados nas interfaces das dimensões do técnico e do social, com bases advindas das novas teorias gerenciais, mas ainda assim sem perder as referências à crítica marxista (Nogueira, 1993). Entendia-se que a imposição da autonomia e da autoridade técnica do médico representava o grande obstáculo para uma interpretação eqüitativa, ou de equipe, do que seja a qualidade em saúde (Schaiber & Nemes, 1996).

A questão da qualidade abria espaço maior para uma reflexão que foi sempre cara aos que se envolveram no desenvolvimento da saúde coletiva: como garantir a efetiva integralidade do cuidado de saúde num universo dominado pela lógica fragmentária da prática e do saber do médico? A qualidade em saúde é vista como inseparável da integralidade do cuidado, e a integralidade não pode ser ajuizada se não se considera o processo de cooperação interna às equipes de saúde, para que cada pessoa, ao ser *cuidada* por esta equipe, possa ser considerada tendo em conta não só o conjunto de suas necessidades detectadas tecnicamente, como também o conjunto de suas demandas potenciais, na autonomia de sua vontade e de seus projetos de vida.

Pode-se dizer que, no final dos anos 90, todo um conjunto de questões novas estabelece um divisor de águas para a reflexão e a pesquisa centrada no trabalho em saúde. Na dimensão político-social do trabalho: as questões da qualidade, da informalidade e da flexibilidade; na dimensão ética e filosófica: as questões da integralidade do cuidado e da autonomia do sujeito.

É nesse momento que aparece uma disjuntiva importante para o futuro das reflexões e dos estudos das duas mencionadas vertentes da abordagem do trabalho em saúde. Uma opção é que o foco da análise se desloque para o plano das relações interpessoais ou da intersubjetividade, envolvendo dois momentos de interação: a) o relacionamento dos médicos e demais trabalhadores de saúde com os pacientes; b) o relacionamento dos diversos membros da equipe da saúde entre si (incluindo, naturalmente, o médico). Outra opção é que os pesquisadores ampliem o foco sobre os mecanismos institucionais de gestão do trabalho, em seus planos político e legal, concentrando-se na análise das novas formas de trabalho flexível e/ou informal e dos esforços concomitantes de regulação realizados pelo Estado. Nesse caso, é possível destacar com mais clareza a dimensão moral das escolhas realizadas no contexto das políticas públicas (Girardi, 1996).

Na primeira opção, a questão social e técnica do trabalho perde sua centralidade como categoria de análise e despona, em seu lugar, a noção de

cuidado, de acordo com uma interpretação fortemente influenciada pela filosofia moral. É essa opção que pretendo explorar a seguir com um pouco mais de detalhe, já que se trata de uma abordagem menos conhecida do que aquela centrada no trabalho.

A Atualidade da Abordagem Centrada no Cuidado

Cuidado de saúde é ao mesmo tempo uma expressão antiga e nova. Admite um uso corriqueiro, como sinônimo de *atendimento à saúde*. Mas é nova no uso que dela se vem fazendo, em que se toma “cuidado” não como sinônimo de atendimento ou de serviço, em seu sentido utilitário, mas como objeto de uma hermenêutica voltada para as relações entre a equipe de saúde e seu paciente. Os pressupostos dessa abordagem carecem ainda de precisão e de entendimento comum entre os autores, em parte porque existe uma diversidade de enfoques éticos e teóricos aplicáveis ao cuidado. Um dos meus propósitos é justamente defender essa diversidade de enfoques, admitindo que o cuidado de saúde deve ser tomado de forma bastante ampliada, e considerar o conjunto dos variados contextos sociais e técnicos em que se realiza.

A discussão sobre o cuidado em saúde, nos novos termos, está sendo feita num clima intelectual em que é patente a influência exercida pela filosofia moral nos meios acadêmicos. No campo da saúde, isso tem a ver não só com a grande difusão da bioética, mas também diretamente com a proeminência alcançada por certas linhas filosóficas pós-metafísicas – de Habermas, Rorty, Taylor e outros –, que têm em comum o intento de retomar as grandes questões da razão prática e da autonomia do sujeito próprias da filosofia do século XVIII. Como se sabe, esses filósofos retomaram a ética a partir de contextos sociais pragmáticos, tendo por base a comunicação lingüística, de modo a ultrapassar os pressupostos metafísicos de Kant e outros filósofos.

O clima intelectual favorecedor do debate em torno das questões éticas tem sido reforçado por aquilo que Offe (1989) caracterizou como o “declínio da pesquisa sociológica centrada no trabalho”. A perda de vigor da categoria trabalho parece resultar também do declínio da influência do pensamento marxista. Em seu lugar, despontaram outras interpretações da ação social, sendo particularmente influente a teoria do agir comunicativo de Habermas. Com sua crítica da razão estratégica ou instrumental e a partir do pressuposto de que a coordenação das ações em sociedade impõe o uso da linguagem voltada para a busca de acordos e entendimentos entre os agentes, a teoria de Habermas vem servindo de solo fértil para fortes críticas às práticas intervencionistas dos médicos e da gestão da saúde. Nesse sentido, a liberdade na ação comunicativa, como capacidade de entender e de se fazer entender, de escolher alternativas de curso da ação e de chegar a consensos discursivos, entre os trabalhadores e os pacientes ou internamente à equipe de saúde, tem sido o modelo de autonomia do sujeito preferido para a discussão dos problemas decorrentes da tecnocracia médica e

gerencial e para formular alternativas de organização do trabalho em saúde, bem como para a própria concepção do cuidado em saúde.

É a partir da teoria do agir comunicativo que Peduzzi (2001) investiga os tipos de equipe de saúde. A autora identifica dois tipos distintos, a equipe de integração e a de agrupamento. Na primeira, os agentes interagem e organicamente articulam suas ações; na segunda, os agentes são simplesmente agrupados e suas ações se articulam por justaposição (ver Quadro 1). Para cada tipo de equipe, observam-se as diferentes maneiras em que o trabalho (que é inerentemente instrumental, voltado para alcançar fins) combina ou deixa de se combinar com o agir comunicativo (que é voltado para o entendimento e a busca de consenso acerca do que e como fazer). A equipe de integração tem capacidade de contribuir mais efetivamente para alcançar a integralidade do cuidado em saúde, visto que neste tipo de equipe o trabalho se desenvolve a partir da interação comunicativa e de acordo com os entendimentos nela alcançados.

Quadro 1 – Critérios de reconhecimento da modalidade de trabalho em equipe: integração ou agrupamento

Parâmetros	Tipologia	
	Equipe integração	Equipe agrupamento
Comunicação externa ao trabalho		x
Comunicação estritamente pessoal		x
Comunicação intrínseca ao trabalho	x	
Projeto essencial comum	x	
Diferenças técnicas entre trabalhos especializados	x	
Arguição da desigualdade trabalhos especializados	x	
Flexibilidade da divisão do trabalho	x	
Autonomia técnica de caráter interdependente	x	
Autonomia técnica plena		x
Ausência de autonomia técnica		x

Fonte: Peduzzi (2001)

Na análise de Peduzzi, faz-se presente um pressuposto normativo, que é tornar a comunicação intrínseca e não externa ao trabalho da equipe:

À medida que o trabalho em equipe é construído, efetivamente, na relação intrínseca entre trabalho e interação, quanto mais próximo o estatuto de sujeito ético-social dos agentes, maiores as possibilidades de eles interagirem em situações livres de coação e de submissão, na busca de consensos acerca da finalidade e do modo de executar o trabalho.

Com efeito, a teoria de Habermas (1998, 1990) dá lugar a uma interpretação ética da coordenação social que não renuncia à categoria trabalho, embora pressuponha normativamente que o trabalho, sendo uma forma de agir estratégico, precisa estar subordinado ao primado do agir comunicativo. Um pressuposto adicional adotado por Peduzzi é que a equipe que segue este modelo de igualdade discursiva e de respeito pela opinião do outro em busca do consenso tem mais

chances de se sobrepor às desigualdades oriundas da divisão técnica do trabalho, permitindo que o cuidado brindado pela equipe se acerque do ideal da integralidade. Esta tem sido uma das preocupações centrais da mencionada primeira vertente da abordagem do trabalho em saúde: como as desigualdades técnicas e sociais e as diferenças no *status* da autonomia, instauradas pela diversidade dos trabalhadores e profissionais da área, podem ser superadas no momento da prestação do cuidado, para que este seja de qualidade e, portanto, respeite o princípio da integralidade.

A meu ver, a formulação mais elaborada e original da questão do cuidado em saúde encontra-se em Ayres (2001). Esse autor, partindo da determinação ontológica do cuidado em Heidegger e adaptando-a a um referencial intersubjetivo da autonomia do sujeito, fornece-nos a seguinte descrição filosófica (e também poética) do cuidado:

Cuidar da saúde de alguém é mais que construir um objeto e intervir sobre ele. Para cuidar há que se considerar e construir projetos; há que se sustentar, ao longo do tempo, uma certa relação entre a matéria e o espírito, o corpo e a mente, moldados a partir de uma forma que o sujeito quer opor à dissolução, inerte e amorfa, de sua presença no mundo. Então é forçoso saber qual é o projeto de felicidade que está ali em questão, no ato assistencial, mediato ou imediato. A atitude de cuidar não pode ser apenas uma pequena e subordinada tarefa parcelar das práticas de saúde. A atitude “cuidadora” precisa se expandir mesmo para a totalidade das reflexões e intervenções no campo da saúde.

O cuidado, nessa formulação, precisa ser bem-entendido nessa idéia central do “suporte”: não é dar ao outro algo de que carece; ao revés, é dar suporte e forma ao “querer ser” do outro, tendo em conta a vontade de quem é cuidado. O cuidado não se define por uma beneficência utilitarista, não é algo redutível nem a um saber metodicamente aplicado nem a amenidades no conforto e bem-estar do paciente.

A seguinte pergunta pode vir à mente do leitor: em que esta concepção ética do cuidado se diferencia da assistência médica realizada com “consentimento informado”? Ou seja, não bastaria pôr em prática o modelo de comportamento profissional definido para a intervenção clínica pelo princípio da autonomia na bioética? Como se sabe, por esse princípio, o paciente deve ser comunicado de modo completo sobre sua condição de saúde e participar da escolha do tipo de intervenção médica a ser realizada. Ayres não discute esse ponto importante, porque parece querer bosquejar uma imagem ético-estética do cuidado que não se identifica com os dois princípios clássicos e racionalistas da bioética, a beneficência e a autonomia. Ao criticar o solipsismo da concepção metafísica da subjetividade, ele o contrapõe a uma visão contingente da formação do eu. Em sua opinião, superar esse solipsismo depende de que:

...pensemos muito mais em intersubjetividade que em subjetividade, que consideremos, em outras palavras, o caráter imediatamente relacional e irremediavelmente contingente de nossas identidades e historicidades como indivíduos e grupos.

Pode-se afirmar que esses temas da subjetividade, ou melhor, da intersubjetividade, são invisíveis para um enfoque restrito às questões do trabalho.

Mas pode-se dizer igualmente que tais temas só podem emergir para investigação quando há sensibilidade para o debate ético, o qual, por alguma razão, havia sido eclipsado ao longo dos caminhos seguidos pela sociologia e pela economia política de orientação marxista, embora este tipo de debate esteja longe de ser estranho ao próprio marxismo.

Ayres chama atenção para a necessidade de estender a atitude cuidadora a todas as formas de trabalho em saúde. Entendo que existe aí uma referência implícita aos enfermeiros, porque foram eles os primeiros a perceber a importância da noção de cuidado e o elegeram como traço identificador de seu grupo profissional. Dado que o médico monopoliza muitas das ações de diagnóstico e tratamento, os enfermeiros se autocaracterizam pela dedicação ao cuidado. É o cuidado proporcionado pelo enfermeiro que permite individualizar o paciente como pessoa:

Isso nos remete à especificidade da enfermagem nesta construção interdisciplinar da saúde coletiva, ou seja, a enfermagem deve assumir seu núcleo de competência e responsabilidade, o cuidado. Cuidado este que se volta para o doente e não para a doença – atravessando subjetividades individuais e coletivas – e que exige, para ser viabilizado, o uso de saberes oriundos de diversas disciplinas (Matumoto, Mishima & Pinto, 2001).

Que os enfermeiros sejam os detentores desse núcleo de “competência e responsabilidade” é uma afirmação bastante problemática para a linha defendida por Ayres, que tenta fazer avançar a concepção ética do cuidado de uma maneira aplicável ao conjunto das ações de saúde. Para ser conseqüente, essa prerrogativa exigiria dar ao cuidado um estatuto teórico separado daquele que se destina ao tratamento. Nesse caso, o risco existente é que se diga que os enfermeiros estão de posse de uma referência ética do trabalho em saúde, visto como cuidado, enquanto os médicos e outros profissionais estariam limitados a uma dimensão técnica do trabalho em saúde, na forma do tratamento. Isso aparentemente é o que induz a pensar o texto citado a seguir:

Como líderes de equipe, ou seja, assumindo a liderança da assistência prestada ao paciente, os enfermeiros são a fonte principal de contato pessoal, íntimo e contínuo com os pacientes, não obstante seu envolvimento com a tecnologia e com a burocracia hospitalar. São eles os responsáveis pela implementação do cuidado a cada paciente, individualmente, o que lhes confere oportunidade de orientá-lo e de prestar-lhe informações completas, precisas e verdadeiras sobre os procedimentos que os integrantes da equipe de enfermagem, ou outros profissionais da saúde, desempenharão com ele e para ele. Mas, para que o enfermeiro consiga promover o paciente como sujeito e protagonista de seu cuidado e tratamento, é preciso que este apresente condições de participação, ou seja, habilidade de comunicar-se e de compreender informações e habilidade de raciocinar e deliberar sobre sua escolha, segundo seu próprio conjunto de valores e metas (Trevizan et al., 2001).

Esses autores manifestam-se preocupados com que a equipe de enfermagem desenvolva uma orientação eticamente adequada do cuidado e da gestão do cuidado nos hospitais, recomendando a difusão do modelo de consentimento informado como garantia da autonomia do paciente. O referencial ético adotado nesse caso não é explicitamente o do agir comunicativo, mas o da análise organizacional de

Etzione. No entanto, os pressupostos do consentimento ativo do paciente, ou seja, “habilidade de comunicar-se e de compreender informações e habilidade de raciocinar e deliberar sobre sua escolha, segundo seu próprio conjunto de valores e metas”, são muito assemelhados às condições ideais da participação de cada interlocutor na interação comunicativa voltada para o entendimento. Com efeito, o consentimento informado representa, em termos da concepção da autonomia do sujeito, uma condição que hoje é bem mais fácil de ser entendida quando traduzida nos conceitos do agir comunicativo de Habermas do que nos termos formulados por Kant, de uma metafísica da razão.

De um ponto de vista estritamente consentâneo com a teoria de Habermas, a separação que foi estabelecida por Trevizan e colaboradores, entre cuidado e tratamento, é muito questionável, porque normativamente o cuidado deve abranger o tratamento e na medida em que o tratamento constitui um momento técnico do cuidado. A atitude normativa correta consistiria em subordinar o tratamento ao cuidado, do mesmo modo que nas equipes de saúde o trabalho deve estar normativamente subordinado ao agir comunicativo. É que o tratamento tem a mesma racionalidade instrumental ou estratégica que caracteriza o trabalho. Mas o cuidado, nessa interpretação, talvez possa ser descrito como um conjunto circunstanciado de ações simultaneamente instrumentais e comunicativas, com dominância destas últimas. Com efeito, o cuidado deve direcionar o tratamento e contê-lo em si. Assim, não se pode entender o cuidado como algo separado de uma ação técnica que aplica métodos e instrumentos para a manutenção ou a recuperação da saúde.

Seguindo a sugestão de Ayres, prefiro recomendar que os médicos não sejam vistos como “os tratadores” e os enfermeiros como “os cuidadores”. A meu ver, devem ambos os grupos, médicos e enfermeiros, ser entendidos como agentes que participam do cuidado, exercendo nos ambientes institucionais a coordenação das ações de tratamento. A disputa por identidade profissional quanto a esse ponto precisa ser contornada sob pena de que todos percamos o que acabamos de ganhar ao empregar a noção de cuidado em vez da noção de trabalho. Afinal de contas, a linguagem comum autoriza um uso bem mais amplo: fala-se de cuidados médicos, de cuidados de saúde e até de autocuidado; o que indica, pela vivência cotidiana, que o cuidado não é prerrogativa de ninguém – e ainda menos o seria se tomado em seu significado ético.

As citações anteriores mostram que a noção de cuidado vem-se tornando uma espécie de fulcro de preocupações analíticas que buscam reorientar a compreensão do trabalho em saúde. No entanto, encontramos na literatura apenas alguns esboços iniciais e gerais que precisariam ser mais bem-desenvolvidos para que se chegue a uma abordagem consistente. Registra-se, ademais, uma discrepância no entendimento acerca do protagonista do cuidado, por efeito de certos posicionamentos estratégicos adotados em defesa da identidade profissional dos enfermeiros. Tais diferenças precisam ser amplamente debatidas e aclaradas para que melhor se aproveite a potencialidade do enfoque orientado para o cuidado.

A Composição Social do Cuidado em Saúde e a Diversidade dos seus Enfoques Éticos

Entendo que, na sociedade contemporânea, o debate ético só pode ser realizado, com franqueza e liberdade, ao tornar explícita a existência de divergentes visões de mundo. É bem possível que essas visões sejam, ao contrário do que admite Habermas, não só continuamente divergentes como de fato irreconciliáveis ou apenas incomparáveis entre si (MacIntyre, 1984). Assim, não se deve esperar consenso amplo sobre a questão do cuidado, na medida em que desperta esse tipo de debate. Dele participam não só correntes ligadas às interpretações da autonomia, como também as que insistem em manter uma orientação básica de beneficência. Não se pode ignorar a contínua influência da inspiração utilitarista que foi fundadora da modernidade: para muitos profissionais de saúde bem-intencionados e para muitas instituições privadas e do Estado, a intenção de fazer o bem é ainda o princípio soberano a guiar suas ações de cuidado. Por outro lado, no que se refere à autonomia do sujeito no cuidado, há de ser reconhecida a importância interpretativa da teoria do agir comunicativo junto com as correntes da bioética que propugnam pelo consentimento informado.

Não pretendo desenvolver nem criticar com detalhes aqui nenhuma das potenciais visões éticas do cuidado. Quanto à minha própria interpretação, quero expor e defender uma visão pluralista, admitindo que seja necessário que convivam várias éticas do cuidado em saúde. No entanto, enquadro meu pluralismo de uma maneira metódica e normativa, tentando observar em que contexto melhor se aplica cada uma dessas éticas.

Um ponto decisivo no debate sobre o cuidado em saúde tem a ver com a origem dos motivos morais que sustentam as atitudes quer de beneficência quer de respeito à autonomia por parte dos agentes do cuidado, tanto o cuidador como o indivíduo cuidado. Serão eles formas universais de manifestação de imperativos categóricos que dirigem a razão humana nas decisões práticas, como queria Kant? Atualmente, a chamada filosofia pós-metafísica admite duas importantes alternativas de interpretação quanto a isso: a) esses motivos nascem da própria interação social, sendo exigidos universalmente porque são indispensáveis aos entendimentos (ou acordos) que os homens precisam alcançar na interação comunicativa (Habermas, 1990); b) esses motivos são imprevisíveis e contingentes, de acordo com o que aconteça na história de vida pessoal, condicionada pela cultura local e nacional, e têm a ver com oportunidades sociais que favoreçam o desenvolvimento da solidariedade e da compaixão, e, de um modo mais geral, o cultivo dos bons sentimentos (Rorty, 1989).

Baier (1995) coloca-se nessa segunda corrente, tomando inspiração em Hume. Para ela, o cuidado é elemento paradigmático de uma ética feminista da contingência, segundo a qual a pessoa cuidada e o cuidador deixam-se guiar pelos seus melhores sentimentos e pela confiança recíproca. Isso envolve quase sempre condições de um relacionamento desigual, como acontece entre mãe e filho. Ademais, quem é cuidado pode estar desamparado ou desorientado ou em

momentos de sofrimento e desesperança. O cuidado envolve sempre relações “quentes”, que falam pelos sentimentos das pessoas, impondo-se com naturalidade pelos laços de confiança mútua e deixando-se colorir pelas tintas de cada relacionamento particular. Baier insiste em que a imposição de regras de igualdade e de universalidade para justificar a ética e a justiça resulta de um entendimento “frio” das relações humanas. É nada mais que um artefato da razão masculina que, por todos os lugares, enxerga relacionamentos de tipo contratual, estabelecidos entre indivíduos socialmente atomizados. Na conformação de sua ética do cuidado e da responsabilidade, Baier trata com preponderância das relações humanas que se desenvolvem em condições sociais de desigualdade “natural”. Na família e na comunidade, a desigualdade não se ergue em objeto de uma preocupação de justiça, para ser de algum modo atenuada ou eliminada; na verdade, a desigualdade é aí sempre pressuposta e espontaneamente sustentada pelo próprio cuidado, enquanto este se alimenta de simpatia, minimamente, ou de amor, muitas vezes.

Portanto, no cuidado existem relacionamentos que estão longe de ser livremente escolhidos e de obedecer a princípios de igualdade, tal como pressupõem as condições ideais de justiça dos teóricos liberais. De todo modo, Baier (1995, p. 31) reconhece que a melhor teoria moral é aquela que tenta harmonizar estes dois produtos, que têm sido tematizados de forma contraposta por homens e mulheres: a justiça e o cuidado.

Richard Rorty é um admirador da ética feminista de Baier. Ao apresentar os delineamentos de sua “ética sem princípios e sem obrigações universais”, Rorty conecta o pensamento dessa autora ao de seu filósofo pragmatista predileto, Dewey. Afirma Rorty (1999: 77) que muito do que existe na moral das obrigações universais resulta da compreensão de que o eu é uma espécie de psicopata calculista que precisa ser contido por mandamentos divinos ou pela atuação de um tribunal kantiano da “pura razão prática”:

Baier e Dewey concordam que a principal falha da maior parte da filosofia moral tradicional tem sido o mito do eu como não relacional, como capaz de existir independentemente de qualquer preocupação pelos demais, como um frio psicopata necessitando de constrangimentos para tomar em conta as necessidades dos outros. Esta é a imagem do eu que filósofos desde Platão têm expressado em termos de uma divisão entre “razão” e “as paixões” (...).

Rorty questiona a pertinência de se falar de obrigações morais nos relacionamentos familiares – pergunta se faz sentido dizer que todos estamos motivados por obrigações desta ordem quando se trata de relacionamentos entre homem e mulher, pais e filhos. No âmbito dos relacionamentos familiares e comunitários, por mais influente que seja o individualismo nas sociedades de hoje, parece ainda não haver lugar para uma ética do dever moral e para uma ética cognitiva como a do agir comunicativo.

A orientação que vejo mais correta para tratar da ética do cuidado é pluralista. Entendo que a ética feminista do cuidado, tal como formulada por Baier e reforçada por Rorty, é a que espontaneamente nasce nestes contextos tradicionais

da família e da comunidade e pode ser cultivada pelos estudiosos, com maior ou menor refinamento intelectual, e imputada a tais contextos na medida em que se mostra de fato adaptada à racionalidade pré-discursiva que aí prevalece, já que suas bases de solidariedade são socialmente espontâneas e não reflexivas. Por outro lado, nos contextos técnicos dos hospitais, dos centros de saúde e dos consultórios médicos, a solidariedade entre cuidador e pessoa cuidada pode ser desenvolvida com bases mais racionais. Nesse caso, convém explorar ao máximo as potencialidades de uma solidariedade criada e nutrida pelo agir comunicativo, o que, por certo, inclui os traços expressivos ou afetivos da linguagem. Aqui, estou preterindo a orientação ética centrada na beneficência, pela razão de que entendo que seus melhores valores estão incorporados na corrente que se expressa pela defesa do agir comunicativo.

Uma das razões principais para usar a noção de cuidado em vez da de trabalho encontra-se no fato de que existem essas inúmeras práticas de saúde em contextos sociais onde não se pode perceber o domínio da racionalidade instrumental própria ao trabalho. Algumas dessas práticas são assumidas pelas famílias ou por “cuidadores” tradicionais reconhecidos nas comunidades, que dispensam solidariamente cuidados a seus membros que por ventura estejam acometidos de alguma enfermidade ou inabilitação. Mas o contexto comunitário do cuidado é mais complexo do que isso porque envolve igualmente formas pré-organizacionais e organizacionais do trabalho em saúde. Como é sabido, as igrejas e as ONGs atuam exemplarmente nesse nível da organização comunitária do cuidado de saúde, empregando voluntários e trabalhadores parcialmente remunerados, que têm em comum a vocação da ajuda solidária, sendo estes cuidadores freqüentemente escolhidos entre as lideranças da comunidade. Nessas esferas da sociedade civil, despontam questões muito atuais para a análise sociológica e filosófica da saúde e dos seus agentes. Uma delas é a do limite sutil entre, de um lado, a solidariedade e a ética feminista do cuidado e, de outro lado, o assistencialismo.

Nesses contextos da vida familiar e comunitária não imediatamente dependentes das funções exercidas pelos típicos profissionais de saúde, as ações de saúde são realizadas à luz de conhecimentos tanto de origem popular quanto da ciência, mas não obedecem ao padrão de comportamento discursivo questionador, encontrado nos contextos técnicos e organizacionais. Portanto, predominam aí valores e noções peculiares ao que Habermas chama de “mundo da vida”.

Finalmente, quero estender a noção de cuidado àquilo que a pessoa realiza no interesse de sua própria saúde: os hábitos de exercício, de dieta, de sexo seguro, de abstenção em relação ao tabaco, ao álcool e às drogas, etc. A interpretação ética desses hábitos do cuidado de si é bastante complexa e contraditória, conforme procurei indicar em tese de doutoramento (Nogueira, 1999). A política pública vigente de promoção da saúde não os vem tratando com qualquer pressuposto de autonomia por parte do sujeito desse cuidado. Pelo contrário, diante dos vários tipos de riscos de saúde, o conteúdo informativo patrocinado pelo Estado traz consigo uma orientação de obrigação moral estrita, na obediência a regras bem-

determinadas de vida saudável e de comportamentos de segurança. Essa tendência que faz da prudência um dever moral só tem sido contrabalançada pela atitude de diálogo que é promovida por entidades da sociedade civil envolvidas na educação sobre AIDS e outros problemas de saúde. Diante das normas difundidas imperativamente pela propaganda oficial, a própria reivindicação da autonomia do sujeito do cuidado pode ser vista como uma atitude de perturbação da ordem pública: a decisão do certo e do errado já é servida pronta. E no contexto patético ou politicamente correto estimulado pelas campanhas sobre a AIDS, pode ser lida como irresponsável e até subversiva a afirmação de Baier de que é “próprio do amor e dos amantes correr riscos”.

Neste momento em que o debate ético sobre a promoção da saúde apenas se anuncia e é de certo modo coibido, não me parece haver elementos de racionalidade discursiva suficientes para gerar um enfoque de agir comunicativo extensivo a todos os participantes – os promotores do cuidado de si e os que se resguardam neste tipo de cuidado. Os primeiros podem não querer entrar nesse tipo de debate, dando por certas e imperativas as regras que proferem, enquanto os segundos podem não atinar com os fundamentos científicos das regras, preferindo-se limitar a segui-las e a confiar nos resultados das pesquisas amplamente divulgados pela mídia. Parece não haver muito espaço nesse particular para algo similar ao consentimento informado, que hoje se preconiza para combater o tecnocratismo e o intervencionismo dominantes no mundo instrumental da clínica.

A questão central, a meu ver, parece estar referida à capacidade das pessoas e dos grupos sociais em contornar os estilos de vida padronizados gerados pela adoção não-crítica dos chamados hábitos saudáveis. Isso em parte já acontece em forma restrita a alguns grupos intelectual e socialmente diferenciados que aderem ao que Taylor (1992) denomina de ética da autenticidade. A ética da autenticidade defende e difunde inúmeras formas de auto-referência em nossa cultura. De todo modo, Taylor vê que ela floresce nas condições de uma sociedade pós-industrial que, a despeito dos seus modismos uniformizadores e dos hábitos de vida globalizados, favorece um alto grau de liberdade subjetiva e objetiva, com grandes oportunidades para o amadurecimento moral das pessoas. Isso o leva a reconhecer que há conteúdos de realização social da autenticidade que são bons exemplos de comportamento em sociedade porque não enfraquecem os laços da cidadania, enquanto outros comportamentos são bastante criticáveis por seu renitente egocentrismo. Taylor reconhece a necessidade de impulsionar as melhores facetas desta tendência da autenticidade e de criticar suas piores facetas com os valores mais altos (ou seja, menos egocêntricos) que cultiva.

Esse tipo de julgamento poderia ser aplicado aos estilos saudáveis de vida, distinguindo o que é um cuidado de si tido como prudente e esclarecido, feito com forte expressão da personalidade de cada um, e aquilo que é uma simples obediência a um mandamento sanitário, com a conseqüente padronização de comportamentos. Ou ainda aquilo que é apenas uma moda obsessiva com a saúde, uma *higiomania*, alimentada pela mídia e pelas novas indústrias de bens de consumo em saúde (Nogueira, 2002).

O debate ético quanto a esse ponto deve considerar de que maneira se pode ultrapassar o moralismo sanitário que preside as campanhas midiáticas de promoção da saúde. Parece-me que hoje é nascente uma vertente da cultura da autenticidade em saúde. Para ela, cuidar de si e de seu corpo integra uma capacidade de realização de originalidade no mundo, de expressão pessoal e de realização de suas potencialidades, que se junta a múltiplas outras vivências e preferências, que podem ir desde a militância ecológica à adesão a correntes de religiosidade oriental, passando pelo vegetarianismo. Mas essas escolhas de “estilos existenciais” (Nogueira, 1999) podem ser feitas evitando as formas mais “egóicas” da ética da autenticidade criticadas por Taylor, que perdem a referência à convivência social e ao bem-estar do outro.

No quadro seguinte, procuro sumariar essa diversidade dos contextos e dos enfoques éticos do cuidado em saúde.

Quadro 2 – Diversidades dos contextos e dos enfoques na composição social do cuidado em saúde

Contexto da Ação	Agentes do cuidado	Tendência social criticada	Enfoque ético preconizado
Organizacional	Profissionais	Tecnocratismo e Assistencialismo	Agir comunicativo
Comunitário	Voluntários e semiprofissionais	Assistencialismo	Solidariedade/Ética feminista do cuidado
Familiar	Familiares	?	Ética feminista do cuidado
Pessoal	Pessoas	Moralismo sanitário	Estilos existenciais da ética da autenticidade

Entendo que a abordagem centrada no cuidado em saúde pode ser realizada em estudos concentrados em apenas um desses contextos, a comunidade, por exemplo. Portanto, pode-se nesse caso adotar uma perspectiva microssocial. Mas o que busquei indicar aqui é a necessidade de o investigador ter consciência das dimensões macrossociais do cuidado, tendo em conta a diversidade de suas formas. Essa concepção da composição socialmente diversificada ou estratificada do cuidado em saúde tem alguns pontos em comum com a abordagem desenvolvida por Samaja (2000) para caracterizar as relações entre saúde e reprodução social. Contudo, a visão descritiva sistêmica, adotada por esse autor na elaboração de seu modelo, é contraposta à interpretação participativa ou de razão prática, que assumo aqui, seguindo autores como Habermas, Baier e Taylor.

Naturalmente, de nenhuma maneira podemos tratar esses contextos da composição social do cuidado e de seus agentes como se fossem socialmente estanques. Há pelo menos duas forças que atuam promovendo sua confluência: o mercado e o Estado. Considere-se, por exemplo, a experiência brasileira com os

agentes comunitários de saúde (ACS). Ao contrário dos agentes voluntários da Pastoral da Criança, da Igreja Católica, os ACS foram desde suas origens definidos pela política oficial como mediadores entre o contexto organizacional do SUS e as comunidades em que moram e a que prestam seus cuidados. Portanto, podem ser considerados como agentes postos numa zona de sobreposição do contexto organizacional com o contexto comunitário. Mas os ACS vivem uma tensão em que existem: a) demandas do grupo por sua identidade e por melhores condições trabalhistas, que o levam a buscar uma regulamentação pelo Estado de sua ocupação, criando uma definição típica de mercado de trabalho; e b) demandas políticas de manutenção de sua identidade com a comunidade, que os mantêm como trabalhadores *sui generis*, não obedientes à lógica de mercado de trabalho ou de admissão como servidores do Estado (Nogueira, Silva & Ramos, 2000).

Uma observação adicional deve ser feita a respeito da categoria recurso humano. Ela talvez precise ser abandonada quando se tem em mente esses contextos diversificados da composição social do cuidado em saúde. É meio abusivo, por exemplo, que se chame de recurso humano alguém que cuida de si mesmo. Melhor é se referir a todos como *agentes*, porque genericamente o cuidado em saúde constitui uma manifestação da capacidade humana de escolher e agir, ou seja, da *agência humana*.

Como conclusão, quero dizer que o cuidado em saúde é uma noção mais heterogênea e ampla do que a noção de trabalho. Se no trabalho o que se tem como proeminente é sua faceta técnica, de racionalidade instrumental, o cuidado tem uma proeminente faceta ética, com possibilidade de ser interpretada diferentemente de acordo com os contextos sociais em que se realiza. Por isso, enquanto parece justificável falar de organização social do trabalho em saúde, para dar a entender que existe uma totalidade de práticas institucionais organizadas de acordo com algum padrão técnico predominante, talvez não se possa falar da mesma maneira de organização social do cuidado em saúde, porque neste caso o que mais cumpre salientar é a diversidade das formas éticas em que o cuidado de saúde pode ser concebido e implementado.

A idéia de composição social traduz melhor essa diversidade, já que não pressupõe uma lógica dominante, mas uma diversidade de motivações éticas racionais e não-racionais dos seus agentes e uma diversidade organizacional do cuidado em saúde, em conformidade com o contexto social em que se realiza.

Bibliografia

- AYRES, J. R. C. M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, [s. l.], v. 6, n. 1, p. 63-72, 2001.
- BAIER, A. C. *Moral prejudices, essays on ethics*. Cambridge: Harvard University Press, 1995.
- CORIAT, B. *Pensar al revés, trabajo y organización en la empresa japonesa*. México: Siglo XXI, 1992.

- DEDECCA, C. S., PRONI, M. W., MORETTO, A. O trabalho no setor de atenção à saúde. In: NEGRI, B.; GIOVANNI, G. *Brasil: radiografia da saúde*. Campinas: Unicamp. IE, 2001.
- DONNANGELO, M. C. F. *Medicina e sociedade*. São Paulo: Pioneira, 1995.
- GIRARDI, S. N. Flexibilização dos mercados de trabalho e escolha moral: questões contemporâneas de recursos humanos no SUS. *Divulgação em Saúde para Debate*, Londrina, ago. 1996.
- HABERMAS, J. *Consciência moral e agir comunicativo*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1989.
- _____. *Pensamento pós-metafísico: estudos filosóficos*. Rio de Janeiro: Tempo Universitário, 1990.
- MACHADO, M. H. (Coord.). *Os médicos no Brasil: um retrato da realidade*. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 1999.
- _____. (Org.). *O mercado de trabalho em saúde: estrutura e conjuntura*. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ, 1992. (Textos de Apoio).
- MACINTYRE, A. *After virtue; a study in moral theory*. Notre Dame: University of Notre Dame Press, 1984.
- MATUMOTO, S., MISHIMA, S. M., PINTO, I. C. Saúde coletiva: um desafio para a enfermagem. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 233-241, jan./fev. 2001.
- MÉDICI, A. (Org.). *Recursos Humanos: textos de apoio, planejamento 1*. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ, 1987.
- NOGUEIRA, R. P. A força de trabalho em saúde. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 61-70, jul./set. 1983.
- _____. Higiomania, a obsessão com a saúde na sociedade contemporânea. In: A SAÚDE nas palavras e nos gestos. São Paulo: Hucitec, 2002.
- _____. *Perspectivas da qualidade em saúde*. Rio de Janeiro: QualityMark, 1994.
- _____. *A saúde pelo avesso, uma reinterpretação de Ivan Illich, o profeta da autonomia*. Rio de Janeiro: Universidade Estadual do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social, 1999. (Tese, Doutorado em Administração e Planejamento de Saúde).
- _____, SILVA, F. B., RAMOS, Z. V. O. *A vinculação institucional de um trabalhador sui generis – o agente comunitário de saúde*. Rio de Janeiro, [s.n.], 2000. (Textos para Discussão).
- OFFE, C. *Capitalismo desorganizado*. São Paulo: Brasiliense, 1989.
- PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 35, n. 1, p. 103-109, 2001.
- RORTY, R. *Contingency, irony, and solidarity*. Cambridge: Cambridge University Press, 1989.
- _____. *Philosophy and social hope*. New York: Penguin Books, 1999.
- SAMAJA, J. *A reprodução social e a saúde*. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva/ Universidade Federal da Bahia, Casa da Qualidade, 2000.

- SCHRAIBER, L. B. *O médico e seu trabalho: limites da liberdade*. São Paulo: Hucitec, 1993.
- _____, NEMES, M. I. B. Processo de trabalho e avaliação de serviços de saúde. *Cadernos FUNDAP: qualidade em saúde*, São Paulo, n. 19, p. 106-121, jan./abr. 1996.
- TAYLOR, C. H. *The ethics of authenticity*. Harvard: Harvard University Press, 1992.
- TREVIZAN, M. A. et al. Aspectos éticos na ação gerencial do enfermeiro. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, [s.l.], v. 10, n.1, p. 85-89, jan./fev. 2002.

3.4

CARACTERÍSTICAS DO MERCADO DE TRABALHO NO SETOR SAÚDE NA DÉCADA DE 1990: REFLEXÕES

*Pedro Luiz Barros Silva
Nilson do Rosário Costa¹*

O mercado de trabalho no setor saúde nos anos 1990 é analisado neste artigo considerando tanto a dinâmica geral do mercado de trabalho na economia brasileira na década como a condição específica do emprego setorial em decorrência da política pública de saúde e do desenvolvimento do mercado de planos e seguros de saúde.

Em relação à primeira variável, existem evidências conclusivas da desestruturação e desregulamentação do mercado de trabalho brasileiro nos anos 90, que podem estar associadas às mudanças na qualidade dos empregos e à queda da participação relativa da renda trabalho no conjunto da renda brasileira.

Em relação à variável do emprego na saúde, os dados indicam uma ligeira expansão do emprego público e privado no setor saúde ao longo da década, decorrente do processo de descentralização da atenção ambulatorial para os municípios, da expansão do setor privado contratado pelo SUS e do crescimento dos serviços médicos dos planos e seguros de saúde. Essa hipótese contribui para fortalecer as inferências da literatura sobre a dinâmica específica do mercado de trabalho no setor saúde na década de 1990 (Dedecca et al. 2001).

Características do Mercado de Trabalho no Brasil na Década de 1990

A economia brasileira passou por importantes mudanças ao longo da década de 90, destacando-se as políticas macroeconômicas de ajuste fiscal e estabilização da moeda nacional, com abertura da economia ao comércio externo e ao fluxo de capitais internacionais, valorização cambial e altas taxas de juros. Essas alterações estruturais tiveram importante impacto no mercado de trabalho, cujas características apontam para um processo de desregulação progressiva, abrangendo aspectos de desestruturação e desregulamentação.

¹ Os autores agradecem a fundamental assessoria de Luiz Felipe Pinto (ENSP/Fiocruz) na produção de alguns dos dados usados neste trabalho. Esses dados foram em parte elaborados no âmbito do Projeto Avaliação do Custo e Impacto do PAB, Rio de Janeiro, ENSP-TEC, 2002, coordenado por Nilson do Rosário Costa e financiado pelo Reforsus/Ministério da Saúde

As principais tendências observadas no mercado de trabalho brasileiro na década de 1990 são o crescimento das ocupações no setor terciário da economia, a precariedade das relações e das condições de trabalho, crescimento do mercado informal, aumento do desemprego, estagnação dos rendimentos médios reais e a progressiva desregulamentação – flexibilização das condições de uso e de remuneração da força de trabalho e mudança nos marcos de proteção e assistência aos trabalhadores e nas estruturas sindical e da Justiça do Trabalho (Cardoso Jr., 2001).

O Quadro 1 resume as principais tendências de desestruturação e desregulamentação do mercado de trabalho brasileiro nos anos 90.

Quadro 1 – Principais tendências de desestruturação e desregulamentação do mercado de trabalho brasileiro nos anos 90

Desestruturação	Desregulamentação
<ul style="list-style-type: none"> • Terciarização das ocupações: crescimento do setor terciário da economia (comércio e serviços) • Crescimento da informalidade nas relações de trabalho, medida pelo peso crescente dos trabalhadores sem registro, sem remuneração e por conta própria no total da ocupação • Aumento dos níveis de desocupação e desemprego • Precariedade na qualidade dos postos de trabalho • Estagnação relativa da situação distributiva dos rendimentos do trabalho 	<ul style="list-style-type: none"> • Flexibilização nas condições de uso da força de trabalho (alocação, jornada de trabalho, contrato de trabalho, etc.) • Flexibilização das condições de remuneração da força de trabalho • Mudanças nas condições de proteção e assistência ao trabalhador • Mudanças na estrutura sindical e na Justiça do Trabalho

Fonte: Cardoso Jr. (2001).

Os dados da Tabela 1 comprovam que ocorreu de fato a estagnação relativa da situação distributiva dos rendimentos do trabalho a partir de meados da década, após um expressivo crescimento verificado no começo da década de 1990.

Tabela 1 – Número Índice de Rendimento Mensal Real de Todos os Trabalhos das Pessoas de 10 Anos de Idade ou Mais, Ocupadas – Brasil – Regiões 1992-1999

Ano	Brasil	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste
1992	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
1993	108,4	105,5	110,2	105,5	110,3	119,8
1995	141,1	147,2	137,7	142,2	138,4	139,2
1996	149,2	150,3	152,8	148,6	143,9	150,7
1997	147,6	144,0	145,2	149,2	143,6	154,1
1998	146,2	139,8	147,4	148,0	142,2	153,0
1999	135,3	129,8	138,5	134,8	135,3	140,4
2001	137,4	133,2	142,8	135,3	133,4	147,2

Fonte: IBGE, PNAD (2002).

Do mesmo modo, demonstra-se pela Tabela 2 que a situação de informalidade interfere no patamar de remuneração média mensal do trabalho ao longo da década, que é sempre inferior à remuneração dos que têm carteira de trabalho assinada e dos funcionários públicos.

Tabela 2 – Rendimento médio mensal real do trabalho principal em reais dos empregados de 10 anos de idade ou mais, segundo a categoria do emprego – Brasil 1992-2001

Ano	Militares e Estatutários	Com Carteira de Trabalho Assinada	Vínculos Outros
1992	654	552	208
1993	710	569	224
1995	927	680	311
1996	924	680	334
1997	943	686	337
1998	969	692	346
1999	940	643	322
2001	963	621	339

Fonte: IBGE. PNAD (2002).

A Descentralização da Saúde e a Tendência do Emprego Setorial

O emprego setorial na saúde teve um desenvolvimento específico do mercado de trabalho, com alguns traços de precariedade e flexibilização nas condições de remuneração, porém foi favorecido pelo dinamismo da demanda pública e dos planos e seguros de saúde por serviços sanitários.

Para prestação de atenção à saúde na esfera pública, a Constituição Federal de 1988 escolheu a descentralização na prestação dos serviços como a melhor alternativa para a reversão da baixa qualidade da gestão, para a redefinição das prioridades das ações estatais destinadas ao atendimento das necessidades da população e para a ampliação da autonomia de gestão das autoridades públicas locais.

O Capítulo da Saúde da Constituição promulgada em 1988 consolidou uma tendência na gestão pública setorial:

- de reconhecimento da saúde como direito social, assegurado pelo acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, prevenção e proteção da saúde (Art. 196);
- de estabelecimento de um novo paradigma para a ação estatal na área, ao determinar o atendimento integral, a descentralização político-administrativa e a participação comunitária (Art.198, I, III);
- de comprometimento financeiro com a criação de um orçamento público da seguridade social que sustente um conjunto integrado de ações capaz de “assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social” (Art.194);

- de unificação da ação pública pela definição do Sistema Único de Saúde (SUS) como instância única da gestão pública responsável pela provisão universal, gratuita e integral de ações e serviços de saúde para a promoção, proteção e recuperação da saúde (Art. 196 e Art. 198).

A tendência à descentralização setorial através do processo de redistribuição de capacidade decisória e de recursos entre esferas de governo foi traduzida pela definição do Município como o único ente federativo ao qual é atribuída a missão constitucional de prestar serviço de atendimento à saúde da população. À União e aos Estados cabe prover a cooperação técnica e financeira necessária ao exercício desse encargo (Art. 30, VIII).

A Lei 8080, de setembro de 1990, ratificou as diretrizes constitucionais ao atribuir à direção municipal do Sistema Único de Saúde a competência de “planejar, organizar, controlar e avaliar as ações de saúde, e gerir e executar os serviços de saúde”, além de participar do “planejamento, programação e organização da rede regionalizada e hierarquizada do Sistema Único de Saúde, em articulação com sua direção estadual” (Art.18, I e II).

Essas mudanças de titularidade da gestão induziram o crescimento do papel dos governos locais na provisão da atenção, reduzindo ao longo da década de 1980 as funções da União na oferta *direta* de serviços de atenção à saúde e ampliando as suas atividades de negociação na alocação de recursos e regulação de desempenho. Essa redefinição de funções indica que o Sistema Único de Saúde tem implementado de modo acelerado a separação entre financiamento e prestação pelo menos nas relações entre os níveis de governo (Costa et al., 1999).

A Tabela 3 demonstra que o incentivo a maior autonomia na gestão administrativa e financeira local resultou na passagem quase absoluta da gestão dos estabelecimentos de saúde para os municípios. A titularidade local evoluiu, entre os anos 1981 e 1992, de 22% para 69%. Os estabelecimentos sob gestão federal regrediram de 28% para 5% e sob gestão estadual de 50% para 26%.

Em 1999, a responsabilidade na prestação direta de serviços de saúde pelo governo federal e estadual tornou-se residual pela proporção de unidades de saúde sob a sua responsabilidade administrativa. Os municípios passaram a deter a responsabilidade pela gestão de 92% dos estabelecimentos de saúde de propriedade direta do poder público – estatal. O governo federal ficou com 2% e os governos estaduais com 6%.

Tabela 3 – Brasil – Proporção de estabelecimentos de saúde na gestão dos níveis de governo – 1981-1999

Ano	Federal	Estadual	Municipal	Total
1981	3764 (28%)	6890 (50%)	2961 (22%)	13615 (100%)
1988	1978 (9%)	10643 (50%)	8851 (41%)	21472 (100%)
1992	1387 (5%)	7043 (26%)	18662 (69%)	27092 (100%)
1999	628 (2%)	1930 (6%)	30404 (92%)	32982 (100%)

Fonte: IBGE. AMS (1981/1988/1992/1999).

A descentralização quase total dos estabelecimentos de prestação direta de serviços de saúde públicos estatais é também comprovada por critérios regionais, como indica a Tabela 4 para o ano de 1999.

Tabela 4 – Brasil e Regiões
% de estabelecimentos de saúde na administração dos níveis de governo em 1999

Nível de Governo/Regiões	Federal	Estadual	Municipal	Total
Norte	6	16	78	100
Nordeste	1,5	5,5	93	100
Sudeste	1	4,5	94,5	100
Sul	1	2	97	100
Centro-Oeste	4	6	90	100
Brasil	2	6	92	100

Fonte: IBGE. AMS (1999).

A evolução da responsabilidade municipal após a Constituição de 1988 é especialmente evidente em 1999 em todas as regiões do país. Apenas na Região Norte havia uma significativa proporção de 16% dos estabelecimentos sob gestão estadual, o que pode ser explicado em razão das dimensões territoriais da Amazônia.

O incremento percentual do número total de empregos de profissionais médicos na atenção à saúde ambulatorial, entre 1992 e 1999, revela o impacto desse processo sobre o mercado de saúde. O incremento na quantidade de postos de trabalho médico na atenção ambulatorial do SUS foi de 38% no Brasil, com especial crescimento do emprego na atenção ambulatorial para médicos nas Regiões Norte (90%), Centro-Oeste (51%), Nordeste (45%) e Sul (44%) (Tabela 5).

Tabela 5 – Evolução do emprego médico na atenção ambulatorial do SUS –
Brasil e regiões – 1992-1999

Regiões/Brasil	1992	1999	Varição
Norte	4.016	7.637	90%
Nordeste	27.991	40.688	45%
Sudeste	72.567	94.522	30%
Sul	22.131	31.906	44%
Centro-Oeste	6.704	10.133	51%
Brasil	133.409	184.498	38%

Fonte: IBGE. AMS (1992/1999).

A Tabela 6 mostra que o crescimento global do emprego em saúde no setor público SUS (de 10%) foi sustentado essencialmente pelo crescimento do emprego municipal de todas as categorias de profissões e funções do setor. Entre os anos 1992-1999, o emprego municipal cresceu em torno de 85,5% nessas categorias,

enquanto os níveis de governo federal e estadual tiveram expressiva redução de força de trabalho, respectivamente de 57% e 10%.

Tabela 6 – Brasil
Crescimento Global do Emprego em Saúde – 1992-1999

Brasil e Grandes Regiões	Federal	Estadual	Municipal	Total
Brasil				
1992	113.987	149.838	140.152	403.977
1999	48.953	135.116	259.981	444.050
Tendência 1992-1999	-57%	-10%	+ 85,5%	10%

Fonte: IBGE. AMS (1992-1999).

O dinamismo do emprego nos municípios na década explica-se, de modo geral, pelas características redistributivas da destinação de recursos para os municípios formalizadas pelo processo de descentralização e, especialmente, pela implementação no ano de 1998 da Norma Operacional Básica NOB01/96 (Costa, Chorny et al., 2002).

Já o crescimento do emprego privado na prestação de atenção à saúde na década de 1990 foi favorecido:

- pela demanda por serviços especializados e de alto custo de atenção hospitalar e por serviços de apoio, diagnóstico e terapias pelo Sistema Único de Saúde (SUS) ao setor privado;
- pelo crescimento dos segmentos da medicina supletiva vinculados aos planos e seguros de saúde.

Em relação ao primeiro ponto, os dados do IBGE/AMS de 1999 mostram que, do total de 484.945 leitos hospitalares existentes no Brasil, 70,5% eram de hospitais privados; do total de 56.133 estabelecimentos de saúde existentes no país, 41% eram privados.

A concentração da oferta de serviços no segmento privado revela-se quando analisada a proporção dos equipamentos dos serviços de apoio, diagnóstico e terapias no segmento público estatal SUS e no setor privado (IBGE/AMS, 1999).

Em relação à diferenciação de clientela entre o SUS e o mercado de planos e seguros, em 1999, segundo os dados da pesquisa IBGE/PNAD (1998), 24,4% da população residente no país estava coberta por planos de saúde. A população de maior renda era a principal clientela desse mercado. Nas famílias com renda mensal até 1 salário mínimo, apenas 2,6% das pessoas tinham cobertura por planos de saúde. Esse percentual chegava a 76,2% na faixa de renda familiar mensal acima de 20 salários mínimos.

Ao longo da década houve, portanto, espaço tanto para a expansão da oferta privada de seguro-saúde como para a expansão do SUS. Contudo, o SUS manteve-se também como importante comprador de serviços às empresas prestadoras

privadas (hospitais e laboratórios). Do mesmo modo, o financiamento governamental direto de planos de saúde para funcionários públicos e a isenção fiscal na aquisição de plano de saúde por empresas e famílias possibilitaram o notável crescimento do mercado segurador de saúde ao longo da década.

A Tabela 7 mostra que essa política não resultou em grande crescimento da capacidade instalada dos prestadores privados de atenção à saúde no país como um todo. Ela se concentraria na Região Sudeste e nas cidades mais prósperas. O crescimento nacional da oferta do setor público foi, inesperadamente, muito mais expressivo do que a oferta privada em razão da forte expansão das unidades ambulatoriais básicas nos municípios. A experiência da descentralização da saúde no Brasil tem sido essencialmente um processo de ampliação de cobertura de atenção ambulatorial básica pelos municípios.

Tabela 7 – Expansão da oferta de estabelecimentos de saúde públicos e privados na década de 1990

Natureza	1992	1999	Incremento
Número de Estabelecimentos Privados	22.594	23.171	2,55%
Número de Estabelecimentos Públicos	27.092	32.962	21,66%
Total	49.686	56.133	12,97%

Fonte: IBGE. AMS (1992/1999).

Existem claras evidências de que o setor privado racionalizou fortemente as suas atividades nacionais pela redução da oferta de leitos disponíveis no segmento, que passou de 409.277 em 1992 para 341.871 em 1999, com redução de 16,5% na década. O setor privado, porém, elevou significativamente o número de médicos empregados, de outros profissionais de saúde e pessoal de apoio com maior qualificação entre 1992-1999. A Tabela 8 mostra o surpreendente comportamento expansivo no emprego da força de trabalho com maior qualificação na atenção à saúde no período, atenuando a hipótese geral da desregulamentação por desqualificação neste mercado de trabalho.

Tabela 8 – Tendência do emprego de médico, profissionais de nível superior, técnico e outras ocupações nos estabelecimentos privados na década de 1990

Categorias Profissionais	1992	1999	% de Incremento
Médico	159.917	237.568	48,5
Nível Superior (exceto Médico)	57.014	102.196	79,0
Técnico com diploma	33.273	69.489	109,0
Técnico sem diploma	14.969	12.376	-17,0
Auxiliar com diploma	89.711	161.041	79,5
Auxiliar sem diploma	141.796	41.117	-71,0
Funções Administrativas	206.208	265.976	29,0
Total	702.888	889.763	26,5

Fonte: IBGE. AMS (1992/1999).

A Tabela 9 descreve as características do emprego no setor público estatal SUS. Evidencia, como já comentado, o processo expansivo de postos de trabalho para médicos, profissionais da saúde e ocupações qualificadas. Revela, por outro lado, a tendência de contratação do trabalho não-qualificado pelo setor público estatal (técnicos e auxiliares), ao contrário da tendência observada no segmento privado até fins da década.

Tabela 9 – Tendência do emprego de médico, profissionais de nível superior, técnico e outras ocupações nos estabelecimentos públicos na década de 1990

Categorias Profissionais	1992	1999	% de Incremento
Médico	148.035	193.714	31
Nível Superior (exceto Médico)	86.337	132.034	53
Técnico com diploma	35.692	60.247	70
Técnico sem diploma	11.093	14.354	29
Auxiliar com diploma	125.481	204.228	68
Auxiliar sem diploma	131.050	146.874	12
Funções Administrativas	198.132	250.336	26
Total	735.820	1.001.787	36

Fonte: IBGE. AMS (1992/1999).

O dinamismo geral do mercado de trabalho em saúde na década de 1990 pode ser resumido pelo incremento do número de postos de trabalho em 26,5% no setor privado e 36% no setor estatal SUS entre 1992-1999 (IBGE/AMS, 1999). Em 1999, do total de 1.891.550 empregos no setor saúde, 53% eram públicos e 47% privados.

Os médicos respondiam por cerca de 23% do total de empregos públicos e privados em 1999. Em 1992, a participação relativa dos médicos caiu ligeiramente para 21,4%. A participação relativa dos profissionais de nível superior da saúde não-médicos, como dentistas e enfermeiros, nos dois segmentos, passou de 10% em 1992 para 12,4% em 1999.

Os médicos apresentam maior crescimento na participação relativa no emprego do setor privado, passando de 23% em 1992 para 27% em 1999. O mesmo comportamento em direção à maior incorporação de profissionais de nível superior não-médicos é observado no setor privado. A participação relativa desses profissionais no emprego do setor saúde passou de 8% em 1992 para 11,5% em 1999 no setor privado.

Desestruturação, Desregulação e Emprego na Saúde

Existem evidências importantes do impacto da desestruturação e desregulamentação do mercado de trabalho brasileiro nos anos 90 sobre a qualidade do emprego no setor saúde. As mudanças estruturais e de orientação macroeconômica afetaram seguramente os contratos de trabalho, ampliando a

informalidade dos vínculos trabalhistas e gerando poucos incentivos às atividades de qualificação de recursos humanos pelos governos e empresas de saúde prestadoras de serviços. A grande questão é avaliar a real extensão em que essas mudanças afetaram efetivamente o mercado de trabalho na saúde, gerando precariedade das relações e das condições de trabalho, crescimento do mercado informal, aumento do desemprego, estagnação dos rendimentos médios reais e desregulamentação. A grande demanda por profissionais de saúde por força da descentralização e do crescimento do mercado de planos e seguros de saúde na década pode indicar uma tendência ligeiramente diferente do que ocorreu para o conjunto do mercado de trabalho. A primeira tese a ser rejeitada é a do crescimento do desemprego. A hipótese sobre a estagnação dos rendimentos médios reais precisa de maiores evidências para ser confirmada.

A tese da precariedade é mais consistente. Estudo de fins da década de 1990 comprovou, por exemplo, que o setor público estadual tem recorrido a mecanismos diversificados para a contratação de pessoal para a ampliação da rede ambulatorial (OPAS/CONASS, 1999).

A grande expansão do emprego no setor saúde municipal aparece também fortemente associada ao processo de flexibilização e diferenciação dos contratos de trabalho na administração pública e no setor privado.

Consideram-se fortes indicadores de flexibilização nos tipos de contratos de trabalho a adoção preferencial pelos gestores municipais do regime da terceirização para cooperativas e empresas, os contratos de autônomo e outros tipos indefinidos para expansão da força de trabalho, principalmente na atenção ambulatorial e nos novos programas de expansão de cobertura, como o Programa de Saúde da Família e Programa de Agentes Comunitários. O estudo de Avaliação da Implementação da Avaliação Básica (NEPP, 2000) comprova essa hipótese.

Esse estudo revelou um quadro complexo em relação à tendência de desregulamentação do emprego na economia em geral. Apenas 22% dos municípios brasileiros adotavam em 2000 a forma contratual estatutária típica da administração pública direta como o principal tipo de contrato de trabalho dos médicos na atenção básica (para os enfermeiros, esta proporção era de 25% e, para os odontólogos, 31%).

A formalização do emprego pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) era adotada na Região Sudeste por 35% dos municípios para os médicos, 39% para enfermagem e 34% para odontólogos.

A terceirização para empresas e cooperativas médicas foi assinalada como principal tipo de contrato para médicos por 18% dos municípios da Região Sul.

No caso da enfermagem, a terceirização por cooperativa e empresa também é o tipo principal em 12% dos municípios da Região Sul.

A informalidade aparece em alta escala na Região Centro-Oeste, com 38% dos municípios assinalando o contrato de autônomo como principal tipo de contrato

para os profissionais médicos. Nos municípios da Região Centro-Oeste, o tipo principal de contrato de trabalho para enfermeiros e odontólogos foi também o de autônomo (33%).

As Regiões Norte e Nordeste assinalaram “outros tipos de contratos flexibilizados” do trabalho médico como principal forma de contrato na proporção de 40,58% e 39,15%. Tal constatação é válida para a profissão de enfermagem nessas regiões: informaram a adoção de “outros tipos de contratos flexibilizados” 38% dos seus municípios (NEPP, 2000).

Nas organizações hospitalares, dados de pesquisa demonstram que os gestores têm ampliado os limites do direito público para os contratos regidos pelo Regime Jurídico Único, adotando em alta escala formas complementares ou alternativas para a contratação de profissionais, técnicos e quadro administrativo nas organizações públicas. Importantes mecanismos de decisão em relação à contratação de pessoal têm sido transferidos pelo executivo federal, estadual ou municipal para a decisão gerencial da própria organização, favorecendo a flexibilização dos contratos de trabalho (Costa et al., 2000).

A hipótese da desregulamentação é certamente a mais frágil para explicar a tendência geral do emprego no setor saúde em razão das características das profissões que atuam na prestação dos serviços. Ela é válida para os empregos não-qualificados.

Médicos, enfermeiros e dentistas detêm o monopólio de competência que estabelece restrições à entrada de competidores. Essas restrições profissionais valem, no caso da enfermagem, também para as ocupações de nível técnico.

Ademais, a oferta de emprego tornou-se em fins da década maior para médicos e enfermeiros em razão dos novos programas de ampliação de cobertura, como o Programa de Saúde da Família (PSF). Esse cenário ampliou seguramente o poder de barganha dos profissionais de saúde em geral, a mobilidade neste segmento de mercado e o poder das associações de profissionais e especialidades.

Bibliografia

- CARDOSO JÚNIOR, J. C. *Crise e desregulação do trabalho no Brasil*. Brasília, DF: IPEA, 2001 (Texto para Discussão, 814).
- COSTA, N. R., CHORNY, A. et al. *Avaliação do custo e impacto do PAB*. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública –TEC, 2002. (Relatório de Pesquisa).
- _____, SILVA, P. L. B., RIBEIRO, J. M. A descentralização do sistema de saúde no Brasil. *Revista do Serviço Público*, Brasília, DF, ano 50, n. 3, p. 33-56, jul./set. 1999.
- _____, et al. Análise das inovações na gestão hospitalar. *Revista Ciências da Saúde*, Rio de Janeiro, 2000.
- DI GIOVANNI, G., NEGRI, B. (Org.). *Brasil: radiografia da saúde*. Campinas: Unicamp. Instituto de Economia, 2001.

- FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária (AMS)*. Rio de Janeiro, 1992.
- _____. *Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária (AMS)*. Rio de Janeiro, 1999.
- _____. *Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios*. Rio de Janeiro, 1998.
- MATTOSO, J. *A desordem do trabalho*. São Paulo: Scritta, 1995.
- _____, POCHMANN, M. Mudanças estruturais e o trabalho no Brasil dos anos 90. *Economia e Sociedade*, Campinas, n. 10, p. 213-243, 1998.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. CONASS. *RH/SUS – Situação sobre vínculo empregatício, remuneração e incentivos nas secretarias estaduais de saúde*. Brasília, DF, 1999.
- UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS. Núcleo de Estudos de Políticas Públicas. *Avaliação da implementação do PAB*. Campinas, 2000. (Relatório Final de Pesquisa).

4

PRIORIDADES PARA O DESENVOLVIMENTO DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE

4.1

AGENDA NACIONAL DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE: DIRETRIZES E PRIORIDADES

*Cláudio Duarte da Fonseca
Paulo Henrique D'Angelo Seixas*

Considerações a Respeito da Política de Recursos Humanos para o SUS

Os paradigmas contemporâneos de gestão organizacional apontam para a primazia das pessoas na busca da excelência para a produção de bens e serviços e para viabilizar a própria transformação institucional. Assim, as políticas de RH são destacadas pelos formuladores e gestores como prioritárias para a consecução de um Sistema Único de Saúde democrático, eqüitativo e eficiente. No entanto, essas políticas, mais do que mecanismos de vinculação e distribuição de RH, devem ser formas democráticas de responsabilização e mobilização que propiciem maior adesão às novas missões desempenhadas pelo SUS.

Tendo em vista a natureza mais propositiva deste artigo, e menos documental, foi desenvolvido um processo de análise e discussão, que culminou com a caracterização dos grandes cenários e dos problemas identificados em cada um desses campos, bem como os argumentos, as intervenções propostas e as perspectivas abertas com a implementação das políticas atuais.

A Política e os Campos de Atuação em Recursos Humanos

Ao tratarmos da construção de uma Política de Recursos Humanos na perspectiva do gestor do sistema de saúde, tomamos a noção de **política de governo** como processo de escolhas públicas, direcionado à razão pública e ao interesse público, em especial a política nacional de recursos humanos e sua relação com o processo de construção do Sistema Único de Saúde.

Algumas questões se apresentam imediatamente: a idéia de que as políticas são escolhas públicas realizadas por atores legitimados (ou reconhecidos) na arena pública implica escolha de **critérios específicos** para a sua proposição e, por conseqüência, para sua avaliação. Assim, elas serão: (i) tanto mais democráticas quanto maior for a participação de atores legitimamente constituídos no processo de deliberação; (ii) tanto mais inclusivas e, portanto, “justas” (eqüitativas) quanto

maior o número de setores em desvantagem (inclusive as chamadas minorias profissionais) envolvidos; (iii) tanto mais efetivas quanto maior o número de setores governamentais envolvidos e comprometidos com essa política, em cada esfera de governo e entre elas. Além disso, as políticas são escolhas públicas de critérios e procedimentos para distribuição de bens públicos, o que significa que elas devam ser avaliadas quanto à justiça destes critérios e procedimentos.

Portanto, as **políticas de recursos humanos** representam escolhas sobre cursos de ação e procedimentos que interessam à razão pública e a determinadas noções de bem-estar público – social e econômico – e de boa convivência, que se relacionam com a **regulação da distribuição** dos seguintes bens:

- conjunto e perfil de RH oferecidos aos usuários dos serviços, que definem, em grande parte, a qualidade, a efetividade, a sua oportunidade, assim como o acesso real da população aos serviços de saúde;
- empregos (oportunidades de trabalho), salários e remunerações, incentivos, oportunidades de carreira e formação avançada oferecidos pelo sistema de utilização;
- oportunidades educacionais e de acesso ao sistema das profissões, tanto no sentido individual quanto coletivo;
- títulos de direito exclusivo e títulos e certificados reservados que conferem direitos legais de propriedade sobre campos de trabalho e reservas de mercado, entre outros.

Ao considerarmos as questões para a construção da Política de Recursos Humanos e, por conseqüência, para a distribuição desses bens, estamos aludindo à consideração de dois sistemas fundamentais: de um lado, aquelas questões relacionadas com o sistema de produção de recursos humanos – **a formação/preparação para o trabalho**; de outro lado, as questões relativas ao sistema de utilização de recursos humanos – **a gestão do trabalho**.

Um componente importante desse conjunto, constituindo uma entre as várias possibilidades de interseção dos dois sistemas, refere-se a como as profissões de saúde se organizam, quais são as regras que as orientam, como delimitam e garantem seus campos de prática, seus espaços dentro do mercado de trabalho: ou seja, o subsistema de Regulação das Profissões.

É sobre estes dois campos de intervenção, e suas necessárias inter-relações, que devemos construir as Políticas de RH para a Saúde: o **mundo da formação** e o **mundo do trabalho**. Conformando e intermediando a definição e a implementação da Política para esses dois grandes campos, consideramos a **Ação Regulatória** e a função de **Planejamento** como integrantes fundamentais desse processo.

Em síntese, a **Política** de RH envolve **escolhas de cursos de ação** que orientam o Desenvolvimento de RH, que consiste no desenho e na implementação de processos de aperfeiçoamento ou otimização desse conjunto de elementos dos sistemas de produção e utilização dos recursos humanos, ou seja, das organizações

e conjuntos de instituições destes “sistemas” e de seus mecanismos e procedimentos.

As bases legais que legitimam a ação do Ministério da Saúde na construção dessa Política estão expressas no artigo 200, inciso III, da Constituição Federal, que estabelece como uma das atribuições do SUS a ordenação da formação de recursos humanos para o Sistema. Na seqüência, a Lei n. 8.080/90 explicita a necessidade de articulação entre as esferas de governo para a formalização e execução da política de recursos humanos. Outras referências, ainda, regulam esse ordenamento: (i) Emenda Constitucional n. 19, artigo 39, que prevê a instituição de um comitê, no âmbito dos três níveis de governo, para dispor sobre critérios de fixação de padrões de vencimento e obrigatoriedade dos entes federados em manter escolas para formação e aperfeiçoamento do servidor público; (ii) a Lei n. 8.142/90, que institui a exigência de comissão de elaboração de planos de cargos e carreiras como critério para repasse de recursos financeiros do governo federal para estados e municípios.

Esses dispositivos legais se, por um lado, apontam responsabilidades e competências, por outro, requerem discussão e acordo para melhor regulamentação, no sentido de garantir adequada formação profissional, direitos trabalhistas e, ao mesmo tempo, instrumentos flexíveis de gestão do trabalho, que possibilitem aos gestores agilidade e rapidez nas decisões. Mesmo incompletas, tais referências permitem identificar a função diferenciada do Gestor Federal do Sistema no processo regulatório da oferta e demanda de recursos humanos, por meio da articulação entre setores e órgãos das três esferas de governo, de modo a propiciar melhor direção ao conjunto das ações na área de recursos humanos, e da ampla mobilização de representações de trabalhadores e prestadores de serviço em torno da formulação de acordos ou compromissos que apontem para a valorização e a qualificação do trabalho.

A construção das Políticas se faz, entretanto, no contexto de realidades e demandas sociais distintas que se transformam ao longo do tempo. Nessa perspectiva, devemos destacar os cenários e tendências atuais para as políticas de recursos humanos frente à reforma setorial em curso no país.

O Contexto Brasileiro do Sistema de Saúde

A Constituição Brasileira de 1998 contemplou a saúde como um direito social, cuja garantia é responsabilidade de cada um e de todos, em especial do Estado, mediante duas condições básicas: (i) Políticas Públicas para a redução de riscos e (ii) acesso de todos os brasileiros a serviços e ações de saúde.

Assim, pela primeira vez no texto constitucional brasileiro, a saúde é concebida como um bem universal a ser assegurado a todos os cidadãos, implicando princípio de igualdade de acesso às ações e serviços requeridos para manutenção e recuperação de sua saúde.

Analisando os ditames constitucionais de 1988 em relação à saúde, podem-se apreender três importantes dimensões do ideário do Sistema Único de Saúde – SUS, dimensões estas que influenciam fortemente a formulação de Políticas de RH para a saúde no Brasil, em termos de direção, conteúdo e abrangência:

- conceitual – esta dimensão expressa-se, principalmente, no art. 196 – o reconhecimento da determinação social no risco de adoecer e de sofrer agravos à saúde;
- ética – a saúde como direito social: as diretrizes de universalidade, integralidade, equidade; um direito a ser garantido a todos os cidadãos do país;
- organizacional – um sistema pluralista, regionalizado, hierarquizado, descentralizado, com direção única em cada esfera de governo.

Esse padrão de reforma setorial estabelecido na Constituição de 88 conseguiu garantir recursos financeiros no contexto de uma política de estabilização econômica, graças à existência de uma base de apoio social muito poderosa. O Sistema inclui cada uma das 27 unidades federadas e os mais de 5 mil municípios do país. Essa mobilização, agregada à lógica de incorporação de uma participação comunitária, fez, provavelmente, com que esse processo de descentralização fosse o grande motor dessa reforma setorial no país.

A Conjuntura Atual do SUS e as Políticas de Recursos Humanos

A conjuntura atual do processo de consolidação do SUS representa importante balizamento para as propostas e as estratégias de viabilização das políticas de recursos humanos. O desafio contínuo de garantir ações e serviços de saúde de qualidade à população encontra-se atualmente orientado por três grandes movimentos.

Em primeiro lugar, desenvolve-se um processo de reorganização das funções dos diferentes níveis de gestão do SUS: um reordenamento importante das funções gerenciais, das funções regulatórias, das funções de prestação de serviços do Sistema. Trata-se da redefinição e da busca por uma maior capacidade regulatória e gerencial do Sistema e de seus componentes institucionais – eficácia, qualidade e produtividade.

Esse movimento se traduz, no âmbito federal, na criação das agências reguladoras – Agência Nacional de Vigilância Sanitária, Agência Nacional de Saúde Complementar – e na reestruturação organizacional do Ministério da Saúde; no âmbito estadual, na redefinição do papel das Secretarias Estaduais de Saúde, em sua função de gerenciar e promover a equidade do sistema neste nível de gestão, assumindo cada vez mais seu papel regulador e de prestação de cooperação técnica aos municípios, em detrimento da função executiva na prestação de serviços; no âmbito municipal, na expressiva expansão da função executiva dos municípios, associada à busca de novas modalidades gerenciais dos serviços – Fundações, Autarquias, Organizações Sociais – e relações de parcerias – Organizações Sociais

de Interesse Público (OSCIPs), entidades filantrópicas – mais ágeis do que aquelas determinadas pelos serviços próprios.

Um segundo movimento, complementar ao anterior, é o processo de regionalização pactuada, iniciado pela Norma Operacional da Assistência – NOAS, no sentido de garantir racionalidade ao Sistema, viabilizando os componentes de equidade e integralidade no atendimento à população, e não apenas a transferência de responsabilidade para os níveis municipais. Aqui, os Comitês Intergestores – Bipartites, nos estados, e Tripartites, no nível federal – têm representado o fórum de excelência para esse pacto.

Um terceiro movimento, a implantação do Programa de Saúde da Família – PSF – como estratégia de reorientação da Atenção Básica e do modelo de atenção à saúde no país, através da valorização do vínculo e do compromisso entre equipe de saúde, indivíduos e comunidade, possibilita uma ação proativa no cuidado à saúde. Estabelecer uma atenção básica resolutiva e de qualidade significa, entre outros, reafirmar os princípios constitucionais estabelecidos para o Sistema Único de Saúde, na medida em que se busca, por meio desta forma de atenção, reforçar a consecução da universalidade do acesso, da equidade e da integralidade das ações.

Dada a dimensão – cerca de 16 mil equipes instaladas e aproximadamente 50 milhões de pessoas cobertas em setembro de 2002 – e a estratégia da saúde da família na construção de um novo modelo de atenção, uma referência mais detalhada ao trabalho realizado pelas equipes de saúde da família é necessária para a identificação das questões e desafios relacionados com recursos humanos e para a proposição de intervenções e ações. Assim, são características desse trabalho:

- o trabalho em tempo integral;
- a incorporação de um novo ator na equipe de saúde, em relação ao qual há especificidades de inserção: o agente comunitário de saúde;
- os mecanismos e os valores de remuneração diferenciados para os trabalhadores;
- a responsabilidade da equipe por uma determinada população, residente em um território definido;
- o trabalho em equipe – um dos pilares da transformação do modelo de assistência, de garantia da assistência integral.

Ao romper com a fragmentação da atenção pelos diferentes agentes do trabalho, criam-se áreas de atuação comum – “áreas cinzentas” – que são caracterizadas pela complementaridade de competências e compartilhamento de responsabilidades pelos profissionais. Assim, amplia-se o escopo de atuação, que cria uma necessidade de redefinição de competências. Ademais, essas áreas cinzentas estão relacionadas com as diferentes realidades do país. Portanto, serão produtos de negociações locais, de pactos, em conjunturas diferenciadas, pactos estes que tenham como referência as necessidades da população.

Esses elementos aparecem como condicionantes fundamentais das questões atuais de recursos humanos para a saúde e trazem demandas específicas, tanto para as ações de preparação quanto de gestão do trabalho e de regulação de RH. A visualização, a análise desses três grandes movimentos atuais do Sistema evidenciam os parâmetros que conformam o cenário para o qual deve ser proposta a Política de Recursos Humanos.

A Política de Recursos Humanos e os Campos Específicos

O desenvolvimento de capacidade institucional para o planejamento e a regulação

Antes de entrar diretamente na discussão sobre as ações que devem ser desenvolvidas nos campos de atuação de recursos humanos, alguma consideração merece ser feita sobre a capacidade institucional dos gestores do sistema e, em particular, do Gestor Federal do SUS em intervir efetivamente na regulação do campo. Em que pese o mandato constitucional previsto pelo Artigo 200, é necessário considerar que este mandato não se institui automaticamente. A dificuldade de intervenção efetiva nesse campo não se dá por uma insistente omissão do setor saúde, mas fundamentalmente pelo conjunto de externalidades relacionadas que atuam sobre o campo de recursos humanos em saúde. Assim, no campo da preparação, o mandato de regulamentar boa parte do processo de formação e capacitação de pessoal é por excelência do Ministério da Educação. É nesse Ministério que são definidas as diretrizes e normas dos processos formadores, bem como os critérios para autorização de funcionamento das instituições formadoras. No campo da utilização, ainda que seja intrínseca ao setor a definição sobre a organização e o ordenamento do trabalho, todo o processo de regulamentação das relações de trabalho e de como conduzir as negociações entre prestadores e financiadores é definido e acompanhado externamente, pelas leis trabalhistas, pelo Ministério do Trabalho e pelo Ministério Público do Trabalho. Finalmente, o campo da regulação profissional tem toda a sua regulamentação estabelecida inicialmente por leis que instituem e definem os campos autorizados de exercício profissional, e seu acompanhamento e fiscalização são realizados pelos Conselhos Profissionais, os quais passam a disputar entre si os campos específicos de prática.

Nesse sentido, o campo de atuação exclusiva do setor de RH em saúde diz respeito à organização dos processos de trabalho, ainda que condicionado evidentemente pelo conjunto de paradigmas, interesses e forças sociais que ordenam o setor saúde. E mesmo o ordenamento dos processos de trabalho é fortemente condicionado pelo processo de formação dos profissionais que aí atuam, pelas possibilidades de vinculação definidas pelas regras que orientam as relações de trabalho e pela regulamentação sobre quem pode e quem não pode realizar determinadas funções e atividades.

Finalmente, dada a dimensão e a diversidade das ações que ora se desenvolvem no setor saúde, cada secretaria do Ministério da Saúde, assim como

cada setor das Secretarias Estaduais e mesmo das municipais de maior porte contam com um subsetor formal ou informalmente constituído para lidar com preparação de pessoal, gerando por vezes dispersão e pulverização de recursos em detrimento de ações mais estratégicas e articuladas.

Assim, a capacidade de ser efetivo na regulação dos recursos humanos depende, por um lado, da capacidade de adaptar essas externalidades às necessidades do sistema, mas também de ampliar as articulações para fora do setor, no sentido de influir sobre estes condicionantes. Entretanto, para que esta capacidade de interlocução externa seja mais efetiva, é necessário reduzir a fragmentação interna, no sentido não de promover uma unificação de iniciativas dirigidas por um único órgão, o que seria muito difícil técnica e operacionalmente, mas de propiciar a ação de uma instância articuladora para contribuir na consistência, coerência e potencialização das ações realizadas.

O fortalecimento da ação institucional deve estar orientado, portanto, por dois movimentos: um essencialmente político, no sentido de ampliar e consolidar os espaços de discussão e construção de consensos entre os três níveis de gestão, a respeito dos problemas e necessidades que limitam a implantação do sistema e, a partir daí, definir as ações nos campos de preparação, utilização e regulação profissional que precisam ser desenvolvidas. E um outro movimento, orientado pelo primeiro, mais técnico, no sentido de construir as alternativas que viabilizem aquelas decisões.

A construção da capacidade institucional passa portanto, por um lado, pela estruturação de fóruns e espaços de negociação e acordo entre os gestores do sistema, usuários e trabalhadores para identificar necessidades e construir as linhas de ação prioritárias; e, por outro lado, pela ampliação das relações e participações formais em fóruns externos ao setor, para influir também na definição política daquelas externalidades.

Logo, o incentivo ao funcionamento dos fóruns já constituídos – Comissão de Recursos Humanos do Conselho Nacional de Saúde, Câmara Técnica de Recursos Humanos do Conass, Câmara Técnica de Recursos Humanos do Conasems –, bem como a estruturação de um novo espaço integrador e definidor de políticas, como o **Grupo de Trabalho Permanente de Recursos Humanos**, tripartite, no âmbito do Ministério da Saúde, podem dar visibilidade, problematizar e pactuar estratégias para as questões identificadas. A aproximação e o fortalecimento de ações conjuntas com o MEC, Ministério do Trabalho, Ministério Público do Trabalho, Congresso Nacional, bem como o desenvolvimento de políticas em parceria com as representações das corporações ou de setores representativos das corporações – ABEM, ABEn, CFM, AMB, Sociedades de Especialistas – permitem também a construção de uma agenda política mais propositiva para o setor.

Por outro lado, além da ação política, é necessário o desenvolvimento e a disseminação de conhecimento e informação, através do estímulo à constituição de grupos de investigação que promovam tais ações e de um trabalho em rede, que potencializem esse processo, permitindo a ampliação e incorporação de agentes

descentralizados na discussão e construção desta agenda de RH para o país. É nesse sentido que se constitui a **Rede de Observatório de Recursos Humanos**, que conta atualmente com 10 estações, cada qual com um perfil próprio, atuando como apoio ao Ministério da Saúde na geração de informação estratégica para a construção da política e possibilitando acesso a investigações a outros setores governamentais descentralizados e a outros agentes institucionais – Conselhos Profissionais, Universidades, Sindicatos, etc.

A terceira estratégia para fortalecer a capacidade institucional diz respeito à preparação de pessoal específico e especializado para a área, na perspectiva de constituir agentes capazes de intervir na política de recursos humanos de forma crítica e criativa, contribuindo para a construção de alternativas diversificadas para as distintas realidades, superando a improvisação imediatista e inconseqüente e o formalismo, a rigidez e, portanto, a ineficácia da administração de pessoal tradicional. Assim, o Ministério da Saúde vem intensificando a realização dos **Cursos de Especialização em Gestão e Desenvolvimento de Recursos Humanos – Cadrhus**, realizou o **Curso de Especialização em Gestão de Recursos Humanos**, semipresencial, dirigido a 52 gerentes de RH das SES e de órgãos centrais do MS, além de, através de uma parceria entre o Profae e CGPRH, estar estruturando um **Mestrado Profissionalizante em Recursos Humanos**.

Perspectivas

A articulação dessas três estratégias abre a perspectiva da consolidação de dois componentes fundamentais para o desenvolvimento da capacidade regulatória do sistema:

- **A estruturação de um sistema de informações em saúde** – O Sistema de Informação em Recursos Humanos em Saúde deve ser organizado como um instrumento para o processo de tomada de decisões, seja na dimensão técnica, seja na dimensão das políticas a serem formuladas e implantadas. A disponibilidade de informações permite a realização de análises acerca da situação na área de desenvolvimento de recursos humanos em saúde e o planejamento e avaliação de programas de ação.

Deve ser coordenado pela CGPRH/SUS/SPS/MS – Coordenação Geral de Políticas de Recursos Humanos, da Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde –, utilizando-se de uma estrutura de rede, da qual participariam instituições de ensino e pesquisa. Esse sistema deverá cumprir as funções de coleta, processamento, análise e difusão de informações de recursos humanos, cabendo à CGPRH a coordenação e difusão das informações.

Para assegurar o desenvolvimento desse sistema devem ser realizados:

⇒ pesquisas e estudos sobre o mercado de trabalho em saúde e suas tendências, sobre as relações de trabalho e a massa salarial mobilizada pelos recursos humanos em saúde;

⇒ estudos sobre novos processos pedagógicos e sua aplicação na formação profissional – EAD, telemática e telemedicina, PBL e metodologias problematizadoras, certificação sobre competências, etc.;

⇒ apoio à publicação de periódicos de circulação nacional e à criação de publicações virtuais, mediante a incorporação e difusão de tecnologia apropriada;

⇒ estruturação de um sistema de base municipal, e possibilidade de agregação estadual e nacional, sobre informações gerenciais de recursos humanos em saúde que permita o acompanhamento contínuo da situação de pessoal no diferentes níveis de gestão do sistema. O desenvolvimento do Sistema de Informações Gerenciais em Recursos Humanos – SIG-RH – e do Sistema de Informações Gerenciais em Capacitação de Recursos Humanos – SIG-CAP – pelo Observatório do IMS já constitui a base desse sistema.

• **A definição das responsabilidades institucionais** – Caberá aos gestores do SUS, de forma articulada e segundo suas atribuições específicas, prover os meios e viabilizar o propósito desta Política Nacional de Recursos Humanos para a Saúde, que é o desenvolvimento da força de trabalho com vistas à organização do sistema de serviços de saúde da melhor qualidade, garantindo a universalidade, integralidade e equidade das ações de saúde.

A consecução desta Política de Recursos Humanos será possível na medida em que as instituições do SUS, nos três níveis de governo, assegurarem o cumprimento de suas atribuições e responsabilidades. Deve ser destacado, também, que a articulação intersetorial é pilar fundamental na condução estratégica dessa política.

Entre os componentes do nível federal com papel destacado do ponto de vista da consecução da Política de Recursos Humanos, identificam-se os seguintes:

Ministério da Educação – A articulação com este Ministério terá como objetivo assegurar o propósito de adequação dos processos de formação e especialização de recursos humanos em saúde em quantidade e qualidade, promovendo os aspectos de reorientação curricular e inovações pedagógicas e a educação permanente do pessoal já incorporado ao serviço. Nesse aspecto, as experiências e as parcerias aqui relatadas deverão ser ampliadas e aprofundadas. O papel central das instituições de ensino superior deve ser objeto de contínuo debate nas instâncias de formulação das diretrizes educacionais do país.

Ministério do Trabalho e Emprego – Com este Ministério, a parceria estabelecida visará:

– à consecução das reformas necessárias no campo das relações de trabalho;

– ao financiamento e articulação de programas de capacitação de trabalhadores da área da saúde.

Ministério do Orçamento e Gestão – A parceria buscará assegurar as particularidades da produção em saúde e o caráter de relevância pública das

atividades do SUS diante do processo de reforma do Estado e suas conseqüentes adequações para o setor saúde.

Conselhos Profissionais – A parceria com estas instituições buscará, principalmente, o apoio aos processos de reforma da regulação profissional, o estabelecimento de novas relações de trabalho e princípios éticos de exercício profissional.

Órgãos de fomento ao desenvolvimento científico e tecnológico – Com estes órgãos, as parcerias a serem estabelecidas visarão a aprofundar a discussão e a prática da incorporação tecnológica no setor saúde, em coordenação com o processo de formação de recursos humanos adequados às necessidades observadas no SUS.

Por outro lado, seriam as seguintes as responsabilidades dos diferentes níveis de governo:

Responsabilidades do gestor federal (Ministério da Saúde)

- Implementar e avaliar a operacionalização das diretrizes e prioridades desta Política Nacional de Recursos Humanos para a Saúde.
- Estabelecer normas e prestar cooperação técnica aos estados e municípios para a implementação desta Política.
- Participar do financiamento das ações decorrentes desta Política, destinando recursos, sob a forma de incentivos, para a formação e a educação permanente de profissionais de saúde.
- Criar mecanismos que vinculem a transferência de recursos às instâncias estadual e municipal ao desenvolvimento de um modelo adequado de formação, capacitação, gestão e regulação de recursos humanos.
- Ajustar planos, programas, projetos e atividades às diretrizes e prioridades desta Política.
- Estimular e apoiar a realização de pesquisas e estudos considerados estratégicos no contexto desta Política.
- Promover a disseminação de informações técnico-científicas e de experiências bem-sucedidas no campo dos recursos humanos.
- Organizar e manter sistemas de informação e análise relacionados aos recursos humanos em saúde.

Responsabilidades do gestor estadual (Secretaria Estadual de Saúde)

- Elaborar, coordenar e executar a política estadual de recursos humanos para a saúde, de acordo com a Política Nacional.
- Prestar cooperação técnica aos municípios.
- Estimular a cooperação entre prefeituras, assessorar e apoiar a organização de consórcios municipais de saúde destinados à formação, capacitação, regulação e gestão de recursos humanos para a saúde.

- Organizar e manter sistemas de informação e análise relacionados aos recursos humanos do setor saúde.
- Participar do financiamento das ações, destinando recursos para a formação e educação permanente de profissionais de saúde.
- Desenvolver ações de educação continuada e permanente, além de incentivos e remuneração para o desenvolvimento profissional.
- Atuar no fomento à pesquisa, no desenvolvimento tecnológico e na manutenção de escolas técnicas.

Responsabilidades do gestor municipal (Secretaria Municipal de Saúde)

- Coordenar e executar as ações decorrentes das políticas nacional e estadual em seu âmbito, definindo componentes específicos que devem ser implantados pelo município.
- Promover as medidas necessárias para integrar a programação municipal à adotada pelo estado.
- Organizar e manter sistemas de informação e análise relacionados aos recursos humanos do setor saúde.
- Participar do financiamento das ações, destinando recursos para a formação e educação permanente de profissionais de saúde.
- Desenvolver ações de educação continuada e permanente, além de incentivos e remuneração para o desenvolvimento profissional.
- Atuar no fomento à pesquisa, no desenvolvimento tecnológico e na manutenção de escolas técnicas.

A Formação/Preparação para o Trabalho em Saúde

A conjuntura atual: os desafios, os problemas – No Brasil, apesar de a Constituição Federal de 1988, no seu artigo 200, atribuir ao Sistema Único de Saúde a responsabilidade de ordenar a formação profissional na área da saúde, este preceito não se tem traduzido plenamente numa prática institucional. Os instrumentos de poder e de articulação de que dispõe o Sistema, neste momento, para orientar o processo de formação e a distribuição dos recursos humanos, além de não serem suficientes, não têm sido utilizados em sua totalidade.

As análises realizadas sobre esse processo informam que, no plano acadêmico, a lógica que tem orientado os movimentos educacionais ainda está significativamente deslocada, tanto da realidade epidemiológica quanto dos propósitos assistenciais encetados pelo SUS, e na prática exerce significativa influência no ordenamento futuro dos profissionais da saúde. Embora esse Sistema constitua um significativo mercado de trabalho para os profissionais de saúde, tanto nos serviços públicos quanto nos contratados, tal situação só mais recentemente vem criando impacto no ensino da área, seja ensino técnico, de graduação ou de pós-graduação.

Além disso, o contexto de reorganização da atenção básica e de implantação da estratégia de Saúde da Família torna esses desafios e problemas mais evidentes. As novas competências implicam um fazer diferenciado, requerem o saber necessário e exigem uma nova ética, uma nova postura para a assistência, na atuação individual, no trabalho em equipe, para o trabalho com os indivíduos, com as famílias, com a comunidade e para o planejamento do trabalho.

Entretanto, para que se realize a aproximação entre os centros formadores e os serviços, o processo de formação/ preparação não pode ser desenvolvido através de metodologias tradicionais de ensino, em que se retira o profissional do serviço para inseri-lo em uma outra dimensão distanciada daquela realidade. Tais estratégias e metodologias educacionais não apenas são ineficientes frente à perspectiva da preparação, como se tornam inviáveis operacionalmente dada a dimensão, a intensidade e a continuidade dos processos desenvolvidos no sistema.

Ao mesmo tempo, os mecanismos tradicionais de financiamento, em particular do Ministério da Saúde, de processos de capacitação centralizados e verticalizados, através de convênios com estados ou instituições formadoras, também têm-se mostrado ineficazes frente à fragmentação que promovem, pela rigidez na gestão dos recursos que estabelecem.

Contudo, nesse cenário, novas possibilidades estão sendo abertas com a Lei n. 9.394/96 – Diretrizes e Bases da Educação Nacional – e sua regulamentação, através do Decreto Federal n. 2.208/97, tanto para a formação profissional em saúde quanto para o ensino superior.

A nova LDB, ao orientar o ensino por competências, ao valorizar o local de trabalho como espaço privilegiado de ensino/aprendizagem e possibilitar a abertura às instituições formadoras, apresenta perspectivas animadoras para o cumprimento dos objetivos do processo e para que se possa tomar as decisões necessárias no local de funcionamento do SUS.

A flexibilização permitida pela nova LDB confere às instituições de ensino novos graus de liberdade que, bem-aproveitados, podem significar um perfil dos egressos mais próximo das demandas e necessidades da Política de Saúde. Assim, a estrutura curricular não é mais rígida e são muitas as possibilidades para o aluno e para a escola. A estrutura curricular, além de flexível, baseia-se no desenvolvimento de competências, que requerem um conjunto de saberes (conhecimentos), o saber fazer (a prática) e o saber ser (as atitudes). A noção de competência significa, segundo a LDB, a capacidade de constituir, articular, mobilizar valores, conhecimentos e habilidades para a solução de problemas, não apenas rotineiros, mas também inusitados em seu campo de atuação.

Por seu turno, as diretrizes curriculares aprovadas para o conjunto do setor saúde têm como objetivo levar os alunos dos cursos de graduação em saúde a *aprender a aprender*, o que engloba *aprender a ser*, *aprender a fazer*, *aprender a viver juntos* e *aprender a conhecer*, garantindo a capacitação de profissionais com

autonomia e discernimento para assegurar a integralidade da atenção e a qualidade e humanização do atendimento prestado aos indivíduos, famílias e comunidades.

Daí decorre, por sua vez, outro avanço significativo: a sistemática de avaliação, por meio de desempenhos, unidades representativas da realização das competências profissionais.

Felizmente, diversas iniciativas já estão sendo desenvolvidas para aproveitar as possibilidades abertas pela nova LDB e pelas Diretrizes Curriculares aprovadas para a área da saúde, permitindo a aproximação entre o conjunto de competências exigidas aos profissionais e os processos de preparação utilizados.

Nesse sentido, as principais necessidades para a preparação de recursos humanos, considerando-se as demandas apresentadas pelo Sistema, a estrutura formadora, as metodologias aplicadas e as estratégias de formação, referem-se a:

a) Formação de pessoal de nível técnico para os serviços de saúde. Esta necessidade advém, de um lado, da existência de várias categorias de trabalhadores sem a qualificação para as funções que desenvolvem ou deveriam desenvolver e, de outro, a inexistência no mercado de pessoal de nível técnico qualificado para funções como: prestação de assistência, tanto na atenção básica quanto em média e alta complexidade, apoio diagnóstico, vigilância sanitária, odontologia, informação, desenvolvimento e gerência de processos e funções intermediárias, entre outras, atividades estas fortemente incentivadas em função dos processos de fortalecimento da atenção básica e de regionalização ora vigentes.

b) Insuficiências na formação de nível superior – graduação. O atual movimento de reorganização da atenção básica, em especial com o PSF, defronta-se com a precária disponibilidade de profissionais gerais, dotados de visão humanística e preparados para prestar cuidados contínuos e resolutivos à comunidade, funcionando como a porta de entrada do sistema de saúde.

Um dos mais importantes obstáculos a esse processo é a inadequação do perfil dos graduandos da área da saúde às novas necessidades do Sistema de Saúde brasileiro. Isso ocorre apesar da maioria das instituições acadêmicas declarar ser sua missão a formação em caráter terminal de médicos gerais, capazes de resolver a maioria dos problemas prevalentes de saúde. A formação tradicional, particularmente na área médica, indutora da especialização precoce, gera um ciclo vicioso entre a precária preparação e a necessidade da pós-graduação, o que dificulta o exercício correto da prática profissional. Dessa forma, a inadequação do processo de formação e “produtos” acadêmicos – graduandos, conhecimento produzido e serviços prestados – às necessidades sociais torna-se um empecilho ao esforço para reorganizar e incentivar a atenção básica, como estratégia privilegiada de substituição do modelo tradicional de organização do cuidado em saúde.

c) Especialização profissional – o “mix” de especialistas. Relacionada com a questão anterior, refere-se à relação disponível no mercado entre médicos especialistas e médicos generalistas. Ao longo dos últimos anos, acompanhou-se

uma “explosão” na formação de especialistas, especialmente em medicina; os programas de residência médica absorvem, hoje, mais de 3/4 dos graduados em medicina. Apesar de cerca de 80% das Residências Médicas no país ser financiadas pelo setor público, não existe racionalidade epidemiológica na alocação das oportunidades de formação especializada. A abertura de novas vagas de Residência tem-se orientado quase exclusivamente pelos interesses das próprias instituições ou obedecido a orientações corporativas. Tal constatação, no Brasil como em outros países, atenta contra a atenção básica e é um dos fatores essenciais para a elevação dos custos em saúde. A tendência à especialização começa a ser observada não apenas para a profissão médica, mas também nas demais carreiras da saúde, ainda que de forma incipiente.

d) Preparação para a gerência e para a gestão da saúde. O estágio atual do SUS, as demandas para a gestão e a gerência de serviços e processos estão a exigir o desenvolvimento de competências gerenciais para a consolidação do Sistema. Pessoas precisam ser preparadas para gerir as unidades de saúde, para dirigir áreas como Recursos Humanos, para dirigir ou coordenar outras áreas e funções, enfim, assumir posição de decisão em áreas estratégicas para o funcionamento do SUS. Neste momento, estima-se que o SUS demande mais de 50 mil profissionais nos níveis municipal/estadual/federal que necessitam ser profissionalizados corretamente.

e) Capacitação e abordagem pedagógica. Existe hoje, conforme já se evidenciou, a necessidade de formação, requalificação, educação continuada das pessoas que já estão inseridas no trabalho de saúde. Torna-se imperativo o desenvolvimento de tecnologias de ensino, tanto presenciais quanto à distância, que, garantindo a observância das características e necessidades da clientela, promova, de um lado, o acesso dos trabalhadores aos processos – em especial aqueles que nunca têm esta oportunidade – e, de outro lado, possibilite que a população seja atendida por trabalhadores qualificados. As tecnologias educacionais são um importante desafio na viabilização das propostas de capacitação/formação de recursos humanos para o setor.

Diretrizes e Estratégias de Intervenção

As perspectivas da Política de Formação/Preparação de RH incluem três movimentos articulados e inter-relacionados: (i) consolidar e ampliar os processos bem-sucedidos em andamento; (ii) desencadear novos programas e projetos que apoiem a superação dos desafios atualmente identificados, tendo em vista a consolidação do SUS; (iii) viabilizar espaços de articulação e acordo para a implementação das estratégias propostas.

Consolidação e ampliação de programas em desenvolvimento

Os Pólos de Capacitação para Saúde da Família. A dimensão alcançada pela estratégia de Saúde da Família exigiu e continua exigindo, conforme já visto, uma

importante iniciativa para a preparação de pessoal. Esse processo tem, entretanto, um duplo desafio – qualificar profissionais para atuar frente a um novo paradigma, incorporando aí um conjunto de novas competências, compromissos, atitudes e habilidades, para o qual não foram originalmente preparados, o que já seria por si só uma enorme responsabilidade, e, além disto, realizar este movimento de forma massiva (mas não massificada) para todo o país, na velocidade de expansão demandada. O que significa que esse processo não poderia ser realizado da forma tradicional, com a capacidade de resposta habitual dos centros formadores, esperando a formação dos profissionais, para depois introduzi-los no serviço. Neste caso, a dimensão política da transformação necessita de um processo de preparação em serviço, na medida em que se instalam as equipes. O que introduz também, de forma inédita na gestão de serviços de saúde, a responsabilização dos serviços pela educação continuada dos seus trabalhadores. Para responder a essas demandas, foram criados os Pólos de Capacitação em Saúde da Família, que têm a responsabilidade de conduzir as estratégias de capacitação, educação continuada, formação e especialização dos profissionais de saúde da família. A constituição dos Pólos pressupõe a articulação entre estado, municípios e centros formadores, promovendo o mais intenso e continuado movimento de aproximação ensino-serviço no setor saúde atualmente, com Pólos de Capacitação em todos os estados do país. Assim, além dos Cursos Introdutórios oferecidos às equipes do PSF no início das atividades, vêm sendo desenvolvidos módulos de educação continuada, relacionados aos Ciclos de Vida e a patologias específicas, bem como cursos de Especialização e Residência Multiprofissional. A diversidade de modelos gerenciais constituídos, que promoveu significativa inovação na gestão de iniciativas de capacitação, e o repasse de recursos através de convênios, que possibilitou a instalação dos Pólos, vêm sendo revistos atualmente para permitir melhor coordenação de atividades e maior agilidade na gestão financeira. A dimensão dessa iniciativa foi fruto de uma avaliação específica realizada pelo NEPP/Unicamp.

Formação de nível superior – Graduação – O Programa de Incentivos a Mudanças Curriculares. Tornam-se necessárias mudanças na orientação teórica das escolas de graduação em saúde e nas práticas de ensino, de forma a considerar não apenas a doença, mas também a promoção da saúde. Há ainda que processar mudanças nos cenários de ensino de forma que estes sejam mais representativos da realidade sanitária nacional e considerar a inserção e a integração entre os serviços prestados pelas instituições de ensino e os serviços do SUS. Por tal razão, o Ministério da Saúde, o MEC e a Organização Pan-Americana de Saúde, tomando por referência as novas diretrizes curriculares para a área da saúde aprovadas pelo Conselho Nacional de Educação, instituíram como iniciativa inédita de intervenção no processo de formação o Programa de Incentivos às Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina – PROMED, com o propósito de reorientar os produtos da escola médica – profissionais formados, conhecimentos gerados e serviços prestados –, com ênfase nas mudanças no modelo de atenção à saúde, em especial aquelas voltadas para o fortalecimento da atenção básica. Tal projeto, destinado inicialmente a 20 escolas médicas, garantirá o financiamento, por três anos, de iniciativas que reorientem o seu processo de formação conforme três eixos básicos –

a produção de conhecimentos destinada às necessidades do Sistema Único de Saúde e à educação continuada de seus profissionais; a reorientação das estratégias curriculares, induzindo o processo de formação através de pequenos grupos, de metodologias problematizadoras que permitam um processo de aprendizado ativo e o desenvolvimento de postura crítica dos formandos; a diversificação dos cenários de práticas, articulando a integração e abertura dos serviços universitários com o conjunto do Sistema e ampliando os campos de formação para o conjunto de serviços da rede assistencial. Tal processo se faz necessariamente integrado com os demais gestores do SUS, incorporando-os na construção de formação profissional para o sistema. Este movimento de apoio às escolas selecionadas se complementa com o apoio às atividades ora desenvolvidas pela ABEM – Associação Brasileira de Escolas Médicas – e Rede UNIDA, no sentido de fortalecer a capacidade de mudança do conjunto das escolas médicas do país.

Ampliando a indução às mudanças exigidas pelas novas diretrizes curriculares, o Ministério da Saúde estabeleceu também parceria com a Associação Brasileira de Enfermagem, constituindo um Projeto de Construção de Sustentabilidade para a Transformação. Esse projeto tem como objetivo a disseminação e discussão junto às escolas de enfermagem dos princípios trazidos pelas novas diretrizes e a qualificação de lideranças para a transformação e produção de material de suporte a este processo. Ao mesmo tempo, vem-se buscando a articulação com outros agentes financiadores para ampliar o número de escolas médicas envolvidas e a inclusão de outras categorias profissionais estratégicas na reorientação do modelo de atenção.

Capacitação para Gestão e Gerência. A evidência do acerto das iniciativas de oferta diferenciada para as diversas necessidades dos processos de gestão e gerência aponta para a intensificação desta capacitação para o SUS, mas principalmente para a identificação, concepção e incorporação de novos processos e mecanismos. Como exemplo podem-se citar o *Curso de Capacitação para Gestores Municipais*, que em duas versões – 1997 e 2001 – já capacitou mais de cinco mil gestores em todo o país; o *Curso de Capacitação para Equipes de Saúde* e o processo de *Desenvolvimento Gerencial das Unidades Básicas de Saúde – Projeto Gerus* –, ambos frutos da cooperação técnica entre o Ministério da Saúde e a Organização Pan-Americana de Saúde, que já atingiram mais de 400 municípios nas diversas regiões do país, formando, no caso do Gerus, mais de 400 monitores e 3.000 especialistas em gerência de Unidades Básicas de Saúde; o processo de *Especialização para Gerentes de Desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde – CADRHU*; a *Especialização em Políticas de Recursos Humanos para a Gestão do SUS* e, mais recentemente, o *Curso de Especialização para Equipes Municipais de Saúde*, que está desencadeando, no período de um ano, cerca de 70 cursos de especialização em gestão de serviços de saúde, atingindo aproximadamente 2000 especializando nos municípios com mais de 50.000 habitantes no país.

Todo esse movimento vem permitindo, com o apoio do gestor federal do SUS, o estabelecimento de parcerias entre as diversas instâncias do Sistema e instituições acadêmicas para criação de redes e escolas de governo na área de

gestão, direcionadas aos diferentes níveis de gestão e gerência do SUS, secretários e equipes municipais, equipes estaduais, unidades de saúde – ambulatoriais e hospitalares –, funções de gerência intermediária e de apoio.

Na perspectiva ainda da capacitação para a gestão, **o mestrado profissional** – modalidade de pós-graduação aberta pelo setor educacional – aparece como um instrumento privilegiado que, bem-direcionado, constitui iniciativa fundamental para a preparação de gestores em processos estratégicos, em especial dos níveis federal e estadual do SUS, além da produção de conhecimento em áreas críticas da gestão central do Sistema.

Alguns órgãos do Ministério já adotaram essa iniciativa através de instituições formadoras credenciadas pelo sistema educacional. A detecção e sistematização das necessidades e demandas da gestão federal do SUS, para essa modalidade de pós-graduação, estão a cargo dos diferentes setores do Ministério da Saúde, sob a direção da Coordenação Geral da Política de Recursos Humanos da Secretaria de Políticas de Saúde. O Mestrado Profissionalizante em Políticas de Saúde e Gestão de Serviços e o Mestrado Profissionalizante em Gestão de Recursos Humanos são exemplos dessas iniciativas.

Formação de pessoal de nível médio para as demandas do SUS – educação profissional em saúde. O trabalho do Ministério da Saúde, neste campo específico, será facilitado por dois importantes fatores. O primeiro é que o conhecimento produzido e as estratégias disponíveis e já testadas possibilitam a formação dos profissionais em serviço e adaptação às especificidades locais. Assim, o Projeto Larga Escala, concebido em fins da década de 70 para a implantação dos serviços básicos de saúde, criou mecanismos que, atendendo às especificidades da clientela e garantindo o pleno funcionamento dos serviços, pudessem viabilizar a preparação dos trabalhadores para a prestação de uma assistência livre de riscos para o cidadão. Estas estratégias – a escola específica para alunos-trabalhadores do setor saúde, a metodologia para o processo de ensino-aprendizagem destes alunos, a preparação de instrutores/supervisores, a preparação de material didático conforme a metodologia, tanto para os alunos quanto para os instrutores – facilitaram o equacionamento dos desafios atuais.

A expansão desse modelo, representada pelo desenvolvimento do Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem – PROFAE, vem garantindo, através principalmente da qualificação de trabalhadores de enfermagem em ampla escala, um impacto positivo no alcance daqueles objetivos.

Entretanto, a necessidade de formação de profissionais de nível técnico para o SUS não se restringe à questão do auxiliar de enfermagem. Conforme já mencionado, há uma necessidade enorme de formação de pessoal de nível técnico em todo o processo de prestação de serviços de saúde e em processos correlatos ou que medeiam tal prestação.

O PROFAE, por intermédio dos seus diferentes componentes, coloca as bases para todas as outras habilitações quando enfoca a capacitação de docentes, os

estudos e pesquisas, o fortalecimento das escolas técnicas de saúde. Dessa maneira, a instituição da **Rede de Escolas Técnicas de Saúde do SUS – RET-SUS**, integrada por 33 escolas técnicas e centros formadores, é identificada como um instrumento de fortalecimento das escolas e importante ponto de apoio para a implementação das políticas de recursos humanos voltadas para o nível médio.

As possibilidades atuais dadas pela nova LDB aliam-se, assim, ao conhecimento já adquirido, às estratégias já concebidas e ao trabalho do PROFABE para somar forças no desenvolvimento de um processo de formação de pessoal técnico, em nível nacional, para todas as áreas profissionais requeridas pela descentralização e regionalização dos serviços de saúde.

A Coordenação da Política de Recursos Humanos/SPS e o PROFABE/SIS, recentemente, promoveram a articulação de iniciativas dos diferentes setores do Ministério da Saúde para a formação profissional em saúde, nas várias habilitações requeridas. Neste momento, identificam as principais demandas e os movimentos desencadeados na formação de técnicos com outras competências necessárias à operação do SUS. São exemplos desses movimentos: a formação em nível médio para a Vigilância Sanitária, o Proformar desenvolvido pela Fundação Nacional de Saúde, em parceria com a ENSP, e a metodologia para a formação de Técnicos de Saúde Bucal. Tais iniciativas complementam os movimentos de redefinição dos papéis gerenciais, de regionalização e construção de um novo modelo assistencial.

A Educação Continuada e o apoio a áreas técnicas. Outra iniciativa fundamental na área de preparação de pessoal diz respeito à estruturação de estratégias de educação continuada oferecidas aos profissionais da rede de serviços que não estejam obrigatoriamente envolvidos com as equipes de Saúde da Família. Tais iniciativas devem ser promovidas de forma descentralizada, favorecendo a formação de agentes multiplicadores e a geração de parcerias com os serviços, centros formadores e associações profissionais que sejam capazes de reproduzir em larga escala tais ações. Um exemplo é a capacitação em Hipertensão e Diabetes, desenvolvida em parceria com as Sociedades Brasileiras de Cardiologia, Nefrologia e Endocrinologia e que constitui ponto fundamental de sustentação do Programa Nacional de Controle da Hipertensão e Diabetes, para a qualificação de 15.000 médicos e enfermeiros que atuam nos serviços básicos de saúde. Tais medidas se reproduzem nos Programas de AIDS, Tuberculose e Hanseníase, Saúde da Criança e Saúde da Mulher.

Novos programas e projetos

A especialização profissional – A questão da especialização médica está na ordem do dia em vários países do mundo. Decorrente da fragmentação da prática médica, a especialização cresce como fruto da incorporação de novos conhecimentos e do progresso técnico-científico. Se, por um lado, é benéfica, por outro, a especialização pode fugir ao controle na medida em que passa a ter uma

lógica expansiva própria, desorganizada, relacionada com o aumento dos custos da atenção à saúde.

Existe uma forte demanda para que o Ministério da Saúde e a gestão central do SUS assumam a gestão da formação de especialistas, para que as oportunidades de especialização se dêem de acordo com a realidade social e epidemiológica. A formação de especialistas, entretanto, é um problema complexo, até porque é um assunto que diz respeito a interesses e espaços de decisão hoje considerados espaços das corporações.

A proposta é o estabelecimento, em articulação com o Ministério da Educação e com entidades da sociedade civil, de uma Comissão Nacional de Especialização em Saúde para ajustar a questão da formação de especialistas. No campo da especialização médica, cabe citar o instrumento prioritário para esta formação, a Residência, que se efetiva sem qualquer critério que a oriente para as necessidades de saúde da população. Nesse sentido, a CPGRH, junto com a ENSP e a FUNDAP, desenvolve estudo que permitirá evidenciar as reais necessidades de especialistas no país.

O Programa Nacional de Capacitação para Gestão – Os processos de preparação de profissionais já aplicados aos diferentes níveis de gestão e gerência do sistema, como o *Curso de Capacitação para Equipes de Saúde*, o processo de *Desenvolvimento Gerencial das Unidades Básicas de Saúde – Projeto Gerus*, *Curso de Capacitação para Gestores Municipais*, *Curso de Especialização para Equipes Municipais de Saúde*, associados aos *Cursos de Especialização para Gerentes de Desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde – CADRHU*, a *Especialização em Políticas de Recursos Humanos para a Gestão do SUS* e os *Mestrados Profissionalizantes*, constituem um conjunto bastante abrangente de metodologias testadas e avaliadas. Estão ainda em preparação dois projetos complementares: a Capacitação para Gestores de Distrito e a Capacitação para Gerentes de Áreas Intermediárias. Esse conjunto de projetos, associado às parcerias articuladas para o seu desenvolvimento, algumas das quais já iniciando um trabalho em rede, e à capacidade instalada de centros formadores no país, permitiria a implementação de um Programa Nacional de Qualificação para Gestão, a ser realizado sistematicamente e mediante planejamento para todos os níveis de gestão do sistema, sem a necessidade de recursos adicionais significativos, ao mesmo tempo em que permitiria a organização dos centros formadores para a sua realização e a sua oferta de forma não descontínua.

A Capacitação para o Nível Médio – As demandas levantadas pelo processo de regionalização – em particular na formação de técnicos para as áreas diagnósticas –, o fortalecimento das escolas técnicas do sistema e a experiência decorrente do desenvolvimento de material e procedimentos gerenciais e educacionais implementados pelo Profae, a flexibilidade permitida pela nova LDB e a disponibilidade de recursos proveniente de alguns incentivos já existentes – Vigilância Sanitária e Vigilância Epidemiológica, Agentes de Consultório Dentário e Técnicos de Saúde Bucal no PSF – já permitem vislumbrar a possibilidade da

constituição de um Programa de Formação para nível médio além do já produzido. A consolidação do estudo realizado pela CGPRH e Profae deve orientar de forma muito significativa esse projeto.

A Educação Permanente dos profissionais de nível superior – necessidade de novas metodologias e abordagens pedagógicas – Nessa perspectiva, deve ser desencadeado um movimento articulado visando a garantir a implementação de ações de maturação de médio e longo prazo, voltadas à melhoria da formação profissional, à educação permanente dos profissionais.

O acompanhamento desse processo deve incluir, de forma sistemática, um esforço de orientação e capacitação que tenha como eixo o próprio trabalho em saúde, revisando as atividades que o integram na realidade mesma do exercício profissional, na busca da superação de desempenho.

Há que se buscar a coordenação das ações educativas no âmbito do SUS, aproximando-as mais das características do setor saúde, onde existe um grande estoque de profissionais em exercício, em cenários distintos. O reconhecimento de que a abordagem tradicional não dá conta dessa realidade impõe a busca de inovações metodológicas na abordagem do processo educativo. O reconhecimento da educação permanente, o aprendizado no próprio ambiente de trabalho, a organização do ensino por competências são essenciais para esse avanço.

Assim, urge incorporar a discussão e proposição de abordagens pedagógicas que atendam a esses requisitos, competências e formação/requalificação em serviço, para preparação de docentes no manejo dessas novas tecnologias.

O apoio e a articulação dos gestores do SUS com as instituições de nível superior e de nível técnico são estratégias vitais, tendo em vista as questões específicas e decisivas para que efetivamente se possa incorporar a educação como um processo permanente para os profissionais da saúde vinculados ao Sistema Único de Saúde.

A viabilização de espaços de articulação e de negociação para a implementação das estratégias propostas – A viabilização e consolidação das estratégias propostas trazem à tona várias questões e mais desafios. Entre eles, ressaltam-se a questão dos mandatos compartilhados e a necessidade de concepção e efetivação de espaços e de fóruns de negociação entre os segmentos envolvidos com a descentralização, a regionalização, a transformação do modelo, enfim, com a consolidação do Sistema Único de Saúde.

Entre os espaços já existentes, um dos mais importantes quanto à definição de diretrizes para a Política de Recursos Humanos é a Câmara Técnica de Recursos Humanos do Conass, que também cumpre um papel fundamental ao discutir a questão de recursos humanos junto às Secretarias Estaduais de Saúde, assim como os grupos de trabalho criados no Conasems para este objetivo.

Também é preciso fomentar os mecanismos de articulação com outros ministérios, como o do Trabalho, da Ciência e Tecnologia, com os Poderes

Legislativo e Judiciário – que, em muitas situações, também ordenam a formação de RH –, com a sociedade civil organizada, para que, em conjunto, possa ser concebida, reconhecida e legitimada essa ordenação estabelecida na Constituição.

Para estabelecer os pactos necessários entre os três níveis de gestão, bem como buscar os caminhos para resolução dessas questões, foi instituído, em dezembro de 2001, o **Grupo Permanente de Trabalho em Recursos Humanos, de composição tripartite**, instância que, além de atualizar as demandas e os desafios, permitirá organizar o caminho para a viabilização da Política de Recursos Humanos para o Sistema Único de Saúde.

O segundo movimento complementar seria o estímulo ao desenvolvimento de estruturas gerenciais integradoras e mais ágeis no âmbito estadual e municipal, que pudessem não só articular e dar direção estratégica aos processos de preparação, como desenvolver mecanismos de gestão de recursos mais ágeis.

O campo da utilização dos recursos humanos

O contexto atual: conflito e precariedade – O campo da utilização de recursos humanos envolve definições em três grandes áreas:

A organização do trabalho e a definição das responsabilidades e competências profissionais para responder às necessidades colocadas pela construção dos modelos de atenção desejados – neste sentido, todo o ordenamento do trabalho posto, por exemplo, pelo PSF: a composição simplificada da equipe, rompendo com a fragmentação da atenção; o trabalho em tempo integral, a responsabilidade sobre um número determinado de famílias, a incorporação do agente comunitário, como estratégias de responsabilização efetiva com a comunidade, e vice-versa; a remuneração diferenciada, valorizando o trabalho e facilitando a fixação dos profissionais, etc. Essa construção, por sua vez, traz novos desafios relacionados ao trabalho em equipe, ao compartilhamento de valores e experiências distintas, desenvolvimento de novas competências relacionadas à incorporação do planejamento no trabalho da equipe, aprofundamento na abordagem psicológica afetiva, decorrente do relacionamento contínuo entre equipe, família e comunidade, capacidade para desenvolver ações intersetoriais, incorporando também a dimensão da promoção à saúde e da compreensão dos determinantes do processo saúde-doença (discurso tão freqüente, porém tão difícil de ser realizado).

Estes processos de construção de modelos assistenciais, que se desenvolvem também em outras áreas – Saúde Mental, AIDS, etc. –, dizem respeito mais diretamente às próprias áreas técnicas e às definições políticas mais gerais do sistema que ao *locus* institucional específico da gestão de Políticas de Recursos Humanos. Cabe ao último, entretanto, a contribuição para a identificação e desenvolvimento dessas competências, bem como a avaliação de desempenho dessas equipes. A adoção da abordagem por competências, quer para a organização do trabalho, quer para a criação das estratégias educacionais, vem ocorrendo com

intensidade na cooperação da CGPRH com outras áreas do MS – DAB, DST-AIDS, Tuberculose e Hanseníase, Hipertensão e Diabetes, etc.

A distribuição dos profissionais – Em termos de macropolítica, representa a possibilidade de acesso aos serviços de saúde para o conjunto da população. Esse processo se viabiliza através do financiamento aos serviços, na estratégia mais geral de funcionamento do sistema por transferências fundo a fundo, da descentralização de pessoal das instâncias federais para as estaduais e destas para as municipais, e em alguns momentos depende de intervenções específicas para garantir assistência em áreas de difícil acesso, nas quais os municípios não conseguem atuar isoladamente.

Em termos de cenário, três situações se apresentam frente a essa questão:

- a dificuldade de financiamento por parte dos municípios para a contratação de pessoal, em função das políticas de estabilização econômica e da Lei de Responsabilidade Fiscal – ainda que não seja freqüente o alcance dos limites legais de gastos com pessoal no nível municipal;
- uma significativa transferência de pessoal federal para os níveis estaduais e municipais, principalmente para os grandes centros urbanos, e uma razoável (porém desconhecida) transferência de pessoal do nível estadual para o municipal, nos mais diferentes níveis de profissionalização, com uma perspectiva de aposentadoria em curto prazo para os profissionais federais e provavelmente para os estaduais, embora numa dimensão menor – o que pode representar um possível gasto adicional para os municípios, ainda que também se desconheça o impacto relativo destas aposentadorias no sistema de saúde e na assistência prestada;
- finalmente, uma quantidade significativa de municípios no interior do país, particularmente nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, com limitações na oferta de profissionais para a atenção básica à população.

As Ações Desenvolvidas – Considerando a possibilidade de uma intervenção efetiva de alto impacto para regiões carentes capaz de promover a equidade no sistema, através de ações mensuráveis com responsabilidades definidas para o nível federal, estadual e municipal, duas intervenções foram desencadeadas:

Intervenção na Regulação da Oferta de Profissionais caracterizada pelo **Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde – PITS**

Iniciado em março de 2001, atende municípios com comprovada carência sanitária e médica, nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, além do norte de Minas Gerais, promovendo a interiorização das equipes do PSF. A prioridade é para municípios com até 50 mil habitantes, com alto índice de mortalidade infantil, tuberculose, hanseníase, malária, etc. Cerca de 600 profissionais vêm atuando em 150 municípios do país, onde não havia nenhum profissional de saúde, e o Programa tem sua expansão prevista para cerca de 300 municípios em 2002.

Nesse processo, o Ministério da Saúde compromete-se com o pagamento de uma bolsa mensal de estudos por um ano (R\$ 4.000,00 a 4.500,00 para médicos e R\$ 2800,00 a 3150,00 para enfermeiros), extensível por mais um ano, e com o financiamento de um Curso de Especialização em Saúde da Família, com aulas presenciais e monitores visitantes, realizado pelo Pólo de Capacitação da região, destinado a médicos e enfermeiros das equipes do PSF. O estado deve coordenar o processo de seleção, a logística de deslocamento dos profissionais e a identificação de monitores, enquanto o município se compromete com a contratação dos demais profissionais da equipe e com a garantia de condições de trabalho e moradia aos médicos e enfermeiros. Em 2002, a bolsa sofreu um reajuste, e alguns estados – Acre e Tocantins – comprometeram-se com a complementação de seu valor, obtendo um índice de adesão de 70% no preenchimento das vagas.

Como subproduto do Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde, foi criado o **SIDOTS – Sistema de Demanda e Oferta de Trabalho em Saúde da Família** – e o **Banco de Trabalho Saúde da Família**, um sistema *on-line*, localizado no *site* do Ministério da Saúde, no qual os profissionais podem oferecer seus serviços ou procurar vagas em municípios que estejam com equipes incompletas, e vice-versa.

Perspectivas

A reposição de pessoal descentralizado parece ser ainda, para alguns estados e municípios, um problema a ser enfrentado. Entretanto, é pouco provável a contratação e reposição desses profissionais pelo governo federal ou pelo governo estadual, quando for o caso. A lógica de reordenamento do sistema está constituída hoje por repasses globais destinados ao financiamento de ações e de responsabilidades constitucionalmente estabelecidas. O incremento de gastos de pessoal, que eventualmente venha a ocorrer, deveria estar previsto no teto ao qual o estado/município faz jus. Nesse passo, não faria sentido instituir um mecanismo de reposição ou compensação automática, até porque o reordenamento do modelo assistencial vai exigindo outros profissionais, com outros perfis. Entretanto, para aqueles municípios onde o peso relativo dos profissionais descentralizados fosse significativo, poder-se-ia pensar em estratégias compensatórias dirigidas ao desenvolvimento de pessoal.

A Gestão do Trabalho – Quando se considera o campo de gestão do trabalho, três são os principais processos desenvolvidos, obrigatoriamente, pelos gestores: **recrutamento e seleção de pessoas, contratação destas pessoas e pagamento de seu trabalho através de salários e de sistemas de incentivos.**

A responsabilização municipal pela atenção à saúde, associada a um incremento na transferência de recursos humanos e financeiros do MS para os estados e municípios, promove também um aumento significativo do emprego no setor saúde neste nível de gestão. A incorporação de profissionais da saúde no âmbito municipal recebe um grande estímulo com a expansão significativa do PSF e dos incentivos para sua implantação a partir de 1998, mas se estende também para

os outros níveis de atenção. O processo de regionalização desencadeado pela NOAS, ao determinar exigências mínimas para os diferentes níveis de complexidade do sistema, torna mais intrincado esse movimento, impulsionado pelos incentivos criados para as áreas de vigilância sanitária e epidemiológica. Logo, o sistema como um todo passa por um movimento intenso de expansão e transformação nas responsabilidades, atividades e funções desempenhadas.

Tal processo se desenvolve, entretanto, em um cenário extremamente diversificado. A grande expansão da descentralização a partir da NOB-96 é efetivamente a base de sustentação político-social da reforma setorial hoje em andamento. Por outro lado, talvez seja a principal fonte de tensão relacionada à política de gestão do trabalho. Com frequência, a estrutura gerencial-administrativa das prefeituras é ainda muito incipiente ou, quando existe, é muito conservadora, coexistindo, portanto, culturas desapegadas de qualquer preocupação com um processo de gestão do trabalho mais formal e outras em que impera o formalismo rígido, e ainda algumas experiências bem-sucedidas, capazes de integrar diferentes possibilidades de gestão e parcerias, porém condicionadas por conjunturas ou situações muito específicas.

Outro elemento importante desse cenário é a rigidez na legislação vigente, em que pesem algumas iniciativas importantes, e que redundou em reformas ainda bastante superficiais quanto à possibilidade de estabelecimento de relações de trabalho adequadamente protegidas, porém com suficiente flexibilidade para o estabelecimento de negociações e acordos mais ágeis entre agentes vinculantes e trabalhadores, particularmente no setor público. Apesar da Emenda Constitucional n. 19 estabelecer o fim da estabilidade, flexibilizar o RJU, instituir a condição de contratação celetista no emprego público, e no setor privado regulamentar o trabalho por tempo determinado e o trabalho voluntário, ainda é muito tênue a possibilidade de estabelecer acordos locais mais flexíveis entre empregados e empregadores, sendo qualquer acordo condicionado à existência de uma lei municipal que o regulamente, em geral extensível a todo o funcionalismo, ou à obediência ao acordo coletivo de trabalho definido para toda a categoria profissional. Agregue-se a isso o custo do trabalho estabelecido pela legislação vigente, que dependendo da forma de vinculação passa ser o dobro do salário pago ao trabalhador, criando uma fortíssima penalização ao emprego formal.

O seguinte elemento, e talvez o maior condicionador de todos os outros, diz respeito às limitações aos gastos públicos exigidas pela política de estabilidade econômica vigente. Assim, inicialmente com a Lei Camata e posteriormente com a Lei de Responsabilidade Fiscal, a expansão dos gastos com pessoal passou a ser fortemente controlada no setor público, inclusive com o estabelecimento de medidas penais contra o gestor público responsável.

Estes quatro fatores – expansão de responsabilidades e direitos no setor, associada à necessidade de expansão no emprego; baixa cultura gerencial na questão de recursos humanos; alto custo do trabalho e rigidez na legislação trabalhista, e estrangimento fiscal – geraram uma situação altamente conflitante

cujas saídas têm sido construídas com frequência fora dos limites da legalidade, criando situações de precariedade absoluta do trabalho, com as seguintes conseqüências:

- a **instabilidade/desproteção/precariedade** das relações/vínculos de trabalho,
- a **rotatividade/descontinuidade**, na medida em que o problema derivado da rotatividade dos profissionais é a descontinuidade da prestação de serviços.

A **precariedade dos vínculos** de trabalho deve ser abordada juntamente com a **instabilidade** porque, na verdade, a instabilidade é uma característica da precariedade.

A **ausência de proteção social ao trabalho** – ausência de direitos trabalhistas e previdenciários clássicos – gerada por algumas formas de contratação e modalidades de vínculos, embora se estenda a todos os trabalhadores, é de maior gravidade para as categorias assalariadas típicas de nível médio e elementar, que não dispõem de alternativas para sua proteção social.

Já a alta **rotatividade de trabalhadores**, que ocasiona a descontinuidade da assistência, é mais evidente para o pessoal considerado estratégico, ou seja, médicos e enfermeiros. No caso dos médicos, entretanto, essa rotatividade, observada com mais frequência para o PSF, não se relaciona com a desproteção social, mas com vantagens salariais ou outras melhorias de condições de vida oferecidas por outros gestores.

Tal situação indica, portanto, a necessidade de se estabelecer internamente ao setor um pacto pela legalidade entre os três níveis de gestão, como forma de encaminhamento de estratégias conjuntas para o enfrentamento dos problemas apresentados.

Diretrizes e estratégias de intervenção

A Gestão do Trabalho talvez seja a área mais complexa, com maior conflito presente hoje para a gestão de recursos humanos. As soluções para esse campo não são simples, não estão definidas e levarão ainda algum tempo para se efetuar, em grande parte pelas circunstâncias de sua regulamentação. Entretanto, algumas iniciativas podem, devem e já vêm sendo tomadas para constituir uma gestão do trabalho que responda aos princípios legais previstos para as relações de trabalho, princípios estes fundamentais para garantir a estabilidade e continuidade da prestação dos serviços de saúde, e seja também dotada do grau de flexibilidade para responder às novas demandas, ao lado de uma gestão pública capaz de atender às necessidades dos cidadãos, respeitando os diferentes interesses, características e inserções das categorias profissionais envolvidas. A saber:

1. Constituição de um **Pacto de Legalidade Flexível, ou de Flexibilidade Responsável, entre os três níveis de gestão do sistema**, que passa por alguns princípios fundamentais:

(i) Respeito à diversidade: as estruturas administrativas e de serviços, os mercados de trabalho, a organização social, as possibilidades de parceria estado-sociedade, as demandas colocadas aos serviços, a capacidade de negociação são profundamente diversos e desiguais por todo o país. Não será possível, portanto, encontrar uma fórmula única para todo o país. É preciso, entretanto, que cada fórmula ou saída encontrada respeite os princípios da administração pública, bem como os princípios constitucionais para o SUS;

(ii) Decisão baseada em informação: a simples percepção de que existe um problema na gestão do trabalho não basta – é necessário identificar onde estão localizadas as principais carências, as deficiências gerenciais e de recursos, os custos efetivamente envolvidos nas diferentes opções, as bases legais, as interpretações vigentes e as fragilidades das diferentes alternativas;

(iii) Complementaridade e co-responsabilidade: através do processo de pactuação, é possível identificar ações complementares, inclusive de custeio, entre os três níveis de gestão. Entretanto, é necessário também definir as responsabilidades de cada um desses níveis de gestão;

(iv) Prioridade para populações e trabalhadores em maior desvantagem;

(v) Busca de alternativas mais custo-efetivas, que garantam a operacionalidade e a continuidade dos serviços;

(vi) Respeito à natureza do trabalho e aos interesses específicos dos trabalhadores, balizados pelos interesses sociais. É preciso diferenciar, na busca das alternativas de vinculação e na estruturação das carreiras, os trabalhos mais específicos das funções de Estado – envolvem o poder do Estado sobre interesses de terceiros e merecem maior estabilidade frente à possibilidade de pressões políticas, por exemplo, as funções gerenciais, as funções de avaliação e controle e as funções de vigilância – daquelas funções de prestação direta de serviços à população, em que a continuidade da relação de trabalho deve estar relacionada à avaliação sobre a qualidade do serviço prestado na relação direta com os usuários;

(vii) Isso significa estabelecer regras de acesso transparentes e universais, bem como mecanismos de proteção contra a exploração ilegal e ilegítima do trabalho, mas que, por outro lado, permitam estabelecer compromissos mútuos e flexibilidade de negociação, inclusive para fazer frente às desigualdades do mercado.

2. Desenvolvimento de um **forte processo de cooperação técnica**, assentado na produção de conhecimento resultante de estudos e pesquisas, bem como na disseminação de experiências bem-sucedidas de gestão do trabalho, realizadas no âmbito do SUS e por instituições privadas ou não-governamentais.

3. **Participação da instância governamental de gestão da saúde nos fóruns em que a reforma do sistema de relações de trabalho brasileiro vem sendo debatida.** As especificidades do trabalho no setor saúde, especialmente os arranjos heterodoxos que se institucionalizaram em torno da utilização do trabalho dos profissionais, em especial daqueles de tradição de autonomia técnica,

constituem matéria de exame obrigatório para qualquer reforma laboral que pretenda o enquadramento do trabalho setorial.

Nesse sentido, algumas medidas já foram ou vêm sendo tomadas:

(i) O encaminhamento ao Congresso pelo Executivo do projeto de lei que cria e regulamenta a profissão de Agente Comunitário de Saúde, garantindo o princípio da sua vinculação à comunidade de origem e ao SUS, a natureza pública (ainda que não governamental) do seu trabalho e estabelecendo as bases para a proteção dos seus direitos trabalhistas;

(ii) A construção do mecanismo de contratação dos Agentes Comunitários de Saúde através da CLT, mediante o estabelecimento de parcerias entre as Secretarias Municipais de Saúde e as OSCIPS, mecanismo amplamente negociado entre Ministério da Saúde, Ministério do Trabalho, Ministério Público do Trabalho e Conasems;

(iii) A constituição de um fórum permanente de negociação tripartite, relacionado à questão de recursos humanos, através de portaria ministerial do Grupo Permanente de Trabalho de Recursos Humanos, com representantes de todos os setores do Ministério da Saúde, Conass e Conasems;

(iv) A realização de estudos pela Rede de Observatórios de Recursos Humanos que permitam identificar: a intensidade, distribuição e valorização do trabalho informal em saúde no país; o grau de comprometimento financeiro com pessoal nos estados e municípios; a distribuição, localização, custo financeiro, participação percentual no pessoal da rede, perspectiva de aposentadoria do pessoal federal e estadual de saúde; as alternativas, bases legais e custos das diferentes formas de vinculação e contratação, permitindo o estabelecimento de uma Árvore Lógica para Vinculação de Pessoal, com acesso através da Internet, para orientação das opções de estados e municípios;

(v) A qualificação das equipes técnicas e de gestores de recursos humanos, e de outros técnicos e gestores do sistema dos níveis federal, estadual e municipal, com o objetivo de ampliar, difundir e aprofundar a discussão política e a capacidade de assessoramento e intervenção na área. Tal processo se fez principalmente por meio de parcerias com a Câmara Técnica de Recursos Humanos do Conass, que possibilitaram a capacitação através do CADRHU de gerentes locais e regionais de recursos humanos, a realização de um Curso de Especialização em Recursos Humanos semipresencial, com altos gerentes de secretarias estaduais e dos órgãos setoriais do Ministério da Saúde. Atualmente, em parceria com o PROFAE, foi lançado um Edital de Apresentação de Propostas para um Mestrado Profissionalizante em Recursos Humanos, destinado a Gerentes de Recursos Humanos de estados e municípios e de Escolas Técnicas de Saúde;

(vi) O Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde demonstrou a importância e a possibilidade da intervenção federal em situações de carência na oferta de serviços de saúde municipal. A garantia da seleção nacional e da bolsa federal para médicos e enfermeiros, a oferta da especialização coordenada pelo Pólo de Capacitação local e contrapartida municipal na garantia de

alimentação, estadia e contratação do restante da equipe do PSF possibilitaram a entrega de serviços de saúde a populações que nunca tinham tido acesso a qualquer tipo de atenção. O aprendizado desse processo permitiu identificar áreas onde essas garantias não foram suficientes para incorporar profissionais. Assim, em alguns estados onde a dificuldade de acesso era maior, os governos estaduais se comprometeram com a complementação do valor da bolsa. Alguns estados também já vêm complementando a remuneração das equipes de PSF em municípios mais carentes. Este processo de seleção nacional e garantias federais, compromissos municipais e complementação estadual pode servir de base para um pacto ampliado na gestão de recursos humanos, principalmente mediante a introdução de mecanismos de certificação de serviços pelo Ministério da Saúde, em que um dos itens seria adoção de formas não-precárias de contratação. O próprio processo de seleção nacional poderia ser estendido como uma forma de identificação e distribuição de profissionais para o PSF, mediante compromissos mútuos;

(vii) A criação de um Banco de Trabalho de Saúde, com acesso *on-line*, para oferta e demanda de postos de trabalho e profissionais interessados para as equipes de PSF, no *site* do Ministério da Saúde.

Perspectivas

Um elemento importante nesse movimento é a possibilidade de recurso adicional ao setor, proveniente da aprovação e regulamentação da PEC 29. Entretanto, é preciso que haja a sensibilidade política entre todos os níveis de gestão de que o gasto com contratação formal no setor é importante, na medida em que garante continuidade e possibilita a qualificação do e no serviço, mesmo que seja necessariamente mais cara que o contrato informal irregular.

O segundo movimento diz respeito à recuperação das carreiras no setor, tendo claro que seu desenho deve ser orientado pela natureza do trabalho realizado, evitando a introdução de um PCCS que trate indiferenciadamente todos os tipos de trabalho executados, desconsiderando os interesses e inserções de mercado das diferentes categorias profissionais, bem como os interesses da população assistida.

Tais movimentos não excluem a necessidade de avanços no campo da negociação do valor para o estabelecimento de acordos locais, nem a possibilidade de introdução de mecanismos legais que permitam reduzir o custo do trabalho no setor, ainda que estes sejam necessariamente momentos mais amplos e externos ao setor saúde e que passam, inclusive, por uma definição mais clara sobre o desenho de Estado que queremos ter e o custo que pretendemos pagar por ele.

A Regulação Profissional

A conjuntura atual: os desafios, os problemas – No Brasil de hoje, se, de um lado, convive-se com uma rigidez no sistema de autorização e controle do exercício profissional que delimita, através de leis, monopólios sobre campos de prática, por

outro lado, não existe um fórum de discussão e acordo sobre a regulação do trabalho, das competências profissionais, do compromisso ético, entre outros aspectos, no interesse da sociedade. Hoje, esse processo de regulação autárquica, embora tendo pontos positivos, já não atende às demandas colocadas pela instituição do sistema nacional de saúde. Em muitas situações, essa auto-regulação tem trazido problemas aos gestores, seja no questionamento por parte de outras categorias profissionais do direito de exercer algum ato, seja na necessidade de garantir o serviço à população.

Ao definir com seus pares o seu território de atuação por exemplo, um profissional de saúde não está apenas definindo quais são os atos privativos, quais os atos exclusivos – conteúdos de sua prática profissional garantida por um saber – que lhe cabem exclusivamente por força de formação, de saberes transmitidos por pares experientes. Nesse momento, definem também o trabalho profissional, ou seja, a prática profissional constrangida pelas condições concretas do espaço de atuação – sua organização dentro de um programa ou de uma organização de serviço, ou mesmo no mercado de trabalho –, aspectos que guardam íntima relação com a natureza, quantidade e modo como os serviços de saúde são prestados à população. Esses últimos aspectos extrapolam o âmbito de decisões corporativas.

Em outros termos, por um lado, há atos técnicos, aqueles que devem ser realizados por pessoas de competência, e esta competência é adquirida através de um processo de formação de base muito longa e que só pode ser avaliada por pares credenciados, profissionais que passaram por este tipo de processo. Ou seja, há serviços de saúde que as pessoas *leigas* não podem comprar no mercado geral porque correm riscos, na medida em que são atos extremamente lesivos à saúde física e mental. No outro extremo, há os atos profissionais, há um limite de competência que deve ser regulado gerencialmente no caso da saúde, tendo em vista o princípio constitucional de garantia da equidade; a responsabilidade, neste caso, não é da corporação, é da gerência. Esse ângulo não pode ser regulado por leis de exercício profissional.

Por seu turno, essa questão torna-se mais evidente com as demandas colocadas pelo trabalho em equipe no PSF. Em outros termos, esta é outra questão que o PSF evidencia: as áreas de trabalho específicas, a complementaridade da intervenção e as chamadas “áreas cinzas”, de atuação comum.

Essas questões têm gerado dúvidas e conflitos com reflexos, principalmente, na atenção básica de saúde, em que muitas vezes serviços deixam de ser prestados à população, ou o são muitas vezes com riscos. Esse é um problema que necessita ser enfrentado, apresentado à sociedade, até como definição prévia e condição para os processos de requalificação profissional e educação permanente, tendo em vista as competências profissionais requeridas pela reorganização da atenção básica.

A complexidade e a dimensão que essa questão vem assumindo mostram que o Ministério da Saúde não deve ser um árbitro isolado nesta matéria de interesse público. Assim, cabe assumir um papel de fomento à discussão desse tema. Ele tem que participar, em conjunto com a sociedade interessada, da definição dos atos

profissionais específicos e dos atos comuns que digam respeito à prestação de serviços de saúde à população. O contrário, a definição unilateral do território de atuação por parte de cada uma das corporações, criaria, de um lado, superposições conflitantes – quem seria o árbitro? – e, de outro, áreas e serviços vazios na prestação de serviços, em especial nos muitos municípios onde ainda não se dispõe de profissionais de saúde na quantidade e diversidade requeridas para a prestação dos serviços demandados pelo perfil epidemiológico. Em ambos os casos, uma baixa governabilidade por parte do gestor e uma privação do acesso da população aos serviços.

Uma outra importante questão a ser objeto de um movimento regulatório, orquestrado pela gestão do SUS, refere-se às demandas de regulamentação profissional, que precisam ser enfocadas sob a ótica do interesse público

O sistema de reconhecimento profissional é, geralmente, ativado por necessidades e questões de diversas ordens: tecnológicas, organizacionais, culturais e até “naturais”. O surgimento de novas tecnologias, o crescimento das organizações, novos fenômenos culturais e naturais, demandas sociais, enfim, a complexidade da sociedade, têm, de maneira geral, determinado a busca pela profissionalização, principalmente através da regulamentação dos campos de atuação dos profissionais. A epidemia de AIDS, que gerou fortes demandas no campo da hematologia e hemoterapia, o atual apelo à vigilância sanitária, as estratégias de universalização do acesso aos serviços de saúde, em especial o Programa de Saúde da Família – o caso do agente comunitário de saúde –, são exemplos de situações que geram pressões importantes pela regulamentação de campos de práticas.

Em outros termos, a incorporação de novas tecnologias, ao inaugurar novos campos de saberes e práticas, revela lacunas que tendem a ser preenchidas ou pelas profissões já existentes ou por novas ocupações ou especialidades emergentes. Essas novas ocupações e especialidades geradas no processo acabam pressionando por regulamentação. Assim, o reconhecimento de uma especialidade profissional pressupõe uma série de arranjos institucionais de acomodação de conflitos e disputas distributivas intra e interprofissionais.

No Brasil, o contexto atual de reorientação da atenção básica, de garantia do fortalecimento do SUS, da descentralização pactuada, aparece como um momento importante para esses movimentos que, muitas vezes, expressam tão somente posições de grupos de interesses.

Nesse sentido, existem atualmente muitas dezenas de projetos de lei tramitando no Poder Legislativo, de várias origens, atendendo a diferentes interesses, a maioria deles propondo a regulamentação profissional de uma ocupação, de uma nova profissão, a criação de campos de atividades profissionais, a definição de territórios de prática, entre outras reivindicações. A justificativa é sempre colocada como decorrente de “necessidade social” em relação a determinado trabalho.

Nesse contexto, o Ministério da Saúde, como gestor do Sistema de Saúde, é chamado a emitir parecer sobre o mérito do Projeto para o setor, opinião que, muitas vezes, sucumbe a outras pressões de grupos específicos que atuam na defesa de seus interesses, diretamente no Congresso.

Assim, o Ministério da Saúde se vê envolto em crescentes demandas para apreciação da pertinência desses projetos de regulamentação profissional, que têm como objeto desde o direito de exercício até mecanismos de reembolso de serviços profissionais, muitas vezes carregados de disputa entre grupos profissionais específicos.

Dáí, a necessidade de princípios e critérios definidos, transparentes, pactuados, para avaliação e encaminhamento desses pleitos, critérios que considerem aspectos essenciais como a relevância dos pleitos para a política de saúde, para a ampliação do acesso com qualidade e segurança para o usuário, justiça e equidade para os profissionais, bem como questões relativas a custo-efetividade das ações, para a viabilização de uma política de Estado.

Diretrizes e estratégias de intervenção

A reforma da regulação profissional deve pautar-se por linhas de ação que visem a reforçar os aspectos positivos do sistema de auto-regulação vigente, em especial seu potencial para garantir a qualidade dos padrões técnicos e éticos do exercício profissional e proteção do público, além de completar suas falhas.

Para tanto, um formato de regulação profissional e ocupacional a ser estimulado, baseado no princípio geral da utilidade pública da regulação, deverá contemplar, na prática, o balanço criterioso entre objetivos pragmáticos da política do governo para o setor e o fortalecimento das instituições básicas de uma sociedade justa, entre os quais vale citar:

- proteção do público contra a ação de provedores desqualificados, inescrupulosos e profissionais incompetentes;
- promoção da eficiência na provisão dos serviços de saúde;
- garantia de acesso aos serviços de saúde;
- garantia da equidade na distribuição dos serviços de saúde;
- garantia da igualdade de tratamento nos pleitos das diversas profissões e ocupações;
- promoção da capacidade do Estado na coordenação da política para as profissões.

As ações desenvolvidas

Frente a essas diretrizes, algumas medidas vêm sendo tomadas para fortalecer a intervenção do Estado nesse campo. São elas:

- o movimento de reordenamento dos processos de trabalho em saúde, caracterizado pela estruturação do trabalho das equipes de saúde da família, mas que também encontra correspondentes no atendimento à AIDS, à Saúde Mental, etc.;
- a definição dos critérios de funcionamento dos serviços de saúde, bem como as exigências para os profissionais que atuarão nestes serviços, definidos através de portarias tanto pela SAS como pela Vigilância Sanitária;
- o encaminhamento pelo Executivo, a partir de projeto elaborado pelo Ministério da Saúde, do projeto de lei que regulamenta a profissão do Agente Comunitário de Saúde.

Tais ações, ainda que representem uma importante intervenção da gestão governamental da saúde na regulação profissional, dependeriam de uma abordagem mais sistemática e ordenada no sentido de orientar de fato uma reforma neste campo.

Perspectivas

Tendo em vista a operacionalização dessas linhas de ação, deve ser criada uma capacidade mínima de Estado, particularmente no setor saúde, para dar início a um processo de revisão e ajuste da legislação de regulação das profissões de saúde.

Deve ser feita, igualmente, a análise criteriosa e imparcial, de forma sistemática e não casuística, dos inúmeros pleitos relativos à matéria que tramitam no Executivo e no Legislativo nacional. Entre os atores demandantes, destacam-se: grupos ocupacionais não-regulamentados que reivindicam o reconhecimento de suas atividades, profissões estabelecidas que pedem modificações específicas na legislação e ampliação de suas jurisdições sobre campos do exercício ainda não regulamentados, a exemplo das especialidades, e setores gerenciais que solicitam flexibilização e mesmo desregulação, etc.

Um grupo-tarefa específico deverá assumir essa responsabilidade, com as seguintes atribuições:

- ampliação das discussões sobre a reforma da regulação profissional por intermédio do envolvimento amplo dos atores competentes;
- levantamento e análise das diversas demandas relacionadas ao campo da regulação profissional tramitando no âmbito do Ministério da Saúde e do parlamento nacional;
- diagnóstico da situação da regulação profissional e ocupacional da saúde no âmbito internacional;
- proposição de protocolos de procedimentos uniformizados com vistas ao recebimento, análise e encaminhamento das demandas existentes.

Considerações Finais

Uma preocupação freqüente de todo início de gestão pública é o comprometimento do novo dirigente com a melhoria das condições de trabalho dos seus funcionários e com a valorização do principal capital do órgão, departamento ou seção: os seus recursos humanos, a quem se deve todo o sucesso e até mesmo a sobrevivência da instituição até então. Em que pese a relativa demagogia da afirmação, a freqüência com a qual ela se apresenta é sintomática de sua veracidade. Particularmente no setor saúde, onde a possibilidade de substituição de pessoal por equipamentos na assistência direta é pequena (pelo contrário, a incorporação da tecnologia através de equipamentos, associada à especialização, com freqüência gera divisão/fragmentação de trabalho e necessidade de mais e diferentes profissionais), a adesão dos profissionais é condição fundamental para o sucesso de qualquer projeto de reforma, que em última análise deve ser capaz de contribuir para a melhoria da qualidade de vida da população assistida.

A dificuldade em cumprir aquelas promessas, entretanto, não é necessariamente decorrente de um descompromisso dos novos gerentes com seus subordinados. O conjunto de externalidades relacionadas à questão de recursos humanos, a dificuldade dos órgãos de administração de pessoal em elaborar estratégias de gestão de pessoal vinculadas às transformações vigentes no mundo do trabalho e no setor saúde em especial, a baixa visibilidade política de ações neste campo, em contraste com demandas geradas pelo ordenamento do sistema e pela montagem das estruturas assistenciais, relegam historicamente as políticas de recursos humanos a um segundo plano.

O próprio avanço do sistema na construção de um novo modelo assistencial, exigindo novas competências profissionais, o grau de descentralização atingido, as reformas em curso no aparelho de Estado, num quadro de políticas de estabilização econômica em contradição com um sistema de saúde em expansão, e a rigidez presente no sistema de relações de trabalho acabaram levando as políticas (ou não-políticas) tradicionais na área ao seu limite de competência.

A definição mais clara do modelo assistencial a ser perseguido e uma relativa estabilização no financiamento do sistema de saúde, associadas a uma razoável disponibilidade de recursos internacionais principalmente para desenvolvimento de pessoal, vêm permitindo uma significativa inversão nessas políticas.

O Profae, o PSF e os Pólos de Capacitação, as diferentes estratégias de qualificação gerencial desenvolvidas e o Programa de Incentivos a Mudanças Curriculares são exemplos, para o campo da preparação, de intervenções poderosas, de alto impacto e relevância. A ação inclusiva do Profae e seu apoio ao desenvolvimento institucional, a aproximação ensino-serviço e a estruturação de um sistema de educação permanente pelos Pólos de Capacitação, a histórica intervenção no Ministério da Saúde, articulado ao MEC, no campo da graduação, desencadeada pelo PROMED, além da enorme mobilização nacional e estímulo às alianças regionais entre centros formadores e gestores a partir de diferentes

estratégias de qualificação gerencial, representam políticas consistentes no sentido de valorizar os profissionais e sustentar a implantação do sistema.

Mesmo em campos mais duros e externos, como a utilização e a regulação profissional, a intervenção na distribuição desencadeada pelo PITS e todo o reordenamento do trabalho provocado pelo PSF e pelas estratégias de atenção à AIDS vão interferindo significativamente na definição de quem pode fazer o quê e onde. A lei de regulamentação da profissão do Agente Comunitário de Saúde é uma forte intervenção do Estado nessa área.

A própria atividade dos Observatórios de Recursos Humanos vem permitindo a geração e o manejo de informações estratégicas e descentralizadas nessa matéria.

Restam, entretanto, significativos desafios: mesmo no campo da preparação, a diversidade e a fragmentação de ações desenvolvidas por vezes ainda confundem os gestores e centros formadores, impondo-se a organização de estruturas coordenadoras destes processos tanto no nível federal, já em andamento com a criação do Grupo Permanente de Trabalho em Recursos Humanos, como nos níveis estaduais e municipais. A adoção de metodologias de ensino mais ágeis, mais voltadas para o serviço e de maior alcance também é um problema a ser enfrentado. A definição de um pacto pela legalidade flexível na gestão de pessoal ainda está para ser construída, ainda que uma abordagem mais responsável já possa ser observada entre os gestores, com uma aparente tendência à redução das alternativas mais precárias de contratação; por outro lado, na regulação profissional, as corporações ainda mantêm uma postura bastante auto-referenciada, em detrimento de estratégias mais negociadas.

Em que pese o longo caminho ainda a ser percorrido para saldar a dívida com os profissionais de saúde, os avanços alcançados são evidentes. De uma questão subterrânea, ligada a um pequeno grupo de peritos, a gestão de recursos humanos passou a ser, quer pelo conjunto de ações ora em desenvolvimento, quer pelos problemas ainda a ser resolvidos, uma questão política da alta direção do sistema.

O que significa que a afirmação do “compromisso com o principal capital da organização ou do sistema” não poderá mais ser em vão.

4.2

AGENDA DAS ORGANIZAÇÕES INTERNACIONAIS PARA O DESENVOLVIMENTO DE RH EM SAÚDE: NOVOS PROBLEMAS E SOLUÇÕES

Mario Roberto Dal Poz

Barbara Stilwell

Hugo Mercer

Orvill Adams

Introdução

Recursos Humanos para a Saúde volta a estar na agenda de prioridades. Depois de várias décadas de omissão e afastamento do tema, já são muitos os países e vários organismos internacionais que começaram a trabalhar para recuperar as oportunidades perdidas.

Em especial nas duas últimas décadas, foi generalizada a aplicação de medidas restritivas do gasto público, que compreenderam a privatização e a redução do quadro de pessoal dos setores sociais. Na saúde, isso afetou os serviços estatais e também os privados.

A preocupação com os Recursos Humanos para a Saúde - RHS - aparece nos países que experimentaram as três “ondas” de reformas setoriais (primeira: Reino Unido, Canadá, Israel, Holanda; segunda: EEUU, Chile, Colômbia; e terceira: Argentina, Polônia, Hungria, Rússia, Macedônia). A reforma incorporou, muitas vezes de forma acrítica, o discurso do *downsizing* aplicado nas empresas produtoras de bens e serviços em geral, sem atender à dinâmica e às características próprias do setor saúde. Como resultado, hoje em dia, em vários desses países foram gerados fortes desajustes quanto à disponibilidade de RHS na qualidade e quantidade requeridas e em sua disposição para as mudanças operacionais que o sistema de saúde requer.

Os diferentes fatores e questões relacionados a essa problemática vêm ganhando cada vez mais espaço na agenda das diferentes organizações internacionais, ONGs, instituições acadêmicas e pesquisadores, gerando e motivando investigações, desenvolvimento de novas idéias e metodologias relacionadas à força de trabalho em saúde.

Este texto busca identificar e avaliar algumas dessas questões, idéias e métodos, na perspectiva das principais agências internacionais, como a Organização Internacional do Trabalho, Banco Mundial e Organização Mundial da Saúde. A análise procura cobrir aspectos políticos e práticos, além de apresentar dados globais sobre a força de trabalho em saúde. Este texto também dedica atenção a outros atores no campo de saúde, notadamente as organizações não-governamentais (ONGs) e associações profissionais.

A Saúde como Questão Internacional

A saúde atrai a atenção internacional como parte do chamado paradoxo entre a soberania dos países e sua crescente interdependência. Cresce vertiginosamente o pluralismo na política de saúde, com a emergência de novos atores e o fortalecimento das diferentes representações. Com o crescimento do número de países, os Estados membros da Organização Mundial da Saúde passaram de 55 para 191, entre os anos 80 e 90. Isso muda de maneira decisiva a forma com que se elaboram as políticas e se tomam decisões em organismos que, como a OMS, devem ajustar seu desempenho às diretivas da Assembléia Mundial de Saúde, que, em sua reunião anual, expressa a vontade de todos os Estados membros. Essas decisões são, além disso, supervisionadas por um Conselho Diretor, integrado por 32 membros tecnicamente qualificados no campo da saúde, representantes de seus respectivos países, eleitos pela Assembléia, que mantém um acompanhamento sistemático da política e dos resultados organizacionais da OMS.

Com relação às novas representações da sociedade civil, tanto no âmbito nacional como internacional, é preciso reconhecer e incorporar na tomada de decisões os diversos atores coletivos. Junto a associações profissionais clássicas (médicos, enfermeiras, bioquímicos), que eram representantes prototípicos da força de trabalho em saúde, há que se considerar atores como sindicatos e associações de trabalhadores, que atuam como representação setorial e institucional e que estão adquirindo capacidade de intervenção na formulação, aplicação e debate de políticas públicas. Mas a principal novidade foi dada pela presença de diversas ONGs que representam o interesse de pacientes, usuários, familiares e consumidores de serviços de saúde. Em muitos países, atualmente, é impensável uma política de saúde que pretenda alcançar o êxito numa determinada ação sem considerar a necessidade de convocar essa diversidade de representações.

Uma das lições dos projetos de reforma setorial foi reconhecer que a saúde é uma responsabilidade pública, nacional e estatal, indelegável. Podem ser compartilhadas diversas ações e intervenções, mas a função de condução política (*stewardship*) é claramente de competência estatal (Murray & Frenck, 2000).

Também foi possível aprender que essa dimensão nacional não deve impedir de reconhecer que os determinantes da saúde, no entanto, transcendem os limites da soberania. Há cada vez mais uma interdependência da saúde, particularmente pela transferência internacional dos riscos através de fenômenos como a migração e

a livre circulação de bens e pessoas, o surgimento de ameaças ambientais globais, a variação no ambiente e nos padrões ocupacionais, o comércio de produtos perigosos legais (tabaco) ou ilegais (outras drogas), e pela disseminação de tecnologias médicas. Um outro importante aspecto nesse processo de internacionalização da saúde é a liberalização comercial, com o crescimento dos investimentos transnacionais em saúde, a exportação de serviços (telemedicina) (Slade & Anderson, 2001; McKee et al, 2001), a mobilidade de usuários e de prestadores de serviços de saúde através das fronteiras, bem como o comércio de insumos de serviços de saúde (por exemplo, produtos farmacêuticos).

Frente ao crescimento dos riscos, também há que incorporar no balanço a existência de alguns *assets*, tais como o valor das ações coletivas. Nos foros internacionais, as políticas regionais e nacionais ganharam em participação e transparência. Convidam-se diferentes atores, amplia-se a agenda e ganha-se em sustentabilidade política e financeira. Para um setor que estava impregnado de forte verticalidade, esse debate das decisões implica um crescimento da legitimidade e da participação social, a exemplo dos orçamentos participativos, das Conferências Nacionais de Saúde, dos Congressos Mundiais contra a AIDS, entre outros.

Cada vez mais, parece ser consenso a necessidade e a expectativa de ações coletivas no campo internacional, especialmente para tratar com externalidades, assegurar bens públicos globais através de uma ação reguladora e ainda mobilizar a solidariedade internacional.

Por que o Foco Atual em Recursos Humanos em Saúde?

Durante a 55a. Assembléia Mundial da Saúde, a Diretora Geral da OMS, Dra. Brundtland, afirmou que estava desenvolvendo uma iniciativa para melhorar os recursos humanos nos sistemas nacionais de saúde. Essa decisão responde a várias questões, como a do prejuízo para os sistemas de saúde que servem comunidades pobres pelo contínuo recrutamento de pessoal de saúde capacitado - como pessoal de enfermagem - para trabalhar em outros países onde os níveis de remuneração e oportunidades educacionais são melhores. A iniciativa da OMS na área de recursos humanos responde à necessidade de examinar alternativas para o fortalecimento da capacidade técnica e de liderança entre os profissionais de saúde.

Não é fácil analisar com objetividade as políticas de RHS. A defesa do interesse setorial foi muito forte e ainda pesa nas análises técnicas. Mas é imprescindível percorrer um caminho que permita dialogar com quem toma as decisões em matéria de políticas públicas e de alocação de recursos financeiros. Faz falta uma ponte que assegure o diálogo com educadores, economistas, empresários, de maneira que a proteção e o desenvolvimento dos recursos humanos sejam um objetivo compartilhado e monitorado pelos diversos interessados.

O Relatório Mundial da Saúde para o ano 2000 afirma que os recursos humanos constituem a “mais importante das contribuições” do sistema de saúde (WHR, 2000).

O setor saúde, utilizador intensivo de mão-de-obra, exige o uso de diferentes habilidades e boa motivação da força de trabalho para a prestação de serviços de saúde de forma eficaz, a qual envolve ainda interação pessoal e trabalho de equipe. O custo com remuneração e salários da mão-de-obra representa usualmente uma parte importante dos gastos em saúde em muitos países (Narine, 2000). A mão-de-obra do setor saúde é complexa, com diversos grupos específicos de profissionais, com papéis distintos e estruturas de formação e regulação próprias – médicos, enfermeiras, dentistas, farmacêuticos, etc.

Vale a pena mencionar que um dos elementos de complexidade da área é a tendência das profissões de saúde a forte identidade cultural, dificultando mudanças na promoção do trabalho de equipe ou na revisão da estrutura hierárquica, por exemplo.

Assim, muitos dos desafios dos serviços de saúde em países em desenvolvimento estão direta ou indiretamente relacionados com seus recursos humanos (Egger et al., 2000; USAID, 2001). Esses desafios incluem:

- Luta contra a redução dos serviços devido a problemas de deficiência de pessoal relacionados com má distribuição geográfica, migração e outros fatores;
- Identificação de abordagens eficazes de desenvolvimento e reajuste de sistemas de saúde que melhorem o desempenho dos profissionais, o custo-efetividade da qualidade do serviço prestado, através de novos padrões de trabalho, modificações na composição das equipes e nas habilidades exigidas para o trabalho em saúde;
- Garantia de acesso equitativo e oportunidade de desenvolvimento na carreira para as mulheres;
- Melhoria na motivação e no desempenho dos profissionais através de incentivos financeiros e não-financeiros, oportunidades para o aperfeiçoamento e desenvolvimento profissional, flexibilidade nos horários de trabalho, ambiente de trabalho seguro e outros fatores.

As mudanças nos recursos humanos durante a reforma e reorganização dos sistemas de saúde nem sempre foram realizadas com base em evidências, através de ações coordenadas entre os órgãos financiadores e doadores, ou mesmo claro entendimento dos objetivos ou resultados esperados. Em alguns países, na melhor das hipóteses, essas mudanças geraram ineficiência, resposta reduzida e não-alcance das metas. Na pior das hipóteses, ocorreu redução da qualidade e da prestação dos serviços de saúde.

Os Recursos Humanos nos Sistemas de Saúde

A função de gerar recursos é uma das funções do sistema de saúde, com decisiva influência na atenção à saúde e em algumas metas intermediárias, como cobertura.

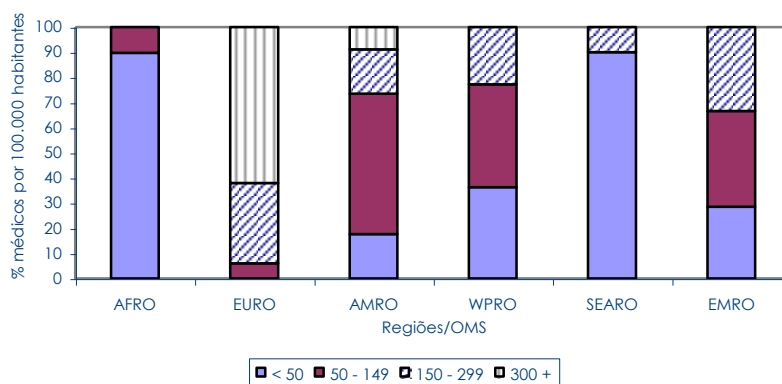
As decisões de investimento em sistemas de saúde, nesse sentido, têm implicações de longo prazo, estão sujeitas às influências políticas, afetam a distribuição geográfica de recursos e serviços, assim como outros sistemas.

No entanto, parece ser pouco clara a articulação entre os recursos humanos para saúde e a saúde da população.

Os dados disponíveis mostram que há pouca consistência entre países na maneira como as políticas e estratégias de RHS são desenvolvidas e implementadas.

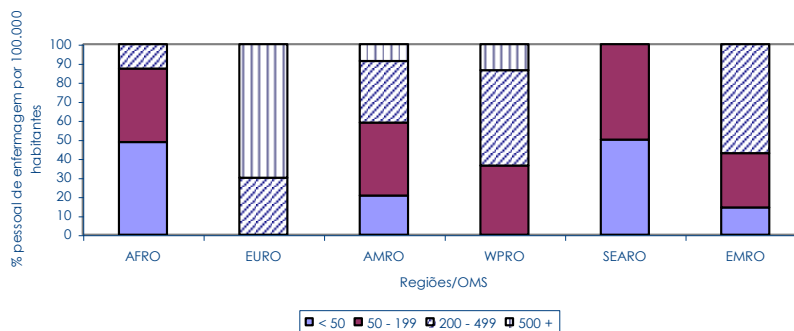
No Gráfico 1, pode-se observar a grande disparidade na densidade de médicos entre as diferentes regiões da OMS (AFRO: África; EURO: Europa; AMRO: América; WPRO: Pacífico Ocidental; SEARO: Pacífico Oriental; EMRO: Oriente Médio): alta na Europa e baixa na África e Ásia. De maneira geral, as disparidades são menos acentuadas na densidade do pessoal de enfermagem, apesar de ser extremamente baixa na África e Ásia, como pode ser observado no Gráfico 2.

Gráfico 1 – Distribuição de médicos por região



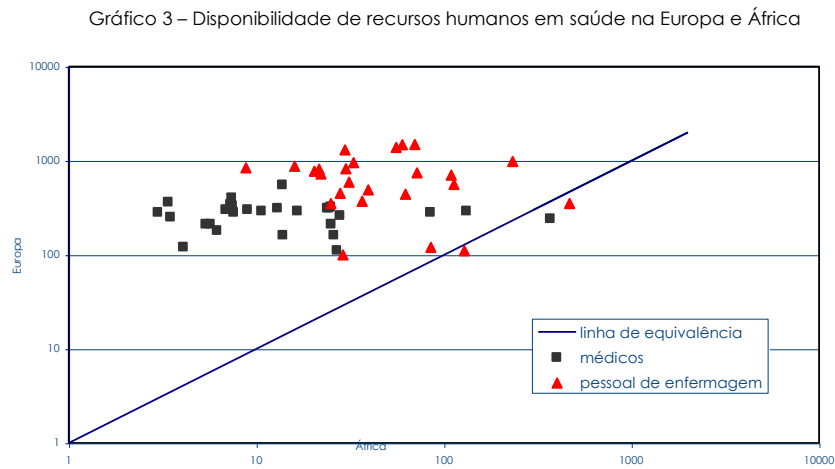
Fonte: WHO database (2002).

Gráfico 2 – Distribuição de pessoal de enfermagem por região



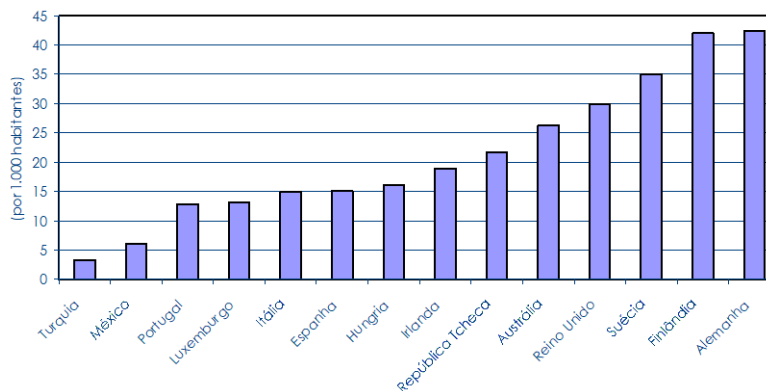
Fonte: WHO database (2002).

Examinando-se os dados disponíveis (OMS, 2001), o gráfico 3 mostra a enorme disparidade entre os recursos humanos disponíveis na África e Europa: quase 10 vezes, em média!

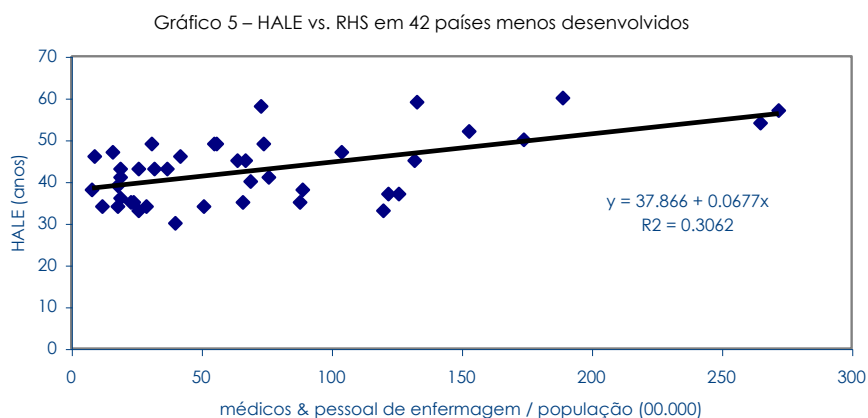


Mesmo países com características semelhantes, do ponto de vista econômico ou político, apresentam grande variação no número e composição da força de trabalho em saúde. Assim, nos países da OCDE, o emprego total, segundo os dados disponíveis, apresentava, em 1997, uma variação de até 12 vezes entre a Turquia (3,3 postos de trabalho por 1.000 habitantes) e a Alemanha (42,3 postos de trabalho por 1.000 habitantes), como mostra o Gráfico 4.

Gráfico 4 – Variação no total de postos de trabalho em saúde por 1.000 habitantes em diferentes países da OCDE, 1997



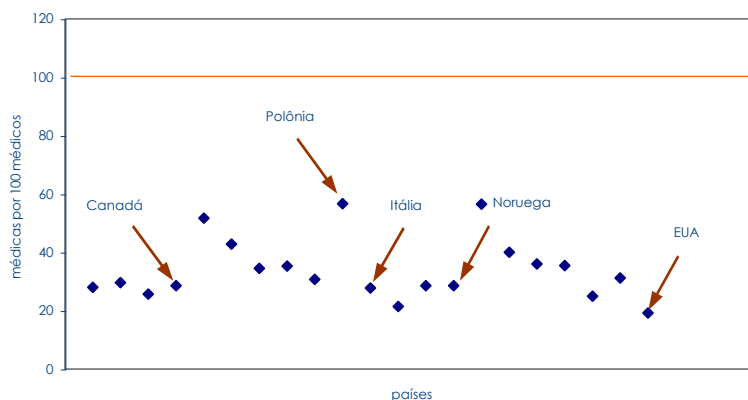
Pouca evidência existe atualmente para relacionar as políticas e práticas desenvolvidas em recursos humanos em saúde com os resultados em saúde; assim, não se tem uma análise adequada, porque países com recursos humanos semelhantes obtêm resultados em saúde muito diferenciados, medidos em anos de expectativa de vida saudável – HALE (*healthy life expectancy*) (WHR, 2001). Como pode ser observado no gráfico a seguir, é bastante acentuada a variação entre os países menos desenvolvidos, tanto no que se refere à HALE para países com a mesma composição de RHS, como na composição de RHS para países na mesma faixa de HALE.



Fonte: WHO database (2002).

Diferenças na distribuição entre gêneros ainda são persistentes entre os profissionais de saúde: entre os países com as mais altas taxas (Polônia, Hungria, República Tcheca), a proporção é inferior a 6 médicas em cada 10 médicos.

Gráfico 6 – Relação entre homens e mulheres na profissão médica em 21 países da OCDE, 1995



Fonte: OECD Health Database (2001).

Essas desigualdades têm sido motivo de questionamento em vários países e organismos internacionais, apoiando expressões de vontade em enfrentar a adiada questão dos RHS. Uma das formas de atuação é a integração da informação fidedigna que permita a análise da dinâmica do mercado de trabalho setorial, de maneira a apoiar com evidências a tomada de decisões adequadas (Dal Poz, 1996).

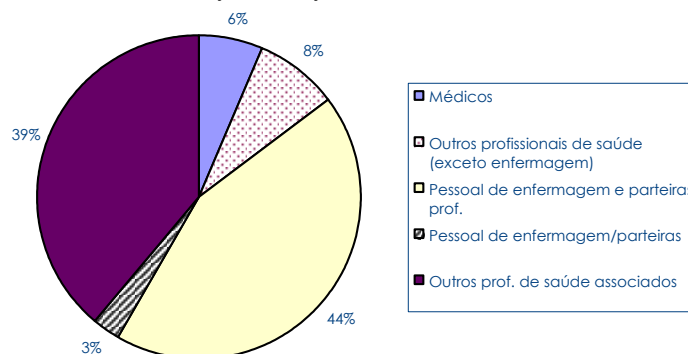
Uma situação comum é a debilidade dos sistemas de informação sobre recursos humanos em todos os níveis dos sistemas de serviços de saúde, com a conseqüente escassez de informação pertinente, oportuna e de qualidade para tomar decisões em gestão de recursos humanos. Essa situação, comum a outros sistemas de informação, também tem a ver com a escassa prioridade para as questões e problemas de recursos humanos, expressa na débil capacidade institucional para intervir neste campo. Para reverter esse quadro, algumas iniciativas começam a ser desenvolvidas, no âmbito internacional, para a obtenção de melhores dados e informações sobre a força de trabalho em saúde (Brito, 2000). Parte desse esforço visa a superar as limitações dos registros de dados em órgãos públicos, colegiados ou associativos. Nesse sentido, o acesso aos censos e aos inquéritos da força de trabalho, mantidos por alguns institutos de pesquisa,¹ por exemplo, ainda que incipiente, começa a ampliar as possibilidades de análise das características gerais da força de trabalho em saúde (OMS, 2002).

Perguntas sobre a composição da força de trabalho são derivadas imediatas desse esforço. Como não existe uma fórmula definitiva sobre qual deve ser a melhor forma de integração da equipe de trabalho em saúde, a composição mais eficiente, a tendência tem sido sempre a reprodução dos modelos vigentes nos países mais desenvolvidos ou com melhores indicadores. No entanto, recentes análises comparativas podem orientar uma análise mais profunda dos procedimentos de alocação e distribuição de capacidades e habilidades.

Tomando-se como exemplos o Quênia e o México, podem-se observar claramente algumas das principais características e diferenças entre os países das duas regiões. Enquanto, no Quênia, os médicos representam apenas 6% da força de trabalho em saúde, no México, como nos demais países da região, os médicos participam com 30%.

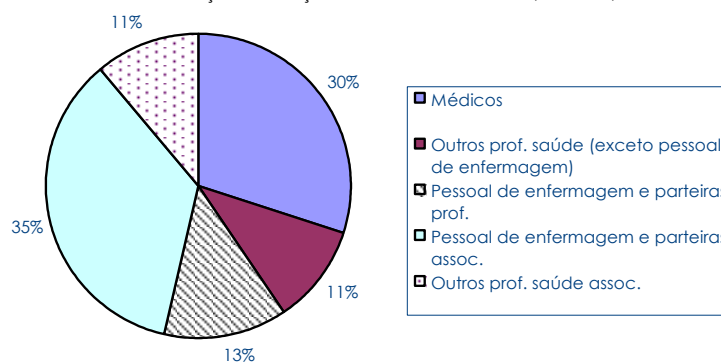
¹ Cite-se, especialmente, Luxembourg Income Study <www.lis.ceps.lu>, Integrated Public Use Microdata Series (IPUMS), University of Minnesota <www.ipums.umn.edu> e African Census Analysis Project (ACAP), University of Pennsylvania <www.acap.upenn.edu>.

Gráfico 7 – Distribuição da força de trabalho em saúde, Quênia, 1989



Fonte: IPUMS Census data (2002).

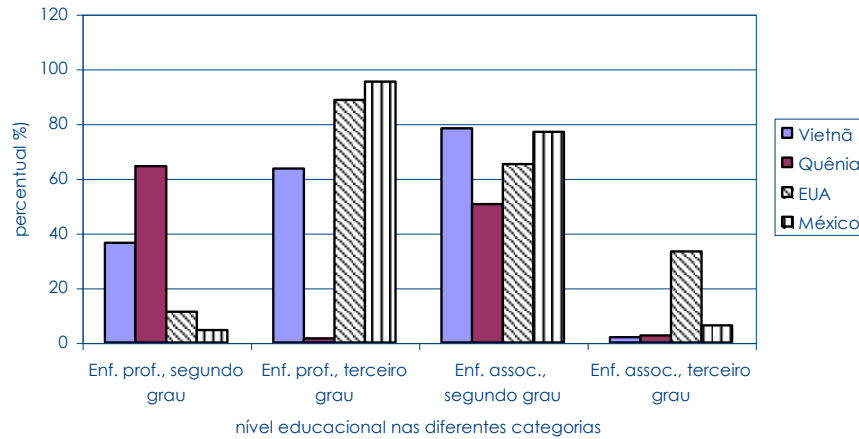
Gráfico 8 – Distribuição da força de trabalho em saúde, México, 2000



Fonte: IPUMS Census data.

A análise comparativa entre países apresenta algumas dificuldades, particularmente no que se refere à classificação do pessoal de enfermagem. Outra dificuldade é representada pelo desconhecimento das habilidades e competências de cada uma das ocupações de saúde. Essa limitação, ainda que importante, só poderá ser superada com o aprofundamento dos estudos e evidências sobre o trabalho realizado pelos diferentes componentes da equipe de saúde, em diferentes contextos e modelos de atenção à saúde.

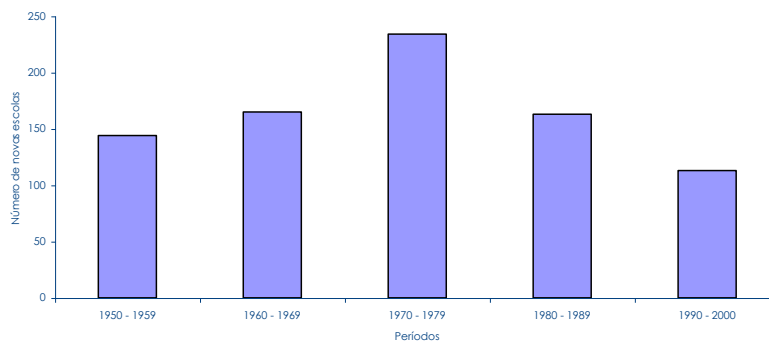
Gráfico 9 – Diferenças no perfil educacional entre as diferentes categorias de pessoal de enfermagem



Fonte: IPUMS Census data (2002).

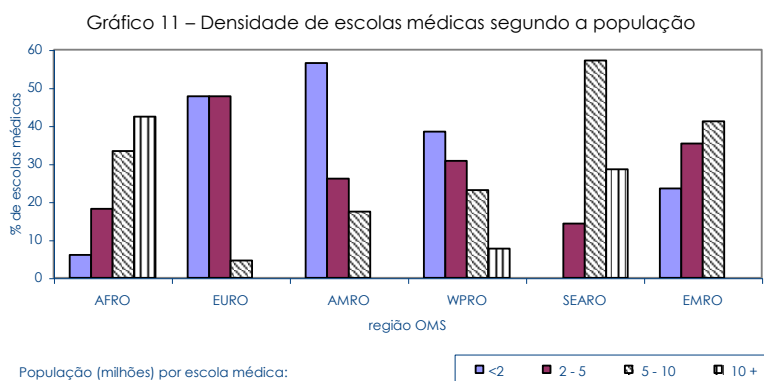
A tendência geral nos últimos 50 anos é de aumento no surgimento de escolas médicas, acentuada nos anos 70. Sabe-se também, por alguns estudos de caso, que o tamanho das turmas vem diminuindo.

Gráfico 10 – Tendências globais no número de novas escolas médicas, 1950-2000



Fonte: WHO database (2002).

As disparidades regionais existentes na disponibilidade da força de trabalho em saúde são mais acentuadas no que se refere às oportunidades para formação médica: alta densidade de escolas/habitante na Europa, seguida pela América, e baixíssima densidade na África (em geral, uma escola para mais de 10 milhões de habitantes).



Fonte: WHO database (2002).

As escolas de medicina, enfermagem, odontologia, entre outras, com acesso e comprometidas com processos de mudança e de desenvolvimento em relação ao sistema de saúde, assemelham-se à ponta de um *iceberg*. A maioria das escolas, como as mais de 1700 escolas médicas, 3000 de pessoal de enfermagem, em diversos níveis, e milhares de outras escolas em todo o mundo ainda permanecem fora de qualquer processo de mudança.

A Ação das Organizações Internacionais

As agências internacionais, tanto as agências especializadas das Nações Unidas como aquelas formadas a partir do acordo de Bretton Woods, representam um importante canal para diálogo sobre diferentes questões, através de reuniões, comitês de especialistas, relatórios de pesquisa e publicações (Walt, 1996; Koivusalo & Ollila, 1997). Essas agências atuam, além disso, como grupos de pressão para determinadas políticas, como é o caso da saúde.

A seguir, serão examinadas algumas das tendências e das recentes atividades desenvolvidas por algumas dessas agências que se têm destacado por seu papel na definição ou no desenvolvimento de políticas de recursos humanos em saúde.

Organização Mundial de Saúde

Segundo Koivusalo & Ollila (1997), desde sua criação em 1948, a OMS era estável e pragmática, largamente orientada para as doenças e dominada pelos profissionais médicos, tendo muitos programas, no nível central ou nos países, desenvolvidos de maneira vertical.

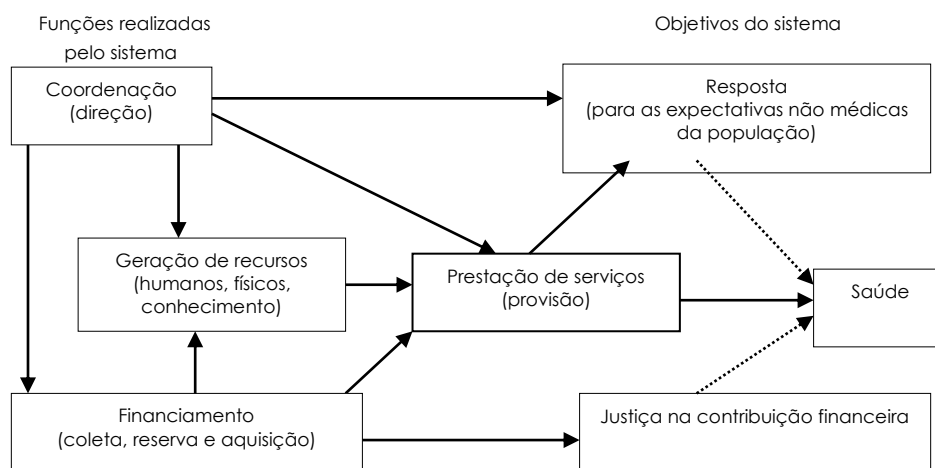
Se esse quadro começou a se alterar, particularmente a partir dos anos 70, a área de recursos humanos só nos anos mais recentes sentiu estas mudanças em suas atividades.

Um levantamento feito em 1997 com 17 programas da OMS revelou que quase todos incluíam educação e formação como um componente principal do trabalho a ser realizado. Em geral, os programas são basicamente dirigidos a uma doença (TB, pólio, AIDS) ou a um grupo específico de doenças (saúde mental, não-transmissíveis) ou de população (idosos, adolescentes, mulheres em idade reprodutiva). A imensa maioria ainda concebe as atividades de recursos humanos como formação, capacitação ou treinamento. Conseqüentemente, as atividades de recursos humanos são basicamente dirigidas para o desenvolvimento de materiais de instrução ou programas de treinamento. Faltava uma compreensão dos problemas do mercado de trabalho do setor saúde. Apesar de se estimar que o setor saúde globalmente ocupe 35 milhões de pessoas, não são muitos os estudos e dados que examinam a dinâmica de tão importante força de trabalho.

Esse quadro começou a ser alterado a partir da definição estratégica de que se deveria dar maior ênfase ao desenvolvimento dos sistemas de saúde, para oferecer maior equidade, aumentar a eficiência, responder às legítimas demandas da população e ser financiado de maneira socialmente justa (Murray & Frenck, 2000).

Esse quadro conceitual se tornou a base para a avaliação de desempenho publicada no Relatório Mundial de Saúde (WHR, 2000), ampliando os limites do sistema de forma a incluir toda a atividade cuja intenção primária seja melhorar a saúde e incorporar o debate sobre as funções dos sistemas.

Gráfico 12 – Quadro conceitual dos objetivos e funções do sistema de saúde



Fonte: WHR (2000).

O Relatório Mundial de Saúde (2000) realçou a contribuição fundamental dos sistemas de saúde para melhorar a saúde em nível mundial. O quadro conceitual

da avaliação de desempenho dos sistemas de saúde descreveu quatro funções do sistema: financiamento, geração de recursos, prestação de serviços de saúde e *stewardship* (coordenação, direção), e resumiu as evidências disponíveis sobre as possíveis ligações destas funções para os resultados e o desempenho de sistemas de saúde.

Nesse quadro, os sistemas de saúde não estão limitados às instituições que financiam ou prestam serviços, mas incluem ainda as organizações que contribuem para estes serviços, particularmente recursos humanos, recursos físicos, como instalações e equipamentos, e conhecimento. A função de geração de recursos é assim conectada com a prestação de serviços, mas os limites entre estas duas funções nem sempre podem estar claros.

No Relatório, os recursos humanos (RH) estão definidos como a ação de todos os indivíduos ocupados na promoção, proteção ou melhoria da saúde da população. Isso inclui os setores público e privado nos diferentes domínios dos sistemas de saúde, como serviços pessoais (hospitalares e curativos) e não-pessoais (saneamento, saúde ocupacional, educação para saúde, etc.).

Em fevereiro de 2000, a OMS criou um grupo para discutir as questões estratégicas da força de trabalho em saúde, visando a apoiar os esforços de melhoria e desempenho dos serviços através do fortalecimento da capacidade de trabalho dos profissionais e demais componentes da força de trabalho em saúde. Do trabalho desse grupo resultou um seminário para discutir seu desenvolvimento e assegurar que diferentes participantes pudessem contribuir plenamente na identificação de áreas prioritárias de ação.

A finalidade do seminário foi identificar e estabelecer prioridades e estratégias para ações coordenadas no campo da política e da prática dos recursos humanos em saúde (RHS) e aprovar um cronograma de trabalho envolvendo a participação dos diferentes segmentos e instituições, particularmente aqueles com clara atuação, interesse ou influência na agenda global relacionada aos sistemas de saúde.

Para apoiar os participantes do seminário e ainda desenvolver uma base de dados com as evidências de políticas e práticas existentes sobre os recursos humanos em saúde, foram preparados documentos cobrindo aspectos específicos dos RHS (WHO, 2000).

O seminário sobre *Questões Estratégicas Globais da Força de Trabalho em Saúde* organizado pela OMS foi um passo importante para o desenvolvimento de uma abordagem mais sustentável e coordenada para tratar dos problemas de RH de forma mais global. Esse seminário significou um momento inicial num processo contínuo de ação, permitindo que os diferentes atores identificassem conjuntamente as seguintes áreas prioritárias de intervenção para melhorar os RHS e os sistemas de saúde:

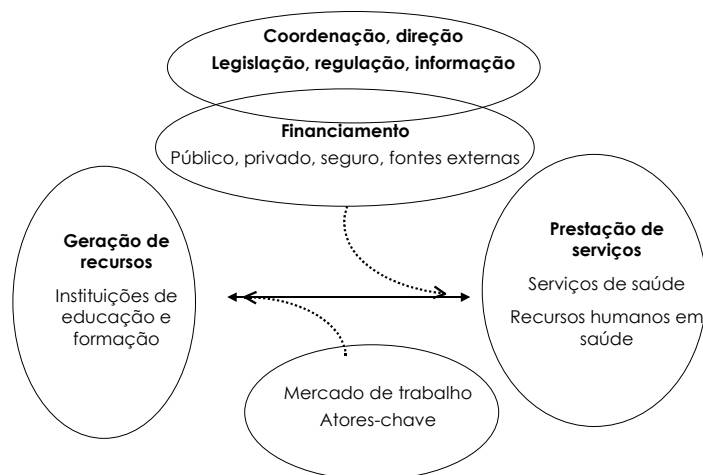
- Melhoria do conhecimento sobre os determinantes das abordagens bem-sucedidas de desenvolvimento da força de trabalho e dos RHS;
- Desenvolvimento de estratégias e da base de evidências em relação ao objetivo acima;
- Obtenção de consenso entre os diferentes atores sobre as estratégias de investigação, desenvolvimento e implementação de mecanismos e instrumentos de conhecimento sobre os RHS.

Nessa perspectiva, a OMS está buscando formas de incrementar a informação e os conhecimentos disponíveis sobre RHS e, desta maneira, contribuir para um melhor direcionamento dos sistemas de saúde dos países membros. Nesse sentido, o programa de trabalho para a área de recursos humanos prioriza uma série de questões (*policy issues*) que afetam o desempenho dos sistemas de saúde. Entre esses grandes problemas estão: migrações de RHS, força de trabalho em saúde pública, condições de trabalho dos RHS, formação e educação permanente da força de trabalho em saúde e desequilíbrios no mercado de trabalho de saúde (*imbalances*) que se expressam em carências, excessos e desajustes na composição da equipe de saúde.

Essa identificação das questões centrais implica também um ordenamento das ações, privilegiando todas aquelas que contribuam para a melhoria dos resultados do sistema (melhores condições de saúde, resposta integral às expectativas da população com relação ao sistema de saúde e um gasto eqüitativo dos recursos financeiros disponíveis). Dessa forma, a sistematização dos dados secundários disponíveis (censos nacionais, pesquisas domiciliares, ocupacionais, entre outras), bem como estudos especiais sobre a força de trabalho em saúde em diferentes países e aspectos de melhor gestão (incentivos, motivação, qualidade), permitirão, em médio prazo, contar com as evidências necessárias para melhorar as práticas de gestão de RHS.

Na região das Américas, a OMS (junto com a OPAS) tem avançado bastante na análise dos problemas da força de trabalho em saúde. A iniciativa de desenvolvimento de observatórios de recursos humanos, através de uma rede de instituições (Ministérios de Saúde e Educação, centros de pesquisa, universidades) que estão cooperando na descrição dos problemas, deve melhorar a gestão dos RHS. Alguns produtos já são visíveis, permitindo um melhor conhecimento da dinâmica que a OPAS chama de “campo de recursos humanos em saúde” (Brito, 2000b), que tem o mérito de reconhecer a centralidade do papel do mercado de trabalho na definição de políticas, como geração de recursos e sua posterior utilização no sistema de saúde, cabendo ao Estado o desempenho das funções de regulação e coordenação entre os diversos atores que mantêm relações de cooperação e conflito no campo.

Gráfico 13 – O campo de recursos humanos em saúde



Banco Mundial

Ao longo dos últimos dez anos, o Banco Mundial se transformou na maior fonte de financiamento externo para as atividades de saúde em países de baixa e média renda e um importante ator nos debates sobre políticas de saúde nacionais e internacionais (Beyer et. al, 2000).

A atuação do Banco Mundial nos projetos de reforma do setor saúde e do serviço público civil provocou impactos na área da saúde. Está claro que esses processos afetaram e afetam ainda de maneira importante, ainda que complexa e diferenciada, o desenvolvimento dos recursos humanos de saúde nos países (Brito, 2000). As evidências desse impacto começam a aparecer mais claramente no âmbito do trabalho em saúde e os estudos de seus diferentes aspectos somente agora se desenvolvem de maneira sistemática.

Ainda que indiretamente, a formação médica continua sendo prioridade na agenda do Banco Mundial. Nos últimos 7 anos, foram aprovados 74 projetos na área de saúde, nutrição e população (Tabela 1). Enquanto 34 desses projetos incluíam uma ou mais atividades de formação médica (graduação, especialização, formação contínua, etc.), apenas 3 projetos incluíram formação em enfermagem.

Especificamente na região africana, o Banco Mundial, em parceria com a OMS, vem desenvolvendo algumas atividades para envolver diferentes atores em processos de consulta e construção de consenso em torno de novas abordagens para a formação de profissionais de saúde.

Tabela 1 – Projetos em Saúde, Nutrição e População, Banco Mundial, 1995-2001

Subsetor	Região						Total
	AFR	EAP	ECA	LCR	MNA	SAR	
Atenção primária, inclusive saúde reprodutiva e infantil	7	8	4	6	2	3	30
Reforma e Financiamento	3	1	11	4	3	1	23
HIV/AIDS	6	1		2			9
Doenças específicas, incluindo Malária e TB	2					2	4
Nutrição	3						3
Hospitais, atenção secundária e terciária		1	1				2
Outros				2		1	3
Total	21	11	16	14	5	7	74

AFR: África; EAP: Ásia e Pacífico; ECA: Leste Europeu; LCR: América Latina e Central; MNA: Oriente Médio; SAR: Índia.

Fonte: <www.Worldbank.org>.

O Banco Mundial está desenvolvendo também um *web-site* dedicado a recursos humanos em saúde, em que são apresentados os avanços nas várias áreas relacionadas, bem como os projetos apoiados pelo Banco e a discussão técnica que envolve a contribuição crítica dos recursos humanos ao desenvolvimento de sistemas de saúde (World Bank, 2002).

Organização Internacional do Trabalho – OIT

A ação da OIT na área de saúde se desenvolve através do Programa de Atividades Setoriais, cujo objetivo principal é facilitar o intercâmbio entre os demandantes de informações sobre as questões trabalhistas e sociais em determinados setores econômicos. Tradicionalmente, esse objetivo se realiza através de reuniões internacionais tripartites de caráter setorial para o intercâmbio de opiniões e experiências, que fomentam o consenso em relação aos interesses setoriais e orientam as políticas e medidas de alcance nacional e internacional.

Em 1995, o Conselho de Administração da OIT decidiu incluir entre as reuniões do Programa de Atividades Setoriais uma reunião sobre as condições de emprego e de trabalho no marco das reformas do setor da saúde.

Essa reunião foi o ponto de partida para outras atividades que se desenvolvem, visando a resguardar as condições de emprego e de trabalho do pessoal dos serviços de saúde afetado pelos recentes processos de reforma dos sistemas, configurando uma agenda política que inclui reestruturação e privatização, emprego, gênero, relações de trabalho, condições de trabalho e remuneração (Bach, 2001; ILO and WHO, 2000; ILO, 2000; Ullrich, 1998; Humphries, 1997; Hancock, 1995).

Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Econômico – OCDE

Além das atividades que já desenvolvia, de coleta e sistematização de estatísticas em saúde, o secretariado da OCDE, em articulação com outras agências, particularmente com a OMS, iniciou algumas atividades na área de saúde, em especial relacionadas à avaliação e melhoria do desempenho dos serviços de saúde, com base em observações feitas pelo Conselho de Ministros, em maio de 2001 (OCDE, 2002).

O projeto recém-iniciado, de “recursos humanos para os cuidados médicos” (HRHC), é um estudo concebido como componente do Projeto Saúde da OCDE. Segundo o documento-base, os recursos humanos são um fator essencial na provisão de cuidado médico, influenciando diretamente o desempenho de sistemas de saúde. Esse estudo focaliza duas categorias principais de trabalhadores do sistema de saúde: os médicos e os enfermeiros. O projeto pretende oferecer aos *policy makers* políticas baseadas em estudo empírico e análise de boas práticas em países da OCDE.

Organização Mundial do Comércio – OMC

No contexto do processo de globalização da economia, a Organização Mundial do Comércio, criada em 1995, tem crescido de importância, com potencial impacto na área de saúde, principalmente devido a decisões relacionadas ao comércio de serviços de saúde. As repercussões desses acordos são pouco conhecidas, o que acarreta a necessidade de estudos, avaliação e monitoramento (Frenck, et al, 2001).

Conclusões

Embora durante as últimas décadas esforços tenham sido feitos para melhorar o conhecimento sobre o desempenho dos recursos humanos, só recentemente se começa a usar uma abordagem mais ampla para estabelecer prioridades na melhoria do desempenho dos RHS. Entender a formação dos trabalhadores de saúde para o mercado de trabalho e sua articulação com o funcionamento do sistema de saúde é a chave para desenvolver respostas políticas apropriadas. Formação e gestão de RHS são, nesse sentido, sujeitos e objetos das políticas na relação com os diferentes atores e interesses políticos envolvidos, nem sempre convergentes.

A maior ênfase no desempenho de sistemas de saúde muda o foco da formação profissional isolada para um conjunto de intervenções derivado da análise que articula a dinâmica do mercado de trabalho em saúde com a prestação dos serviços na área. Como a parte mais dinâmica do sistema, os recursos humanos são afetados por problemas como a desigualdade na distribuição, migração, desemprego ou inadequadas condições de trabalho e incentivos. E esses problemas

têm recebido menos atenção devido à predominância dos interesses profissionais ou à redução de custos.

A organização da prestação de serviços de saúde deve, assim, responder às seguintes perguntas-chave:

- Que serviços prestar?
- Para quem os serviços serão prestados?
- Como os serviços são organizados?
- Que resultados são esperados?
- Que habilidades e competências são requeridas para prestar os serviços?

A relevância das políticas de RHS para o desempenho do sistema de saúde é, assim, tripla. Primeiro, as organizações de saúde são altamente dependentes da força de trabalho especializada. Segundo, os RHS respondem por uma alta proporção dos recursos do setor saúde. E, terceiro, os custos econômicos e humanos da má gestão dos RHS são particularmente altos.

Os RHS estão envolvidos tanto na geração de recursos como na prestação de serviços de saúde. Alguns aspectos da função de coordenação e direção (*stewardship*) também têm grande relação com os RHS. Esse quadro conceitual contribui para desenvolver instrumentos para a avaliação e desenvolvimento de RHS, bem como para identificar melhores práticas em matéria de política de RHS, de forma a obter resultados desejados.

Por fim, é necessário não apenas descrever e explicar os problemas atuais, mas também impulsionar a necessária intervenção. O compromisso dos diferentes atores com os problemas existentes aumenta o peso político de cada uma das questões da agenda dos RHS e ajuda a entender sua relação com as funções gerais do sistema de saúde.

Bibliografia

- ADAMS, O. et al. *Human, physical and intellectual resource generation: proposals for monitoring*. [s.l.]: World Health Organization, 2001.
- AFRO/WORLD HEALTH ORGANIZATION/WORLD BANK. *Building strategic partnerships for improving health in Africa: consultative meeting on improving collaboration between health professions and governments in policy formulation and implementation of health sector reform*. [s.l.], 2002. Draft report. (Mimeogr.).
- ANELL, A., WILLIS, M. International comparison of health care systems using resource profiles. *Bulletin of the World Health Organization*, [s.l.], v. 78, n. 6, p. 770-778, 2000.
- BACH, S. *Decentralization and privatization of municipal services: the case of health services*. Geneva: [s.n.], 2001. (Sectoral Activities Programme Working Paper, 164).
- BEYER, J. A., PREKER, A. S., FEACHEM, R. A. The role of the World Bank in international health: renewed commitment and partnership. *Social Science & Medicine*, [s.l.], v. 50, n. 2000, p. 169-176, 2000.

- BRITO, P. Health sector reform and its impact on human resources and employment management within the health sector. *Revista Panamericana de la Salud Pública*, [s.l.], v. 8, n.1-2., Aug. 2000.
- _____. *Observatorio de recursos humanos de salud*. Quito: Organización Panamericana de la Salud, 2000.
- BRUNDTLAND, G.H. *Address to the Fifty-fifth World Health Assembly*, Geneva, 13 May, 2002. Available from World Wide Web: <<http://www.who.int/director-general/speeches/2002/english/20020513addressstothe55WHA.html>>. Acesso em: 10 jul. 2002.
- DAL POZ, M. R. A informação como ferramenta para a gestão de recursos humanos em saúde no nível local. *Revista de Administração*, Porto Alegre, v. 2, p.1-10. Disponível na Internet: <<http://read.adm.ufrgs.br/read04/artigo/dalpoz.htm>>. Acesso em: 10 jul. 2002.
- EGGER, D., LIPSON, D., ADAMS, O. *Achieving the right balance: the role of policy-making processes in managing human resources for health problems*. Geneva: World Health Organization, 2000. (Discussion paper, 2).
- FRENCK, J. The globalization of health care. In: McKEE, M., GARNER, P., STOTT, R. *International co-operation in health*. Oxford: Oxford University Press, 2001. p. 31-48.
- HANCOCK, C., et al. *Trends and perspectives in the nursing profession*. Geneva: [s.n.], 1995. (Sectoral Activities Programme Working Paper, 73).
- HUMPHRIES, C. *Health care personnel in central and eastern Europe*. Geneva: [s.n.], 1997. (Sectoral Activities Programme Working Paper, 103). Ed. based on a study prepared for the ILO by Judith Healy.
- INTERNATIONAL LABOUR ORGANIZATION. *Health service*. Available from World Wide Web: <<http://www.ilo.org/public/english/dialogue/sector/sectors/health.htm>>. Acesso em: 10 jul. 2002.
- _____. *Terms of Employment and Working Conditions in Health Sector Reforms*, Geneva, 1998. Report for and of the Joint Meeting on Terms of Employment and Working Conditions in Health Sector Reforms. *Proceedings...*, Geneva, 1999. Available from World Wide Web: <<http://www.ilo.org/public/english/dialogue/sector/techmeet/jmhsr98/jmhsrr.htm>>. Acesso em: 10 jul. 2002.
- _____. *Terms of Employment and Working Conditions in Health Sector Reforms*, Geneva, 1998. Report for discussion at the Joint Meeting on Terms of Employment and Working Conditions in Health Sector Reforms. Geneva, 1999. Available from World Wide Web: <<http://www.ilo.org/public/english/dialogue/sector/techmeet/jmhsr98/jmhsr.htm>>.
- _____. *PSI. Employment and working conditions in the health sector in central Asian countries*. Conference, Mar. 1999. Report in English and Russian.
- INTERNATIONAL LABOUR ORGANIZATION/WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Public service reforms and their impact on health sector personnel: case studies on Cameroon, Colombia, Jordan, Philippines, Poland, Uganda*. Geneva, 2000.
- KOIVUSALO, M., OLLILA, E. *Making a healthy world: agencies, actors and policies in international health*. London: Zed Books, 1997.
- McKEE, M., GARNER, P., STOTT, R. *International co-operation in health*. Oxford: Oxford University Press, 2001.

- MURRAY, C. J. L., FRENK, J. A framework for assessing the performance of health systems. *Bulletin of the World Health Organization*, [s.l.], v. 78, n. 6, 2000.
- NARINE, L. Impact of health system factors on changes in human resource and expenditures levels in OECD countries. *Journal of Health and Human Services Administration*, [s.l.], v. 22, n. 3, p. 292-307, 2000.
- ORGANIZATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPEMENT. *The OECD health project*. [s.l.], 2002. Available from World Wide Web: <http://www1.oecd.org/els/health/health_project.htm>. Acesso em: 10 jul. 2002.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. [s.l.], 2001. Available from World Wide Web: <http://www3.who.int/whosis/health_personnel/health_personnel.cfm?path=statistics_health_personnel>. Acesso em: 05 jul. 2002.
- PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. *Development and strengthening of human resources management in the health sector*. Washington, D.C., 2001. 128th Session of the Executive Committee.
- SLADE, E. P., ANDERSON, G.F. The relationship between per capita income and diffusion of medical technologies. *Health Policy*, [s.l.], v. 58, n. 2001, p.1-14, 2001.
- ULLRICH, G. (Ed.). *Labour and social dimensions of privatization and restructuring: health care services*. Geneva, [s.n.], 1998. With contributions from Stephen Bach (Western Europe) and Sandra Polaski (Americas).
- USAID. Bureau for Africa. Office of Sustainable Development. *The health sector human resource crisis in Africa: an issues paper*. [s.l.], 2001. (Mimeogr.).
- WALT, G. *Health policy: an introduction to process and power*. London: Zed Books, 1996.
- WORLD BANK. Human resources in health. [s.l.], 2002. Available from Internet: <<http://wbln0018.worldbank.org/HDNet/HDdocs.nsf/c840b59b6982d2498525670c004def60/4946f9c37dbe0f9b85256a0200561d83?OpenDocument>>. Acesso em: 10 jul. 2002.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Consultation on imbalances in the health workforce*, Ottawa, Ontario, Canada, 10-12 March 2002. Available from World Wide Web: <<http://www.who.int/health-services-delivery/imbalances/index.html>>. Acesso em: 10 jul. 2002.
- _____. *Human resources for health: draft programme of work*. [s.l.], 2002. (Mimeogr.).
- _____. *Macroeconomics and health: investing in health for economic development*. Geneva, 2001. Report of the Commission on Macroeconomics and Health. Available from World Wide Web: <<http://www.cmhealth.org/index.html>>.
- _____. *Workshop on global health workforce: final report*. Annecy, France, 9-12, December, 2000. Available from World Wide Web: <<http://www.who.int/health-services-delivery/human/workforce/papers/WorkshopRep.pdf>>.
- WORLD HEALTH REPORT. *Health systems: improving performance*. Geneva: World Health Organization, 2000.
- WORLD HEALTH REPORT. *Mental health: new understanding, new hope*. Geneva: World Health Organization, 2001.
- ZURN, P. et al. *Imbalances in the health workforce: briefing paper*. [s.l.], 2002. Available from World Wide Web: <<http://www.who.int/health-services-delivery/imbalances/Imbalances.pdf>>. Acesso em: 10 jul. 2002.

5

ESTRATÉGIAS DE QUALIFICAÇÃO,
INTERIORIZAÇÃO E FIXAÇÃO DE PROFISSIONAIS

5.1

MÉDICOS E MERCADO DE TRABALHO: EXPERIÊNCIAS DE INTERIORIZAÇÃO, ESTÍMULOS E ALTERNATIVAS DE FIXAÇÃO

*Paulo Henrique D' Angelo Seixas
Regina Celes de Rosa Stella*

Introdução

O processo de consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) tem registrado avanços extraordinários que reafirmam a importância e a viabilidade deste Sistema. A descentralização da gestão é um exemplo desses avanços, alcançando hoje mais de 98% dos municípios: até abril de 2002, 4.954 municípios, com uma população de mais de 95 milhões de habitantes, já eram gestores plenos da atenção básica. Outros 562, onde vivem mais de 68 milhões de pessoas, eram gestores plenos dos seus respectivos sistemas.

Ao lado disso, está a expressiva ampliação do financiamento da atenção básica de saúde, cuja reorganização é uma prioridade na regionalização e hierarquização da rede de serviços no país, de modo a prover a necessária integralidade do atendimento.

A prioridade conferida à atenção básica de saúde traduziu-se, em especial, no fortalecimento do Programa de Saúde da Família (PSF), definido como a estratégia essencial para a reorganização deste nível de atenção.

A expansão do Programa tem sido igualmente notável: em 1994, ano em que foi criado, contava com 328 equipes de saúde da família, atuando em 55 municípios. Em junho de 2002, já são aproximadamente 15.201 equipes do PSF, atuando em 4 mil cidades, 70% dos municípios brasileiros, realizando atendimento gratuito a quase 50 milhões de habitantes, 30% da população do país.

O processo de consolidação da gestão descentralizada do SUS, por outro lado, enfrenta uma grande dificuldade que é a ausência, insuficiência e a deficiência de recursos humanos em alguns municípios brasileiros, particularmente naqueles de pequeno porte, sem estrutura econômica e social. Vários fatores têm contribuído para a manutenção desse quadro ao longo dos anos, entre os quais sobressaem a formação e a distribuição dos profissionais, em especial médicos e enfermeiros.

Esse fato é explicitado numericamente verificando-se os indicadores de recursos e cobertura da rede de serviços de saúde por região do Brasil, segundo o IDB - *Indicadores de Dados Básicos de Saúde-Brasil, 2001* – DATASUS/Ministério da Saúde e a pesquisa de Assistência Médico-Sanitária (AMS) do IBGE-1999:

	Recursos humanos				
	Médicos		Enfermeiros		Técnico e auxiliar de enfermagem
	N. total	N./1000hab.	N. total	N./1000 hab.	
		2000		2000	2000
Brasil	328.703	1,94	90.020	0,53	3,24
Norte	13.117	1,02	4.753	0,37	1,88
Nordeste	53.908	1,13	20.662	0,43	2,01
Sudeste	189.643	2,62	45.112	0,62	4,36
Sul	46.110	1,84	14.283	0,57	3,27
Centro-Oeste	25.925	2,23	5.210	0,45	2,79

Apesar da relação profissional/1000 hab. estar dentro dos padrões da OMS, sobretudo a de médicos, a distribuição por estados da federação é muito desigual; o Maranhão e Amapá têm uma relação de 0,66 e 0,78 /1000 hab/ano respectivamente, enquanto no Distrito Federal a relação é de 5,51/1000, no Rio de Janeiro é de 4,15/1000 e em São Paulo, de 2,42 /1000 hab./ano, fato agravado pela distribuição destes profissionais nas zonas urbana e rural do estado, segundo dados da publicação de Maria Helena Machado, *Perfil dos Médicos no Brasil* (1995), pela qual podemos observar a relação de médico/1.000 habitantes nas capitais e interior das grandes regiões brasileiras:

Região	Médicos/1.000 habitantes		
	Capital	Interior	Total
Centro-Oeste	2,55	0,47	1,23
Nordeste	2,73	0,12	0,66
Norte	1,56	0,10	0,52
Sudeste	3,80	0,83	1,64
Sul	4,56	0,73	1,23
Brasil	3,28	0,53	1,19

As escolas médicas e de enfermagem estão concentradas nos grandes centros urbanos, sobretudo nas regiões Sul e Sudeste. Essa concentração tende a atrair alunos desses centros que têm como imagem-objetivo a especialização, alta tecnologia, salários atrativos e sociedade de consumo, circunstâncias que favorecem o seu distanciamento das áreas rurais e mais pobres do país.

Cabe observar que, das 105 escolas médicas existentes hoje no país, 8 estão na região Centro-Oeste, 6 na Norte, 17 na Nordeste, 53 na Sudeste e 21 na Sul. Essas escolas oferecem 10.101 vagas anuais, das quais 5.798 são da região Sudeste (57,40%).

Região	UF	Número de Instituições					Número de Vagas				
		Públicas	%	Privadas	%	Total	Públicas	%	Privadas	%	Total
Centro-Oeste	DF	1	1,8	1	1,9	2	72	1,4	80	1,7	152
	GO	1	1,8	0	0	1	110	2,2	0	0	110
	MS	2	3,8	1	1,9	3	110	2,2	60	1,2	170
	MT	1	1,8	1	1,9	2	40	0,8	100	1,9	140
		5	9,2	3	5,7	8	332	6,6	240	4,8	572
Nordeste	AL	2	3,8	0	0	2	130	2,6	0	0	130
	BA	1	1,8	1	1,9	2	160	3,2	20	0,4	180
	CE	3	5,7	1	1,9	4	150	2,9	100	1,9	250
	MA	1	1,8	0	0	1	90	1,8	0	0	90
	PB	2	3,8	0	0	2	180	3,6	0	0	180
	PE	2	3,8	0	0	2	230	4,6	0	0	230
	PI	2	3,8	0	0	2	110	2,2	0	0	110
	RN	1	1,8	0	0	1	90	1,8	0	0	90
SE	1	1,8	0	0	1	80	1,6	0	0	80	
		15	28,1	2	3,8	17	1.220	24,3	120	2,3	1.340
Norte	AM	2	3,8	1	1,9	3	232	4,6	100	1,9	332
	PA	2	3,8	0	0	2	200	3,9	0	0	200
	RR	1	1,8	0	0	1	20	0,4	0	0	20
		5	9,4	1	1,9	6	452	8,9	100	1,9	552
Sudeste	ES	1	1,8	1	1,9	2	80	1,6	120	2,4	200
	MG	5	9,4	7	13,6	12	680	13,5	625	12,3	1305
	RJ	4	7,5	12	23,1	16	574	11,4	1.686	33,3	2260
	SP	7	13,2	16	30,7	23	729	14,5	1.454	28,7	2183
		17	31,9	36	69,3	53	2.063	41,0	3.885	76,7	5.948
Sul	PR	4	7,5	2	3,8	6	336	6,7	180	3,6	516
	RS	5	9,4	5	9,6	10	488	9,7	355	7,0	843
	SC	2	3,8	3	5,9	5	144	2,8	186	3,7	330
		11	20,7	10	19,3	21	968	19,2	721	14,3	1.689
Brasil		53	100	52	100	105	5.035	100	5.066	100	10.101

Fonte: Associação Brasileira de Educação Médica – ABEM (2001).

A distribuição das escolas de enfermagem observa padrão próximo ao das escolas de medicina; dados de 1998 revelam 137 instituições de ensino, sendo 7 localizadas no Centro-Oeste, 25 no Nordeste, 11 no Norte, 61 no Sudeste e 33 no Sul. Do total de 11.113 vagas anuais, das quais 6.111 no Sudeste, observam-se as mesmas concentrações de instituições de ensino no SE e S (94 escolas, 68,6%).

Como já analisado na América Latina por García (1972), a grande maioria dessas escolas também utiliza um processo de formação autônomo, que isola o aluno do mercado de trabalho, concentrando as atividades práticas de ensino em hospitais e ambulatorios próprios. São inúmeras as referências à inadequação do médico formado às necessidades da população, destacando-se a avaliação do ensino médico de graduação realizada pela CINAEM (1991-1997).

Região	UF	Número de Instituições					Número de Vagas				
		Públicas	%	Privadas	%	Total	Públicas	%	Privadas	%	Total
Centro-Oeste	DF	1	1,4	0	0	1	56	1,4	0	0	56
	GO	1	1,4	1	1,5	2	48	1,2	160	2,3	208
	MS	2	2,8	0	0	2	90	2,2	0	0	90
	MT	1	1,4	1	1,5	2	50	1,2	80	1,1	130
		5	7,0	2	3,0	7	244	5,9	240	3,4	484
Nordeste	AL	1	1,4	1	1,5	2	40	1,0	60	0,9	100
	BA	4	5,5	1	1,5	5	270	6,6	220	3,1	490
	CE	4	5,5	1	1,5	5	225	5,5	95	1,4	320
	MA	2	2,8	0	0	2	96	2,3	0	0,0	96
	PB	2	2,8	1	1,5	3	180	4,4	63	0,9	243
	PE	2	2,8	1	1,5	3	200	4,9	120	1,7	320
	PI	2	2,8	0	0	2	100	2,4	0	0,0	100
	RN	2	2,8	0	0	2	87	2,1	0	0,0	87
SE	1	1,4	0	0	1	40	1,0	0	0,0	40	
		20	27,8	5	7,5	25	1.238	30,1	558	8,0	1.796
Norte	AC	1	1,4	0	0	1	30	0,7	0	0,0	30
	AM	1	1,4	0	0	1	40	1,0	0	0,0	40
	AP	1	1,4	0	0	1	30	0,7	0	0,0	30
	PA	6	8,3	1	1,5	7	220	5,3	60	0,9	280
	RO	1	1,4	0	0	1	30	0,7	0	0,0	30
		10	13,9	1	1,5	11	350	8,5	60	0,9	410
Sudeste	ES	1	1,4	0	0	1	60	1,5	0	0,0	60
	MG	7	9,7	4	6,2	11	371	9,0	360	5,1	731
	RJ	4	5,5	11	17,0	15	424	10,3	1.030	14,7	1.454
	SP	10	13,9	24	37,0	34	620	15,1	3.246	46,4	3.866
		22	30,5	39	60,2	61	1.475	35,8	4.636	66,3	6.111
Sul	PR	5	7,0	6	9,3	11	235	5,7	470	6,7	705
	RS	6	8,3	1	1,5	7	360	8,7	50	0,7	410
	SC	4	5,5	11	17,0	15	217	5,3	980	14,0	1.197
		15	20,8	18	27,8	33	812	19,7	1.500	21,4	2.312
Brasil		72	100	65	100	137	4.119	100	6.994	100	11.113

Fonte: INEP/MEC (1998).

Alie-se a isso o fato de que a formação médica pós-graduada, hoje oferecida, se volta prioritariamente para especialidades e subespecialidades, habilitadas para ações de média e alta complexidade. Tal tendência tem sustentado a grande carência de profissionais capacitados a solucionar não só os problemas prevaletentes, mas também a desenvolver ações voltadas à proteção e à promoção da saúde.

Os profissionais egressos das escolas de enfermagem e de medicina buscam, assim, fixar-se nos grandes centros urbanos onde está concentrada a maioria dos serviços de alta complexidade, das unidades hospitalares e dos planos privados de saúde, existindo, portanto, “escassez de recursos humanos adequadamente capacitados para levar adiante tanto as tarefas de condução das mudanças como as de desenvolvimento de novas práticas assistenciais” (Almeida, 1999).

Alguns indicadores selecionados do IDB-Brasil-2001/Datasus/MS e da AMS/IBGE-1999 demonstram essa concentração:

Pesquisa Assistência Médico-Sanitária (AMS) – IBGE – Brasil-1999								
	Estab. com Internação	Movimento de Internações	Equip. de métodos gráficos para diagnóstico	Ressonância magnética	Endoscopia (digest., urológ., respir)	Tomografia computado- rizada	Equipamentos para terapia por radiação	CTI
Brasil	7.915	19.150.918	17.726	115	17.204	1555	853	4135
Norte	680	1.322.723	508	2	449	48	19	135
Nordeste	2.492	4.907.921	2880	18	1937	257	170	429
Sudeste	2.619	8.064.019	10.645	67	10.271	945	496	2614
Sul	1.228	3.303.486	2.401	19	3525	198	129	725
Centro- Oeste	896	1.552.769	1292	9	978	107	39	232

Indicadores e Dados Básicos – IDB – Brasil - 2001										
	Indicadores de recursos							Indicadores de cobertura		
	Leitos hospitalares/hab.			Leitos hospitalares – SUS/hab.				Cobertura do setor de saúde suplementar	Cobertura do setor de saúde suple- mentar (dados ANS)	Gasto médio (SUS) por internação hospitalar
	Público	Privado	Total	Público	Privado Conveniado	Universitário	Total			
	1999	1999	1999	2000	2000	2000	2000			
Brasil	0,87	2,09	2,96	0,7	1,89	0,28	2,87	24,45	15,49	409,38
Norte	1,02	1,22	2,24	0,96	0,92	0,07	1,95	17,5	3,95	280,77
Nordeste	1,07	1,66	2,74	0,84	1,68	0,21	2,73	12,39	6,77	332,94
Sudeste	0,76	2,26	3,03	0,69	1,98	0,32	2,99	33,3	25,84	483,67
Sul	0,68	2,63	3,31	0,3	2,33	0,39	3,03	25,32	11,05	450,4
Centro- Oeste	0,99	2,48	3,46	0,74	2,31	0,3	3,35	22,5	9,3	381,03

Enquanto a população brasileira das regiões Sudeste e Sul representa 57,43% do total do Brasil, as concentrações de equipamentos e serviços de alta tecnologia representam: 73,59% de equipamentos para métodos diagnósticos, 74,78% de aparelhos de ressonância magnética, 73,50% de tomógrafos computadorizados, 89,19% de serviços de endoscopia e 80,74% de CTIs.

A conjugação desses fatores tem requerido a adoção de políticas promotoras de mudanças na formação e na distribuição dos profissionais de saúde, que se expressam nas Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação da Área de Saúde (Parecer CNE/CES 1133/2001, homologado pelo Ministro da Educação em primeiro de outubro de 2001, publicado no *Diário Oficial da União* (3 out. 2001) e diretrizes específicas do Curso de Enfermagem, Resolução n. 3, e do Curso de Medicina, Resolução n. 4, de 7 de novembro de 2001; Portaria Interministerial n. 610/GM, de 26 de março de 2002, criando o PROMED; e Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS), objeto deste artigo.

Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde

Concepção

O Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde foi concebido para atender as populações de municípios desprovidos ou com precários serviços médico-sanitários, mediante a lotação de médicos e enfermeiros em seus territórios, aos quais se oferecem incentivos financeiros e de formação profissional. Essa interiorização de médicos e enfermeiros tem por objetivo impulsionar a reorganização da atenção básica de saúde no país e fortalecer o Programa de Saúde da Família, o qual é a base da interiorização.

Trata-se, assim, de uma intervenção objetiva que visa a garantir resultados concretos em curto e médio prazo. O caráter transitório de suas ações e a indução para que os estados e municípios organizem as suas ações, valendo-se, para tanto, da estratégia do PSF, configuram o modelo e as características essenciais do Programa.

Outro ponto importante refere-se aos cursos de especialização em saúde da família, oferecidos aos profissionais por diversas instituições de ensino superior dos estados que participam do programa.

Regulamentação

A elaboração das diretrizes da proposta de operacionalização do **Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde** coube a um grupo de trabalho, criado pela Portaria n. 1.162, de 18 de outubro de 2000, com a seguinte composição: Ministério da Saúde, representado pela Secretaria de Políticas de Saúde e pela Secretaria de Assistência à Saúde; Conselho Federal de Medicina (CFM); Associação Médica Brasileira – AMB; Conselho Federal de Enfermagem (COFEN); Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn); Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM); Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina (DENEM); Conselho Nacional de

Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS); Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS); Comunidade Ativa; Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS); Ministério da Educação (MEC) e Comissão Nacional de Residência Médica.

O Programa foi instituído pelo Decreto presidencial n. 3.745, de 05 de fevereiro de 2001, e regulamentado pela Portaria n. 227/MS, de 16 de fevereiro de 2001. Conforme definido na mencionada Portaria, o Programa conta com uma Coordenação Nacional, vinculada à Secretaria de Políticas de Saúde, do Ministério da Saúde, e com coordenações estaduais, estabelecidas pelos respectivos Secretários de Saúde.

Em 2002, a partir da experiência acumulada no primeiro ano de implementação do Programa e do processo de avaliação efetuado, o que possibilita a introdução de mecanismos de aprimoramento em seu funcionamento, e considerando a importância da sua ampliação de modo a beneficiar outros municípios com carência de médicos e enfermeiros e a possibilidade de prorrogação, por um ano, naqueles municípios em que o Programa está em desenvolvimento, são feitas modificações na Portaria anterior, o que resulta na Portaria n. 758/MS, de 16 de abril de 2002, que regulamenta o PITS esse ano.

Elegibilidade dos municípios

Os critérios de elegibilidade dos municípios para o Programa em 2001 foram: população de até 50 mil habitantes; não dispor de equipe de saúde de família; apresentar taxa de mortalidade infantil igual ou maior que 50/1000 nascidos vivos; ser área de prioridade para o controle da malária, tuberculose e/ou hanseníase. Constituiu também objeto de análise o número de consultas por habitante/ano, tendo por base os dados do SIA/SUS relativos ao período de junho de 1999 a junho de 2000, cujo parâmetro foi o valor igual ou menor que uma consulta/ano. Verificou-se, ainda, a inclusão desses municípios em outros programas governamentais de combate à pobreza e à exclusão social, como o Comunidade Ativa e o Projeto Alvorada.

Numa primeira seleção, foram identificados 480 municípios em todo o país. Com a definição das regiões a serem atendidas em 2001 – Norte, Nordeste e Centro-Oeste e norte do estado de Minas Gerais –, selecionou-se um total de 150 municípios, a partir das informações contidas nos bancos de dados nacionais do Ministério da Saúde.

A lista desses 150 municípios foi encaminhada aos respectivos estados para apreciação por parte de seus Comitês Intergestores Bipartites – CIB. A análise dos CIB resultou na exclusão e incorporação de alguns municípios. Paralelamente, os prefeitos foram informados de suas contrapartidas no Programa – como moradia, alimentação e condições de trabalho para os profissionais lotados em seus municípios –, assinando, em seguida, o Termo de Adesão, confirmando a sua participação no Programa. Nessa fase, 13 municípios não aderiram e foram substituídos, resultando um total de 141 municípios neste primeiro ano do Programa.

Inicialmente, foram previstas 300 equipes de saúde da família, compostas por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e cinco a seis agentes comunitários de saúde (a contratação do auxiliar e dos agentes é de responsabilidade do município).

A habilitação do município ao Programa ocorreu mediante a celebração de um Termo de Compromisso entre a Prefeitura e a Secretaria de Estado da Saúde, homologado pelo Ministério da Saúde, no qual estão explicitadas as obrigações dos níveis estadual e municipal.

Em 2002, de acordo com a Portaria 758/MS, foram alterados alguns critérios de elegibilidade, como: população de até 20.000 hab. e, a fim de dar prioridade à região Norte devido à grande dificuldade de captação e fixação de profissionais nesta região no primeiro ano do Programa, decisão de ampliar vagas para completar a cobertura de PSF mesmo em municípios já com equipes em atuação; além disto, a taxa de mortalidade infantil utilizada como corte foi de 30/1000 nascidos vivos.

A partir dos novos critérios, foi utilizado o mesmo processo de seleção de municípios a partir do banco de dados nacional, o que resultou em uma relação inicial de 380 municípios e, após consulta aos estados, numa relação final de 118 novos municípios distribuídos nas regiões Norte, Nordeste e estado de Minas Gerais, com 295 novas equipes previstas. Foram incluídos os estados de Alagoas, Sergipe, Rondônia e Tocantins, que não participaram no ano anterior.

Dos 141 municípios que participaram no ano anterior, cerca de 126 tinham profissionais lotados ao fim do primeiro ano do Programa; destes, cerca de 122 (97,0%) optaram por permanecer por mais um ano. Dos 416 profissionais que concluíram o primeiro ano, 217 enfermeiros e 132 médicos também optaram por permanecer mais um ano (88,90%). Foram também abertas 153 novas vagas para médicos e 74 para enfermeiros em 95 dos municípios relacionados no ano anterior, seja para ampliar a cobertura com novas equipes ou para suprir vagas não preenchidas.

Assim, o Programa de Interiorização neste segundo ano de implantação conta com:

- 1) 118 novos municípios com vagas para 295 médicos e 295 enfermeiros (295 equipes de PSF);
- 2) 95 municípios selecionados no ano anterior com 74 vagas de enfermeiros e 132 de médicos, totalizando 424 novas vagas para médicos e 352 novas vagas para enfermeiros em 215 municípios;
- 3) manutenção do Programa em 122 municípios do ano anterior, com 416 profissionais que optaram por permanecer por mais um ano.

Incentivos e benefícios

Os profissionais do Programa de Interiorização contam com os seguintes benefícios e incentivos:

- remuneração, por meio de bolsa, no valor de R\$ 4.000,00 a R\$ 4.500,00, para médicos, e de R\$ 2.800,00 a R\$ 3.150,00, para enfermeiros, dependendo da distância da capital e vias de acesso; acréscimo de 10% (dez por cento) do valor da bolsa, a título de incentivo de permanência, para os profissionais que participaram do primeiro ano do Programa e optaram por continuar atuando no mesmo município (caso o município de lotação não permaneça no Programa, o profissional será remanejado em comum acordo com as Coordenações Nacional e Estadual, sem prejuízo quanto ao incentivo);
- tutoria presencial e à distância, por médico e enfermeiro capacitados na área e selecionados pelo Programa, em parceria com os Pólos de Capacitação do PSF dos estados contemplados;
- curso de especialização em saúde da família, com carga horária mínima de 360 horas, de forma presencial e à distância, a ser ministrado, preferencialmente, por instituições de ensino superior do estado onde o profissional irá atuar;
- educação continuada sob a forma de ensino em serviço para os profissionais que participaram do Programa em 2001 e optaram por permanecer por mais um ano;
- acesso à *internet* para o processo de tutoria e os módulos à distância do curso de especialização, bem como acesso à biblioteca virtual;
- fornecimento de kit básico de instrumental médico e de material didático, como publicações das áreas técnicas do Ministério da Saúde e livros básicos de medicina e enfermagem para a atenção básica;
- seguro de vida e acidentes pessoais durante a participação no Programa;
- residência e alimentação no município – sob a responsabilidade da prefeitura – e transporte do estado de origem até o município (sob a responsabilidade do Ministério e das Secretarias Estaduais);
- certificados de participação no Programa e em curso de especialização, emitidos pelo Ministério da Saúde e pela instituição de ensino superior.

Convocação e inscrição

A mobilização dos profissionais em 2001 foi feita, em especial, por meio de campanha de comunicação social, no período de 14 de fevereiro a 05 de março de 2001. O Ministério da Saúde produziu peças publicitárias específicas, veiculadas em emissoras de televisão e de rádio. Foram também divulgados anúncios em jornais e revistas de circulação nacional.

A inscrição dos candidatos ocorreu exclusivamente via *internet*, em programa criado especificamente para este fim pelo Departamento de Informática do SUS e inserido na página da *internet* do Ministério da Saúde: <www.saude.gov.br>. A página continha todas as informações sobre o Programa, regulamento, processo de inscrição e seleção. Apresentava também todos os municípios selecionados, por estado, com localização, mapa e dados geográficos e de população, vias de acesso, equipamentos urbanos, indicadores de saúde, de educação e de saneamento básico

disponíveis nos diversos sistemas de informação do país (IBGE, Ministério dos Transportes, Ministério da Saúde etc.).

O candidato, após se cadastrar, inseria currículo em formulários eletrônicos, apontando municípios de sua opção, por ordem de preferência.

O total de inscritos foi de 12.673 candidatos (10.555 enfermeiros e 2.118 médicos). Os estados com o maior número de inscritos foram São Paulo, Rio de Janeiro e Paraíba (respectivamente, 2.611, 1.567 e 1.112 candidatos).

Em 2002, usou-se a mesma estratégia de divulgação e inscrição via *internet*; foram feitas algumas modificações no *site* de inscrição, tornando-o mais amigável, para facilitar o acesso dos candidatos. As inscrições ocorreram no período de 17 de abril a 20 de maio. Nesse ano, o total de inscritos foi de 11.608 candidatos, 1.719 médicos e 9.916 enfermeiros. Em relação ao ano anterior, houve um número menor de inscritos: para médicos, 7,9/vaga em 2001 e 3,8/vaga em 2002 e, para enfermeiros, 25,8/vaga em 2001 e 14,2/vaga em 2002.

O estado do Acre ofereceu um adicional de R\$1.000,00 para médicos e R\$500,00 para enfermeiros, e Tocantins de R\$1.380,00 para médicos e R\$1.000,00 para enfermeiros, como complementação da bolsa oferecida pelo Ministério, o que promoveu um maior número de candidatos para os municípios destes estados.

O maior número de candidatos foi dos estados de São Paulo (2746), Rio de Janeiro (1521) e Bahia (1216).

Seleção dos candidatos

O processo seletivo foi realizado por Comissão Nacional de Seleção, instituída pela Portaria n. 06, de 21 de fevereiro de 2001, e contou com o apoio das Coordenações Estaduais dos Pólos de Capacitação do PACS/PSF, bem como das instituições de ensino superior nos estados.

Esse processo compreendeu avaliação curricular e entrevista. Na avaliação curricular, foram selecionados 2.400 candidatos, sendo quatro por vaga (1.200 de cada categoria profissional), encaminhados para as entrevistas. A pontuação dos candidatos valorizou experiências, iniciativas e especializações em saúde coletiva, atenção básica e saúde da família.

Em 2002, a Comissão Nacional de Seleção fez alterações na pontuação curricular e no roteiro de entrevistas, a fim de favorecer candidatos com formação e experiência maiores nas áreas básicas de atenção à saúde. Chamou-se para as entrevistas nos estados o número de candidatos correspondente a seis vezes o número de vagas. Foram convocados todos os médicos inscritos, no total de 1719 médicos e 2214 enfermeiros.

Lotação

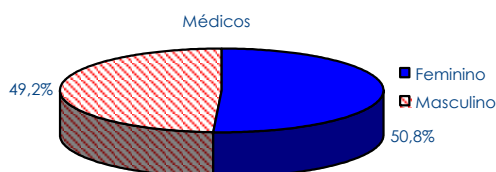
Em 2001, foram lotados 426 profissionais, 70% dos 600 previstos inicialmente, sendo 177 equipes completas (médico e enfermeiro), 8 médicos e 64

enfermeiros. Nessa fase, vários municípios ficaram sem equipes, ou com equipes incompletas, principalmente na região Norte, a menos demandada pelos profissionais, sobretudo os médicos. A população total beneficiada pelo Programa, em 2001, foi de 1.536.826 habitantes, em 16 estados brasileiros.

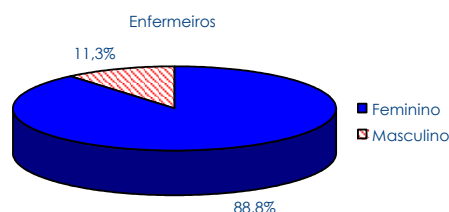
Os dados pessoais dos candidatos selecionados permitiram o estabelecimento de um perfil destes profissionais.

A análise de gênero constatou equilíbrio entre médicos e predomínio do gênero feminino entre os enfermeiros.

Gênero	Número
Feminino	92
Masculino	89
Total	181

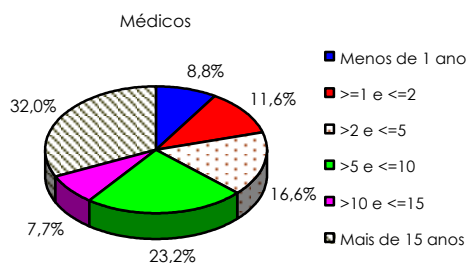


Gênero	Número
Feminino	213
Masculino	27
Total	240

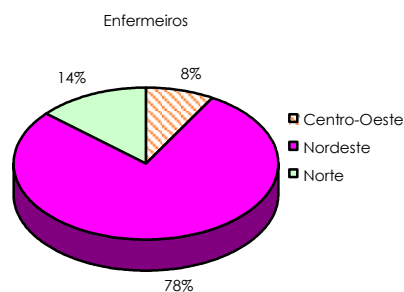


As duas categorias profissionais deram preferência aos municípios da região NE.

Região	Total
Centro-Oeste	18
Nordeste	145
Norte	18
Total	181

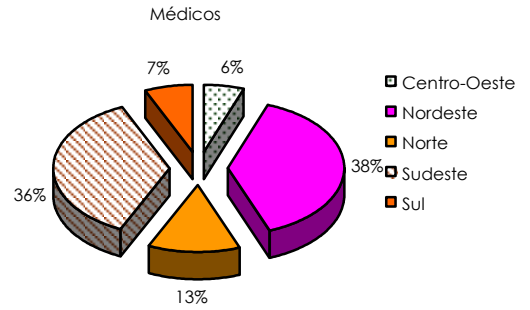


Região	Total
Centro-Oeste	20
Nordeste	187
Norte	33
Total	240

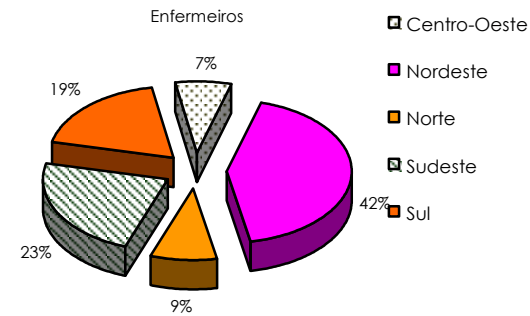


A região NE foi assinalada como a região de formação da maioria dos enfermeiros selecionados; no segmento médico, as regiões SE e NE predominaram como locais de formação profissional.

Região	Total
Centro-Oeste	10
Nordeste	70
Norte	23
Sudeste	66
Sul	12
Total	181

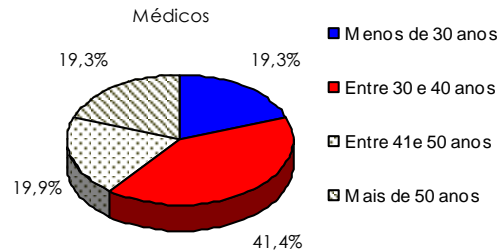


Região	Total
Centro-Oeste	17
Nordeste	102
Norte	21
Sudeste	55
Sul	45
Total	240

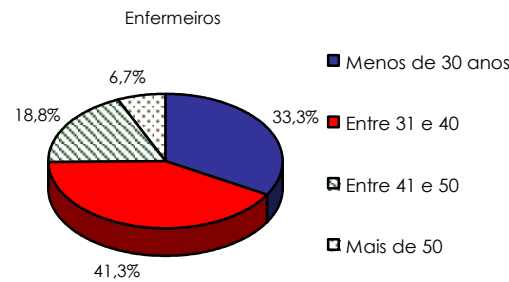


No caso dos médicos, a distribuição por faixa etária mostrou um predomínio de idades abaixo de 40 anos (60,7%) e, no caso dos enfermeiros, 74,6%:

Faixa etária	Número
Menos de 30 anos	35
Entre 30 e 40	75
Entre 41 e 50	36
Mais de 50	35
Total	181

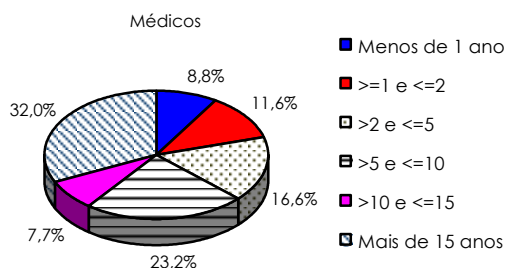


Faixa etária	Nº
Menos de 30 anos	80
Entre 31 e 40	99
Entre 41 e 50	45
Mais de 50	16
Total	240



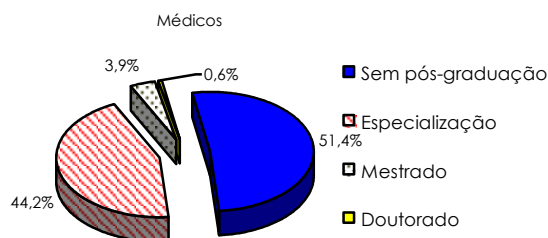
Quanto ao tempo de formado, 36,0 % da população médica estava formada há mais de 15 anos e aproximadamente a metade, 51,4%, não possuía formação pós-graduada:

Tempo de Formado	Número
Menos de 1 ano	16
>=1 e <=2	21
>2 e <=5	30
>5 e <=10	42
>10 e <=15	14
Mais de 15 anos	58
Total	181



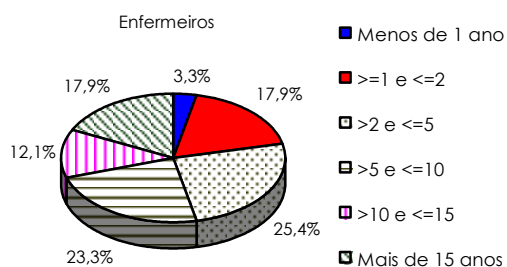
A maioria dos médicos não possuía formação pós-graduada (51,4%):

Sem pós-graduação	93
Especialização	80
Mestrado	7
Doutorado	1
Total	181



Quanto aos enfermeiros, quase 47% estavam na faixa compreendida entre menos de 1 e 5 anos de formados.

Tempo de Formado	Número
Menos de 1 ano	8
>=1 e <=2	43
>2 e <=5	61
>5 e <=10	56
>10 e <=15	29
Mais de 15 anos	43
Total	240



Em 2002, o processo de seleção foi concluído e a lotação dos selecionados nos municípios de opção encontra-se em fase final; até agora foram lotados 198 médicos (47,26% do previsto) e 243 enfermeiros (69,42% do previsto), faltando ainda concluir a lotação em alguns estados da região Norte. O Acre teve cerca de 80% das vagas de médicos e 100% das de enfermeiros preenchidas e o Tocantins, 77% de médicos e 100% de enfermeiros, provavelmente por conta do acréscimo da bolsa oferecido pelo estado. O Amazonas, o Amapá e o Piauí apresentaram os mais

baixos percentuais de ocupação, menos de 10% para médicos, enquanto para enfermeiros o percentual foi superior a 50%.

Formação e capacitação das equipes

Antecipando a diversidade de formação dos profissionais a serem selecionados, o programa optou por um processo de educação continuada em serviço através de um curso de especialização em Saúde da Família, com o objetivo geral de formar médicos e enfermeiros para desempenhar suas atividades profissionais em unidades básicas de saúde, de acordo com a estratégia do Programa de Saúde da Família, por intermédio de ações de abordagem coletiva e clínica individual. Os objetivos específicos definidos foram:

- aprimorar a capacidade para o trabalho em equipe e interdisciplinar na perspectiva da abordagem integral dos problemas de saúde;
- desenvolver conteúdos programáticos que favoreçam o pronto e adequado diagnóstico de doenças prevalentes nas localidades de trabalho;
- aperfeiçoar a atuação clínica e gerencial para uma apropriada atenção à saúde da criança, da mulher, do adulto e do idoso, mediante uma abordagem integral e familiar;
- capacitar os profissionais para o processo de gestão local, com ênfase na concepção de saúde coletiva, seguindo os princípios do SUS.

A metodologia crítico-reflexiva, em que o aluno desempenha um papel ativo na construção de seu próprio conhecimento e atua como agente de mudança, utilizando carga horária mínima de 360 horas de ensino presencial, distribuídas em aulas teóricas e práticas, e outras atividades de qualificação seriam desenvolvidas no município e acompanhadas por tutores.

São as seguintes as instituições de ensino superior que desenvolveram o curso de especialização do Programa de Interiorização:

Estados	Instituições de Ensino
Acre	Universidade Federal do Acre
Amapá	Escola Nacional de Saúde Pública Universidade Federal do Amapá
Amazonas	Universidade Estadual do Amazonas
Bahia	Universidade Estadual de Santa Cruz (Departamento de Saúde)
Ceará	Escola de Saúde Pública Universidade Federal do Ceará
Goiás	Universidade Federal de Goiás (Inst. Patologia Tropical, Escola de Saúde Pública, Faculdade de Medicina, Faculdade de Enfermagem)
Maranhão	Universidade Federal do Maranhão
Mato Grosso	Escola de Saúde Pública Universidade Federal do Mato Grosso (Instituto de Saúde Pública)

Continua...

Continuação

Estados	Instituições de Ensino
Mato Grosso do Sul	Escola de Saúde Pública Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP)
Minas Gerais	Universidade Federal de Minas Gerais
Pará	Universidade Estadual do Pará Universidade Federal do Pará
Paraíba	Universidade Federal da Paraíba
Paraná	Universidade Estadual de Londrina
Pernambuco	Universidade Federal de Pernambuco Universidade Estadual de Pernambuco
Piauí	Universidade Estadual do Piauí Universidade Federal do Piauí
Rio Grande do Norte	Universidade Federal do Rio Grande do Norte (NESC) (Departamento Saúde Comunitária)
Roraima	Universidade Federal de Roraima

A capacitação das equipes que continuam no PITS por mais um ano será sob a forma de educação continuada em serviço e à distância, utilizando-se métodos modernos de EAD, como cursos de aperfeiçoamento, com conteúdo programático de Atenção Básica à Saúde no contexto da estratégia de Saúde da Família.

Tutoria e supervisão

A tutoria por profissionais e docentes foi uma das atividades estratégicas adotadas para o desenvolvimento das atividades de educação continuada e supervisão. Em média, o programa conta com um tutor médico e um tutor enfermeiro para cada grupo de 10 profissionais, perfazendo 57 tutores.

Os tutores foram selecionados pelas Secretarias Estaduais de Saúde, a partir de ampla convocação junto às instituições de ensino e serviços de saúde nos estados.

Essa tutoria é desenvolvida à distância – via *internet* – e na forma presencial, mediante visitas periódicas de acompanhamento às equipes sob sua responsabilidade. Além disso, os tutores devem atender às demandas dos profissionais no que se refere à sua capacitação e atuação prática no serviço de saúde, articulando a academia e os gestores locais e estaduais na busca de solução para as demandas.

Monitoramento e avaliação

O PITS incorpora um sistema permanente de avaliação e monitoramento que se efetua através de um conjunto de ações coordenadas segundo os princípios de avaliação democrática e participativa. Esse sistema compreende:

- Análise dos relatórios dos coordenadores estaduais;
- Avaliação da implantação do programa nos municípios;

- Programa de avaliação dos cursos de especialização;
- Avaliação do impacto do PITS nos municípios.

Os três primeiros componentes foram implementados no decorrer do primeiro ano do programa. O quarto será realizado após o décimo segundo mês.

Os resultados desse processo de avaliação foram discutidos por avaliadores e avaliados.

Análise dos relatórios dos coordenadores estaduais

Os dados gerais do programa a partir dos relatórios dos coordenadores estaduais mostram, decorridos 11 meses de sua implantação efetiva, ou seja, da chegada dos profissionais aos municípios, a situação de lotação do PITS quanto a número de municípios e de profissionais.

- Total de profissionais – 416 (69,3%)
- Total de médicos – 168 (56%)
- Total de enfermeiros – 248 (82,6%)
- Total de equipes completas – 166 (55,3%)
- Total de municípios com profissionais – 117 (82,9%)
- Total de municípios com médicos – 98 (69,5%)

Os percentuais foram calculados a partir da meta inicial do Programa, de lotar 300 médicos e 300 enfermeiros, no total de 600 profissionais nos 141 municípios.

Os dados demonstram uma diminuição do percentual de profissionais lotados e do número total de municípios.

O profissional pode ser desligado do Programa voluntariamente (desistente), ou por não cumprimento de suas normas, desligamento involuntário.

Os desistentes representaram a grande maioria, tendo como causas dificuldade de adaptação às condições locais e/ou ao modelo de prática profissional, problemas de doença ou de família.

O número de profissionais desligados foi de 72, correspondendo a 14,8% do total. Os desligados involuntários foram 17, o que representou 23,6% do total de desligamentos, e apenas 3,5% do total lotado.

Os médicos, além de se inscreverem em menor número, representam também o maior componente dos desligamentos: 51, contra 21 enfermeiros desligados.

Ao final do primeiro ano, como prevê a Portaria n. 227, de 16 de fevereiro de 2001, os profissionais e os prefeitos foram consultados formalmente sobre o interesse de permanecer no Programa por mais um ano. Do total de municípios participantes, 96,6% fizeram opção por continuar e 3,4% desistiram. O levantamento dos profissionais consultados sobre o interesse de continuar no

Programa em 2002 apurou 96,4% de respostas, das quais 91% foram pela permanência.

Avaliação da implantação do programa nos municípios

O grau de desenvolvimento da ação em cada estado foi acompanhado através de visitas aos municípios, realizadas por pares, que também entrevistavam os integrantes do Programa (Coordenadores Estaduais, Coordenadores de Cursos, Tutores, Gestores Municipais, Profissionais e Comunidade) e aplicavam aos médicos e enfermeiros questionário semi-estruturado.

Os municípios foram visitados em dois momentos: no quarto e no décimo mês de funcionamento do Programa de Interiorização.

Na etapa inicial, foram visitados 56 municípios, 42,8%, que já contavam com o programa implantado. O instrumento de avaliação foi aplicado a 134 equipes, das quais 93 equipes completas (com um médico e um enfermeiro) e 41 incompletas (com um médico ou um enfermeiro), distribuídas em 16 estados.

Na segunda etapa, mais 74 municípios participaram do processo de avaliação, utilizando-se a mesma metodologia para 83 equipes completas e 54 incompletas, perfazendo um total de 57,3% dos municípios do programa.

A metodologia de coleta de dados contou com os seguintes momentos:

Na capital do estado – reunião com a Coordenação Estadual, Coordenação do Curso, Tutores e representantes dos Pólos de Capacitação, com o objetivo de apresentar o propósito da avaliação e consolidar parcerias nas instâncias envolvidas;

- avaliação do desenvolvimento do programa, na concepção dos atores presentes;
- discussão de logística para as visitas aos municípios.

No município – reunião com gestores para esclarecer os objetivos da avaliação e a estratégia do programa;

- visita às Unidades Básicas de Saúde e aos domicílios dos profissionais;
- aplicação do questionário;
- entrevista com gestores locais;
- entrevista aberta com a comunidade.

Considerando a complexidade do programa, o número de parcerias envolvidas, foi adotada para análise dos dados uma primeira descrição qualitativa e quantitativa das categorias avaliadas com base nas entrevistas e visitas, confrontada posteriormente com os dados de opinião dos profissionais na tabulação dos questionários.

Do conjunto de observações, construíram-se duas categorias de análise: o desempenho dos diferentes atores e a implantação das atividades da atenção básica nos municípios.

Na primeira categoria foram avaliados:

- a Coordenação Estadual,
- os cursos de especialização,
- os tutores,
- os profissionais,
- os gestores municipais,
- a comissão de conexão.

As atividades de atenção básica consideradas foram:

- trabalho de auxiliares em enfermagem e agentes comunitários de saúde,
- treinamento do agente comunitário,
- reconhecimento, territorialização da área de abrangência e cadastramento das famílias,
- ações de Saúde da Criança, Saúde da Mulher etc.,
- programas de controle de hipertensão, diabetes mellitus, tuberculose, hanseníase, malária,
- realização ou referência para exames laboratoriais,
- cadastramento de dados para o SIAB,
- programas de educação em saúde,
- satisfação da comunidade.

Nos questionários aplicados aos profissionais, estes, na maioria das vezes, respondiam afirmativamente sobre a implantação de programas de atenção básica, nos moldes do PSF, fazendo referência a facilitadores e dificultadores do processo.

Foram considerados facilitadores do processo:

	Sim %	Não %
Trabalho em equipe	86,9	13,1
Conhecimentos adquiridos no curso de especialização	88,6	11,4
Coordenação estadual	59,0	41,0
Farmácia básica	56,8	43,2
Tutoria	51,6	48,4

Foram grandes facilitadores do processo, com respostas positivas acima de 85%: o trabalho em equipe e o conhecimento adquirido no curso de especialização.

Como ações positivas, que devem ser aperfeiçoadas, tutoria, apoio da coordenação estadual e existência de medicamentos fornecidos pelo Ministério da Saúde.

Estão entre os dificultadores do processo:

	Sim %	Não %
Referência e contra-referência	83,7	16,3
Gestores municipais	58,0	42,0
UBS – material e equipamento	58,5	41,5
UBS – infra-estrutura física	57,8	42,2
Exames laboratoriais	55,1	44,9
Disponibilidade de transporte para deslocamento intramunicipal	50,4	49,6

Dificultou o processo, com resposta de 83,7% dos profissionais, a precariedade do sistema de referência e contra-referência. A falta de sensibilidade e compreensão da lógica da atenção básica pelos gestores municipais, o acesso a exames laboratoriais complementares, a infra-estrutura física inadequada de UBS e insuficiência de material e equipamentos para assistência, a não-existência de transporte regular para o deslocamento necessário das equipes nos municípios foram também considerados dificultadores, com respostas afirmativas entre 50 e 60%.

Embora, por ocasião da aplicação do questionário – março/abril de 2002 –, a grande maioria dos profissionais (80,7%) já tivesse recebido os computadores, o grande atraso no recebimento foi também apontado como elemento dificultador do processo.

Avaliando as respostas dos profissionais e as diferentes opiniões colhidas pelos avaliadores, as considerações finais para cada uma das categorias de análise foram valorizadas em três níveis: bom (B), regular (R) e insuficiente (I). A avaliação dos municípios agrupada por estado foi positiva, com predomínio das situações B e R sobre I, como consta na sùmula do processo de acompanhamento da implantação do PITS:

	Bom		Regular		Insuficiente	
	N	%	N	%	N	%
Desempenho do coordenador estadual	9	56,3	5	31,3	2	12,5
Tutoria	7	43,8	3	18,8	6	37,6
Gestores	5	31,3	10	62,5	1	6,3
Desenvolvimento do programa no município	3	18,8	12	75,0	1	6,3
Resolutividade do programa no município ⁽¹⁾	5	31,3	11	68,8	0	0

⁽¹⁾ Na opinião da comunidade

A avaliação sobre a implantação do programa, seus facilitadores, dificultadores, opinião dos pares visitantes, foi discutida com os coordenadores estaduais e tutores, em oficinas de trabalho que resultaram em proposições de melhoria.

Programa de Avaliação dos Cursos de Especialização

Este programa teve como objetivo principal o aprimoramento do processo de ensino/aprendizagem que ocorreu em diferentes cenários regionais. Foi planejado e executado pelo Centro de Desenvolvimento de Ensino Superior em Saúde (CEDESS) da Universidade Federal de São Paulo.

A proposta tomou como princípio que a avaliação deve ser uma prática socialmente comprometida com todos os sujeitos partícipes dos cursos (Coordenadores Estaduais, Coordenadores de Cursos, Docentes e Alunos), visando a levantar subsídios para as reordenações de ações do PITS.

Foram elaborados 4 questionários de avaliação, buscando-se apreender as óticas de Coordenadores Estaduais, Coordenadores de Curso, Docentes e Alunos dos Cursos de Especialização do PITS, abrangendo 7 blocos de análise: desenvolvimento do curso, docentes, tutores, alunos, coordenadores de curso, condições de infra-estrutura e auto-avaliação.

O processo de análise e interpretação dos dados compreendeu leituras dos dados quantitativos, buscando-se delinear convergências e divergências em torno dos aspectos avaliados, para configurar as dimensões que traduziam *avanços e condições facilitadoras* para o desenvolvimento dos cursos, bem como as *zonas de dificuldade* e os *nós críticos*, demandando um redimensionamento no processo de especialização dos profissionais que atuam no PITS.

Assim, a partir das convergências apreendidas entre as diferentes óticas avaliatórias, foram identificados avanços e condições facilitadoras, graus de dificuldade na análise de cada curso e no conjunto dos cursos.

Foram considerados avanços:

- Coerência da proposta e articulação com o PITS;
- Apresentação dos objetivos aos alunos;
- Conteúdos como embasamento para a prática;
- Situações de ensino-aprendizagem e raciocínio clínico;
- Troca de experiência entre profissionais e trabalho em equipe;
- Técnicas e procedimentos de ensino;
- Bibliografia e aprofundamento de conteúdos;
- Realização de estudos e tarefas nos períodos de dispersão;
- Desenvolvimento de conhecimentos e habilidades;
- Competência docente.

Os nós críticos dos cursos de especialização foram referentes à baixa disponibilidade dos recursos de informática, seja na infra-estrutura dos cursos, seja na dificuldade de comunicação à distância pelo atraso no programa de conexão.

Os dados gerais desse processo de avaliação foram apresentados aos coordenadores, representantes docentes e tutores que em trabalho em grupo debateram os pontos críticos detectados no processo avaliatório, sugerindo vários encaminhamentos.

Os resultados do monitoramento e avaliação do programa avalizam sua concepção e implantação, sem escamotear que, ao lado de seus aspectos positivos, existem ainda desafios a serem superados.

O avanço significativo do programa foram os cursos de especialização em saúde da família. Estes, ao realizarem uma nova proposta de educação permanente em serviço, com acompanhamento tutorial, garantiram aos profissionais orientação e sustentabilidade para o trabalho, e um título acadêmico. Ao mesmo tempo, ampliaram e consolidaram competências educacionais na área, nas instituições regionais de ensino superior.

O PITS constituiu-se, portanto, em programa que atende às necessidades sociais de interiorização de saúde, sendo também programa de investigação sobre novas tecnologias na formação de recursos humanos.

Embora os dados apresentados demonstrem que o programa, uma vez implantado, funcionou relativamente bem, é inegável a dificuldade de atrair médicos comparativamente aos enfermeiros, considerando dados da inscrição, comparecimento às entrevistas e ainda mais o percentual de desistência.

Perspectivas

Diferentes estratégias têm sido implementadas pelos diferentes países na tentativa de garantir acesso aos serviços de saúde a populações de áreas rurais, áreas remotas ou regiões mais carentes. A referência de Gentile de Melo à ausência de médicos nas cidades onde não havia bancos incorporou-se ao folclore da saúde pública nacional. Infelizmente, mesmo após a implantação do SUS, o problema persiste como um enorme desafio não resolvido, aqui e mesmo em países com mais tempo de implantação de seus sistemas nacionais de saúde ou de seus programas de interiorização.

Pelo menos dois grandes problemas encontram-se relacionados a essa dificuldade. O primeiro diz respeito à própria natureza do trabalho médico, às expectativas criadas em relação ao exercício profissional, tanto da parte dos profissionais como da própria população, frente às possibilidades oferecidas pelo acesso à tecnologia, pelo processo de formação atual deste profissional e sua condição de atuação no mercado de trabalho.

O segundo diz respeito às características específicas da estrutura do Estado e da organização dos sistemas de governo, bem como conformação dos sistemas de saúde e de educação nos diferentes países onde esses profissionais atuam.

Vamos tratar inicialmente desse segundo aspecto: entre as estratégias mais comuns para a garantia de oferta de serviços de saúde a populações moradoras de

áreas de difícil acesso ou de regiões mais carentes, dois modelos têm sido mais freqüentes: a introdução do serviço civil obrigatório, como contraparte do recém-formado ao gasto social comprometido com a sua graduação, ou a distribuição quase compulsória de postos de trabalho em regiões mais distantes em sistemas de saúde com forte controle estatal sobre o mercado de trabalho.

Ambas as opções para a realidade brasileira seriam de difícil aplicação. A introdução do serviço civil obrigatório, ainda que não de todo impossível, implicaria um amplo concerto de difícil realização, dado o conjunto de autonomias presentes na sociedade brasileira. Assim, ainda que o apelo ao serviço civil tenha uma forte justificativa social, ele encontraria no primeiro momento forte resistência entre as corporações, bem como nos estudantes, receosos de atuar em situações extremas com pouca experiência e em condições de supervisão insuficiente, podendo vir a gerar insegurança na própria população atendida. Por outro lado, a garantia da supervisão, realizada por exemplo pelas instituições formadoras, implicaria a necessidade de significativa mobilização de recursos humanos e financeiros, como também poderia criar um forte enfrentamento com as instituições em função da propalada autonomia universitária. Um serviço civil obrigatório, com supervisão compulsória de todas as faculdades de uma determinada categoria profissional, implicaria um movimento gigantesco para a realidade do sistema, e dadas as significativas diferenças hoje existentes no sistema formador, seria, no mínimo, temerário. A obrigatoriedade da supervisão realizada pelo próprio serviço seria em si uma incoerência, na medida em que se existe déficit na oferta certamente haveria deficiência na supervisão.

Nesse sentido, num sistema em que os níveis de gestão são autônomos entre si, em que a universidade é autônoma em relação aos serviços e o exercício profissional é auto-regulado pelas corporações, e todos contam com suas próprias representações no Congresso, a implementação de uma proposta dessa natureza significaria um interminável processo de articulação com pouca possibilidade de evolução.

A segunda opção, da distribuição orientada de postos de trabalho pelo poder público, seria ainda mais improvável, dada a natureza do sistema de saúde brasileiro. Em primeiro lugar porque, em parte, os postos de trabalho já existem, ofertados pelos municípios, que são os responsáveis constitucionais por garantir assistência de saúde à sua população. Ocorre que o mercado oferece inúmeras outras opções, tanto no setor público como no privado. Se nos países com sistemas públicos centralizados o agente contratante é um só, o qual é capaz de identificar as necessidades e controlar a oferta, no Brasil existem os 5500 agentes públicos municipais, concorrendo de maneira absolutamente desigual entre si, associados aos agentes estaduais e às centenas de milhares de agentes privados. E em que pesem considerações a respeito do excesso de médicos em algumas regiões e de relações de trabalho absolutamente informais ou inadequadas, não existe qualquer indicativo até o momento de carência de postos de trabalho, independente da natureza do vínculo, para o setor saúde, em particular para a categoria médica.

Por outro lado, a constituição de uma carreira federal para um programa de interiorização do trabalho em saúde seria altamente improvável, pela tendência de reorganização das naturezas das carreiras federais, inconsistente com a natureza do sistema e de uma de suas bases de sustentação mais fortes, a municipalização, e mesmo que viesse a ser constituída, é questionável se teria de fato algum apelo uma carreira para profissionais de áreas rurais e regiões de difícil acesso.

Nesse sentido, a estratégia de implantação do PITS parece ter sido muito coerente com a necessidade de oferecer assistência de saúde a populações até então absolutamente desprovidas deste direito, gerando uma intervenção na oferta de profissionais de saúde inédita até então, mas de forma adequada às características do sistema brasileiro. Assim, ao determinar os critérios mínimos de elegibilidade dos municípios, bem como os compromissos que deveriam ser assumidos pelo gestor municipal, o Ministério da Saúde orientou um processo de seleção organizado e baseado em necessidades epidemiológicas e sociais, contribuiu para a construção da equidade, cumprindo seu papel de agente regulador e de intervenção complementar no sistema e, na medida em que a participação do município se faz de forma voluntária e através de compromissos mútuos, estimulou as bases para uma futura incorporação dos profissionais no serviço municipal. A adesão também voluntária, condicionada a um processo seletivo nacional prévio dos profissionais, evitou confrontos com a corporação e garantiu uma segurança mínima em relação à sua qualificação, complementada através do curso de especialização, recebendo inclusive o apoio entusiástico das entidades médicas, por identificar no Programa uma estratégia para inibir a atuação de profissionais de outros países não autorizados a praticar no Brasil. A implementação progressiva, ainda que em escala considerável, permitiu também o aprendizado e o desenvolvimento de uma logística sofisticada, mas adequada à dimensão do Programa.

Ao longo da sua implementação, alguns outros aspectos importantes do Programa se evidenciaram. Um primeiro elemento importante diz respeito à eficácia da ação federal não só como financiadora, mas como avalista do processo, particularmente na garantia das condições para a atividade do profissional no município. Em algumas situações, o município já oferecia salário semelhante ao do Programa, mas não conseguia captar o médico, ou o fazia de forma esporádica e não continuada. A ação federal estabilizou, pelo menos no período acertado, as relações. O segundo elemento importante no processo foi a participação do nível estadual. O Programa foi muito mais bem-sucedido naqueles estados onde a coordenação estadual assumiu um papel mais ativo na sua condução, quer na definição dos municípios envolvidos, no apoio à logística de distribuição e deslocamento dos profissionais e professores, quer na identificação e apoio aos monitores, na supervisão à contrapartida do município. Em alguns estados, esse processo gerou, para a segunda fase do Programa, a complementação na bolsa paga aos profissionais, ação muito promissora em relação ao estabelecimento de pactos para a gestão do trabalho no SUS.

Quanto à natureza do trabalho em saúde e do médico em particular, alguns aspectos merecem ser lembrados pelas possibilidades de implantação do PITS.

O trabalho em saúde é tradicionalmente constituído por dois componentes, um de natureza científica, que dá o embasamento para a compreensão dos processos patológicos que acometem as pessoas, seus agentes etiológicos, os fatores determinantes no processo saúde-doença, o método para a construção do diagnóstico, a base para a indicação da terapêutica. Outro é necessariamente relacional, vivencial, artístico, que vem da experiência, da manifestação diferenciada de cada processo em cada indivíduo, das *nuances* de cada um, das intervenções dos diferentes fatores em cada caso, das inconsistências e dos aspectos desconhecidos ou sequer abordados pela ciência que só a relação mais continuada e cuidadosa permite perceber.

O desenvolvimento científico e a incorporação da tecnologia, que trouxeram, por um lado, enormes avanços no controle e combate às doenças e aos sofrimentos por elas causados, promoveram, por outro lado, uma extensa divisão horizontal e vertical no trabalho em saúde, com diversos novos profissionais, bem como um enorme desenvolvimento de especialidades médicas, causando uma significativa fragmentação do trabalho. Nesse sentido, no caso médico, a capacidade diagnóstica e a ação terapêutica ficam fortemente condicionadas à disponibilidade desses recursos em detrimento do raciocínio clínico, e o próprio cuidado tende a ficar cada vez mais fragmentado, aumentando o custo e perdendo a eficácia.

Essa fragmentação, a redução do escopo de atuação, a desumanização do cuidado, a dependência tecnológica com frequência levam à insatisfação profissional. Por outro lado, as oportunidades de trabalho, ainda que não sejam escassas, tendem a se realizar em condições muito desgastantes, principalmente para os profissionais menos especializados – plantões, ambulatórios de medicina de grupo, serviços públicos periféricos, frequentemente com baixa remuneração. As oportunidades de acesso à educação continuada são mínimas, limitadas aos congressos das especialidades, necessariamente autofinanciadas ou realizadas através dos propagandistas farmacêuticos. Finalmente, as expectativas de remuneração do profissional levam com frequência a mais de três empregos, com cargas semanais acima de 60 horas.

Tais condições precárias de trabalho podem vir a promover um maior interesse por uma prática mais descomplicada, que recupera o vínculo, o reconhecimento social e a possibilidade de uma abordagem mais integral dos pacientes, associada à oferta de um curso de especialização numa área de mercado de trabalho crescente e com uma remuneração bastante satisfatória frente aos gastos potenciais.

Que elementos, entretanto, mereceriam ser priorizados para estimular a opção do profissional e sua fixação ao programa e ao serviço?

Estudos realizados nos permitem identificar alguns fatores importantes para a captação e eventual fixação do profissional a programas dessa natureza. Um primeiro elemento parece ser o fato do profissional ser proveniente de área rural (Barley, 2001; Rabinowitz, 2001; Easterbrook, 1999) e, portanto, ter compromissos e experiências com a vida e os recursos disponíveis fora dos centros urbanos.

Complementando esta experiência de vida passada, a expectativa futura e apoio familiar também parecem ser muito significativos. Grande parte dos possíveis candidatos a uma transferência para área rural ou municípios de difícil acesso condiciona este movimento à disposição do cônjuge e à possibilidade de emprego para o parceiro, bem como à proximidade e acesso à família ampliada (Szafran, 2001). Ainda nessa linha, uma outra preocupação diz respeito às condições para formação e desenvolvimento dos filhos.

Em relação à formação prévia, um elemento importante é o fato do profissional ter sido exposto precocemente e de forma constante e tutoriada a experiências ou estágios de medicina rural durante a sua formação. Vale considerar aqui que a mera exposição a um pequeno estágio pouca diferença faz na sua mobilização. Dado que o aprendizado médico é fortemente condicionado pelo exemplo e pela prática, tais estágios dependem de supervisão ou tutorias adequadas e de tempo suficiente para o envolvimento real do estudante com o serviço e com a comunidade assistida (Rabinowitz, 2001; Rabinowitz, 1999; Ramsey, 2001; Lynch, 2001). Completando essa perspectiva, evidencia-se também uma forte preocupação em algumas experiências com o desenvolvimento de competências específicas relacionadas a esse tipo de prática, quais sejam a capacidade para a realização de diagnósticos de saúde do conjunto da comunidade assistida e a capacidade de interação com esta comunidade para o desenvolvimento de ações mais resolutivas no campo da promoção e da articulação intersetorial (Stearns, 2000; Bacon, 2000).

Em relação à prática propriamente dita, o elemento fundamental é a possibilidade de acesso a recursos adicionais ou a discussão e encaminhamento de casos para especialistas nas situações mais complicadas (Sinay, 2001; Rabinowitz, 1999).

Finalmente, para aqueles que vêm da cidade, uma grande preocupação é a atualização, assim como as oportunidades de emprego na volta (Page, 1992).

Diante disso e das avaliações realizadas, algumas ações complementares vêm sendo desenvolvidas pelo Programa de Interiorização.

Um ponto fundamental nessa estratégia é o fortalecimento, o envolvimento das instituições formadoras regionais no apoio ao Programa, não apenas na realização do curso de especialização, como nas tutorias aos profissionais. Uma perspectiva importante que se apresenta é a incorporação daquelas escolas selecionadas pelo PROMED (Programa de Incentivos a Mudanças Curriculares no Curso de Medicina) no apoio mais intenso ao PITS, até pela vocação natural que devem apresentar para a articulação com os serviços. Uma segunda ação se refere à possibilidade de oferecer uma especialização complementar para os residentes recém-egressos das áreas básicas, particularmente clínica médica e pediatria, nos municípios selecionados pelo PITS, com uma bolsa equivalente à do Programa, porém com uma tutoria específica da própria escola que o formou. Uma terceira iniciativa seria, mediante uma qualificação docente prévia, a incorporação dos egressos do Programa como tutores de especializandos.

Ainda na linha da preparação dos profissionais, a elaboração de orientações para a prática, direcionada às patologias e problemas mais freqüentes, atualmente em desenvolvimento, também deve contribuir para dar maior segurança à atividade profissional, além do desenvolvimento de metodologias de educação à distância e acesso a especialistas via *internet*.

Pouco pode ser feito em relação ao apoio familiar. Entretanto, é evidente que a adesão ao programa na Região Nordeste é significativamente maior que na Região Norte, mesmo que as condições objetivas de trabalho, e mesmo de conforto, eventualmente sejam compatíveis ou até melhores nesta que naquela. Nesse sentido, um ponto fundamental parece ser a maior disponibilidade de acesso aos municípios e à família, bem como o encaminhamento de pacientes, ainda que o trabalho se realize, muitas vezes, em municípios muito mais carentes.

Aqui, portanto, a ação do Estado volta a ser fundamental, quer na complementação do valor da bolsa ora observada nos estados do Acre e Tocantins, que devem garantir uma procura muito maior de profissionais, quer nos suportes e articulações para acesso e transferência de pacientes.

Em algumas situações, provavelmente as ações complementares dos governos federal e estadual deverão manter-se, dada a dificuldade do município em incorporar definitivamente a totalidade da equipe. Por outro lado, a segunda fase do Programa já está apoiando a realização de oficinas preparatórias junto aos gestores municipais, no sentido de fomentar um maior envolvimento municipal na sustentação do Programa. Entretanto, é de se esperar ainda uma situação de transitoriedade em alguns municípios. A superação definitiva das limitações no acesso continuará dependendo de uma capacidade de desenvolvimento maior por parte do município, bem como de políticas integradas de desenvolvimento regional, que permitirão o pleno exercício da cidadania àquelas populações. É justamente neste sentido, ao promover a integração entre setores governamentais, ao garantir o acesso a serviços de saúde a comunidades até então não assistidas, ao induzir o comprometimento dos centros formadores com estas comunidades e ao desenvolver novas metodologias educacionais, que o PITS vem contribuindo, de forma inequívoca, para a superação das iniquidades do país.

Bibliografia

- ALMEIDA, M. J. *Educação médica e saúde: possibilidades de mudança*. Londrina: Ed. da UEL/Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Educação Médica – ABEM, 1999.
- BACON, T. J., BADEB, D. J., COCCODRILLI, L. D. The national area health education center program and primary care residency training. *Journal of Rural Health, USA*, v. 16, n. 3, p. 288-294, summer 2000.
- BARLEY, G. E. et al. Characteristics and issues faced by rural female family physicians. *Journal of Rural Health, USA*, v. 17, n. 3, p. 251-258, summer 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde. *Concepção, seleção e lotação de equipes*. Brasília, DF, 2001.

- COMISSÃO INTERINSTITUCIONAL NACIONAL DE AVALIAÇÃO DO ENSINO MÉDICO. *Avaliação do ensino médico no Brasil: relatório geral 1991-1997*. [Brasília, DF], 1997.
- EASTERBROOK, M. et al. Rural background and clinical rural rotations during medical training: effect on practice location. *Canadian Medical Association Journal*, Canada, v. 160, n. 8, p.1159-1163, Apr. 1999.
- GARCÍA, J. C. *La Educación médica en la América Latina*. Washington, DC: OPS, 1972. (Publicación Científica, 255).
- LYNCH, D. C. et al. Interim evaluation of the rural health scholars program. *Teach Learn Med*, USA, v. 13, n.1, p. 36-42, winter 2001.
- MACHADO, M. H. *Os médicos no Brasil: um retrato da realidade*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997.
- PAGE, J. et al. Factors influencing medical interns trained at UWI to work subsequently in a rural area in Jamaica. *West Indian Medical Journal*, [s.l.], v. 41, n. 2, p. 75-78, Jun. 1992.
- RABINOWITZ, H. K. et al. Demographic, educational and economic factors related to recruitment and retention of physicians in rural Pennsylvania. *Journal of Rural Health*, USA, v. 15, n. 2, p. 212-218, spring 1999.
- _____ et al. A program to increase the number of family physicians in rural and underserved areas: impact after 22 years. *Journal of the American Medical Association*, USA, v. 281, n. 3, p. 255-260, Jan. 1999.
- _____ et al. Critical factors for designing programs to increase the supply and retention of rural primary care physicians. *Journal of the American Medical Association*, USA, v. 286, n. 9, p. 1041-1048, Sept. 2001.
- RAMSEY, P. G. From concept to culture: the WWAMI program at the University of Washington School of Medicine. *Acad Medicine*, [s.l.], v. 76, n. 8, p. 765-775, Aug. 2001.
- SINAY, T. Productive efficiency of rural health clinics: the midwest experience. *Journal of Rural Health*, USA, v. 17, n. 3, p. 239-250, summer 2001.
- STEARNS, J. A. et al. Illinois RMED: a comprehensive program to improve the supply of rural family physicians. *Farm Medicine*, [s.l.], v. 32, n. 1, p. 17-21, Jan. 2000.
- SZAFRAN, O., CRUTCHER, R. A., CHAYTORS, R. G. Location of family medicine graduates' practices. What factors influence Albertans' choices? *Canadian Family Physician*, [s.l.], v. 47, p. 2279-2285, Nov. 2001.

5.2

ESTRATÉGIAS DE QUALIFICAÇÃO E INSERÇÃO DE TRABALHADORES DE NÍVEL MÉDIO NA ÁREA DE SAÚDE

Joana Azevedo da Silva

*Digo: o real não está nem na saída nem na chegada; ele se
dispõe para a gente é no meio da travessia....
(Guimarães Rosa: Grande Sertão: Veredas)*

*“Essas estratégias vão se construindo na travessia; a
motivação é o compromisso com a cidadania da população
e dos trabalhadores; a nau para essa travessia é
capitaneada por Izabel dos Santos, incansável, durante os
últimos 25 anos...”*

Apresentação

Deter-se na apresentação das Estratégias para a Qualificação e a Inserção de Trabalhadores de Nível Médio na Área de Saúde, no momento atual de consolidação do Sistema Único de Saúde, é um imperativo e abriga um grande número de possibilidades e perspectivas descritivas e de análise.

Uma primeira possibilidade envolve a abordagem das articulações entre os processos de formação e de inserção de trabalhadores de saúde e a produção de serviços do setor, o que certamente expressa particularidades da sociedade brasileira, da relação entre educação e trabalho em saúde, em determinado momento histórico.

Uma outra perspectiva implica, principalmente, percorrer as dificuldades de inserção social de um grande contingente de trabalhadores excluídos do processo educacional e do acesso a bens e serviços em geral, e de um longo processo que culminou com a construção de conhecimentos, desenvolvimento de tecnologias, criação de oportunidades, de estratégias, de articulações enfim, que possibilitaram e instrumentalizaram a viabilização de políticas de inclusão social.

O presente artigo, partindo, de um lado, de estudos de vários autores e, de outro, da vivência pessoal da autora e de depoimentos de sujeitos centrais do processo, versa sobre a concepção das estratégias de qualificação do trabalhador de nível médio da saúde, sobre os contextos e, principalmente, as motivações, o

compromisso de um grupo – o núcleo central do Acordo para o Desenvolvimento de Recursos Humanos – e de centenas de parceiros por todo o Brasil, tendo em vista a busca de identidade para um trabalhador excluído, tanto na instituição quanto na sociedade. Buscar a identidade do cidadão – população e trabalhador – foi o compromisso que motivou todo esse processo social.

O Acordo para Desenvolvimento de Recursos Humanos, firmado entre o governo brasileiro e a Organização Pan-Americana de Saúde, assume um importante papel, uma influência decisiva nesse processo de concepção e de viabilização das estratégias.

Assim, assume-se o desafio de apresentar, sinteticamente, em um artigo um complexo processo social que resultou na concepção das principais estratégias de que se dispõe no país para a Qualificação e Inserção de Trabalhadores de Nível Médio na Área de Saúde, centrando a atenção em momentos de inflexão considerados decisivos para os avanços obtidos. Uma vez formuladas, essas estratégias apoiaram e apóiam o desenvolvimento de processos de qualificação profissional, mais ou menos intensos e abrangentes, na dependência das características dos grupos envolvidos e dos contextos específicos em que foram e são propostos.

Nesse sentido, convida-se o leitor a uma releitura do Programa de Preparação Estratégica para Pessoal de Saúde – PPREPS e do Projeto Larga Escala, processos de intervenção concreta em momentos históricos do setor saúde no país, para identificar as motivações que propiciaram as formulações específicas das estratégias concebidas e colocadas em prática até os dias de hoje. Em muitos momentos, optou-se por registrar a fala dos próprios sujeitos do processo.

Assim, recuperam-se dois programas que conceberam e testaram estratégias e modelos, enfim, geraram conhecimento, tecnologia e inovaram em articulações e parcerias para um processo de qualificação profissional que garantisse, de um lado, o acesso da população a serviços de saúde livres de riscos e, de outro, a cidadania de um contingente de trabalhadores excluídos do sistema educacional e, por conseqüência, com inserção precária nas instituições.

Essas estratégias integram, hoje, a agenda de entidades de trabalhadores e de governo e assumem destaque em bem-sucedidos projetos oficiais relacionados com a cidadania dos trabalhadores e da população brasileira.

Introdução

“Década de 70, começa a travessia...”

Até meados da década de 70, ao sistema de educação cabe a responsabilidade sobre a formação profissional para a saúde no Brasil. O pessoal de nível técnico para a saúde é formado nas escolas existentes, ou seja, no setor terciário da economia. Por um lado, o sistema educacional forma profissionais de

nível médio de saúde para o mercado e, por outro, os serviços de saúde garantem treinamentos emergenciais para a operação dos programas especiais.

Muitos são os autores que se debruçam sobre uma reflexão, que produzem conhecimentos sobre a organização do sistema educacional brasileiro, sobre a formação dos trabalhadores da área da saúde, enfim, sobre educação e trabalho em saúde no Brasil. Assim, são muitas e de alta relevância as contribuições hoje oferecidas por vários pesquisadores, entre os quais, Christóforo (1999); Sório (1999); Nogueira & Santos (1981); Santos & Christóforo (1996); Santana & Christóforo (2001), entre outros.

Como um dos principais cenários de discussão e formulação de propostas de formação e inserção de profissionais de saúde, recuperam-se as Conferências Nacionais de Saúde, instituídas em 1937 (Lei 378) pelo Governo Getúlio Vargas.

Na 4ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1967, que tem como tema principal “Recursos Humanos para as Atividades de Saúde”, a formação de pessoal de nível técnico é um dos temas que integram a agenda, com espaços garantidos para discussão e recomendações. Naquela oportunidade, é ressaltada a responsabilidade do Ministério da Saúde na formação dos profissionais de saúde e do pessoal de nível médio e auxiliar: uma capacitação voltada para o trabalho. Em relação aos treinamentos, é recomendado que estes não se limitem à execução mecânica de tarefas específicas, mas incluam também o mínimo de conhecimento básico, para que os trabalhadores possam desenvolver uma consciência do trabalho e das funções que lhes são atribuídos.

A década de 70 aparece como aquela em que se destacam as tentativas de reorganização da assistência à saúde, com o objetivo de ampliar a cobertura da população pelos serviços de saúde no país. Nesse período, lançam-se sementes para uma política de saúde mais equânime e universal e, por consequência, para uma política de formação de recursos humanos para o setor que atenda às demandas da população e aos anseios e necessidades dos trabalhadores. Esses movimentos acontecem em vários cenários, diversos contextos e sob muitas e diferentes motivações. Em meados dessa década, em especial, começa o movimento que orienta a redação dos dispositivos de saúde para a Carta Magna Brasileira de 1988: desenha-se e articula-se a Reforma Sanitária Brasileira e, com ela, o Sistema Único de Saúde.

Assim, é na 2ª metade da década de 70 que os Programas de Extensão de Cobertura – PEC aparecem no Brasil como proposta governamental, como estratégia de atendimento às necessidades básicas de saúde das populações até então desassistidas. Esses programas inspiram-se em concepções que compõem os movimentos de Medicina Integral, Medicina Preventiva e, em especial, da Medicina Comunitária: destinam-se à prestação de serviços sanitários, aí incluída a atenção médica individual, às populações carentes de áreas rurais brasileiras e àquelas marginalizadas dos centros urbanos. A incorporação da assistência médica individual aos programas oficiais de saúde pública aparece como uma inovação no

setor, até então dedicado predominantemente ao controle de doenças transmissíveis e ao saneamento ambiental (Donnangelo, s. d.; Silva, 1984).

“Sua especificidade (dos PEC), entretanto, decorre do fato de que essa extensão da assistência não se fará necessariamente através das modalidades de prestação de serviços e da tecnologia médica predominante mas, sobretudo, por meio de uma nova estruturação dos elementos que compõem a assistência à saúde, em particular **um novo uso do trabalho nesse campo** (grifo da autora). Reforça-se substancialmente no interior do projeto comunitário um elemento que, embora não seja estranho à prática médica contemporânea, não adquiriu relevância a não ser em raros modelos de organização da assistência. Trata-se **do uso do trabalho não médico** na área da saúde, articulando-se ao trabalho médico e resultando no que poderia ser designado por trabalhador médico coletivo, atuando de forma tal que, por um processo de distribuição de tarefas, a assistência se efetua através de um conjunto de práticas complementares” (Donnangelo, 1976).

No início da década de 70, as referências freqüentes a situações de crise no setor saúde e no acesso de populações a estes serviços, em diversos países, abrem espaços para experiências de organização de serviços de assistência médica estimuladas por organismos internacionais (Pellegrini Filho et al., 1979).

Anteriormente, a *Carta de Punta del Este*, datada de 1961, já considerava a necessidade de elaboração de planos integrados de desenvolvimento, nos quais deveria estar incluído o planejamento para o setor social (Rosas, 1981).

Em 1972, da reunião dos Ministros de Saúde das Américas, em Santiago do Chile, origina-se o 2º Plano Decenal de Saúde das Américas (decênio 1971-1980), no qual aparece, como principal objetivo, a extensão de cobertura dos serviços de saúde. Esse Plano serve como diretriz para a formulação de programas e projetos dos países, no período entre 1962 e 1971, na medida em que a viabilização de propostas de extensão de cobertura representa recomendação para todos os países (*Reunión...*, 1973).

Um importante reforço à implantação dos PEC vem, em setembro de 1978, em Alma-Ata, República do Cazaquistão, antiga URSS, com a Conferência Internacional de Cuidados Primários em Saúde, organizada pela Organização Mundial de Saúde e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância. O Relatório Final de Alma-Ata recomenda que, para o alcance por todas as populações do mundo de um nível aceitável de saúde num futuro previsível, os cuidados primários de saúde fossem os principais meios. Nesse sentido, o nível de saúde de uma população precisaria estar integrado ao desenvolvimento social e baseado no espírito de justiça.

No Brasil, o surgimento desses programas relaciona-se também com uma conjuntura política e social específica: uma crise decorrente do contraste que caracteriza o cenário da assistência médica brasileira naquela oportunidade – a dominância de uma medicina altamente diferenciada, de custo elevado, disponível para determinado estrato da população, e um enorme contingente de pessoas privadas do atendimento a necessidades básicas de saúde, que migram do campo para as cidades à procura de emprego, superlotando os já precários serviços sociais

dos municípios, entre eles, os de saúde. Evidencia-se, então, a identificação pelo Estado da necessidade de adoção de uma política social. Do lado dos municípios, essa situação de migração intensa leva os dirigentes municipais a investir em serviços de saúde e em alternativas que possibilitem o atendimento dessa população (Silva, 1984).

A política social do Estado brasileiro aparece expressa no II Plano Nacional de Desenvolvimento – II PND (1975-1979). O II PND formula metas para superar a marginalidade social, cultural e econômica. A política proposta deve assegurar: “a redução da pobreza absoluta, ou seja, do contingente de famílias com nível de renda abaixo do mínimo admissível quanto a alimentação, saúde, habitação”. Essas condições deveriam ser possibilitadas através de uma ação em que se conjugassem medidas mais imediatamente econômicas, como a política de emprego e de salários, com uma estratégia adequada de prestação de serviços sociais, sobretudo educação, saúde, saneamento e nutrição (II PND, 1975 apud Silva & Dalmaso, 2002).

Visando à implementação dessas diretrizes, segue-se uma série de medidas normativas na área social, entre as quais a Lei do Sistema Nacional de Saúde – Lei 6.229, de julho de 1975, que estabelece as responsabilidades dos setores que deveriam coordenar ações relativas à área da saúde: Ministério da Saúde, Ministério da Previdência e Assistência Social, Ministério do Interior, Ministério da Educação e Cultura e Ministério do Trabalho, e a criação do Conselho de Desenvolvimento Social.

Por outro lado, também no que se refere ao Sistema de Previdência Social,

“o decorrer da década de 70 assiste a propostas universalizantes que formalmente progrediram no sentido da formulação de um sistema de seguridade social. (...) São exemplos de extensão de cobertura: a instituição da cobertura previdenciária para os maiores de 70 anos e inválidos que tenham, em algum período, contribuído para a Previdência Social ou exercido qualquer atividade a ela vinculada, mesmo sem terem contribuído; a concessão de benefícios aos trabalhadores rurais acidentados no trabalho; a inclusão do salário-maternidade, até então sob responsabilidade da empresa; a extensão dos benefícios previdenciários às empregadas domésticas e trabalhadores autônomos, desde que contribuintes do sistema” (Elias, 1996).

Segue-se à promulgação da Lei do Sistema Nacional de Saúde a realização, nesse mesmo ano, da V Conferência Nacional de Saúde, em cujas conclusões e recomendações aparecem explicitadas, para o Brasil, as propostas de Programas de Extensão de Cobertura constantes do II Plano Decenal de Saúde para as Américas: a importância da “extensão das ações de saúde às áreas rurais e às periferias urbanas (...) através de estruturas permanentes e simplificadas, integrando órgãos e entidades do setor saúde” (Souza, 1975).

Entre os programas sociais propostos, destacam-se, pela delimitação mais precisa do campo de atuação, o Programa Nacional de Alimentação e Nutrição e o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento – PIASS (Rosas, 1981).

O PIASS, na época de sua criação, através do Decreto Presidencial de agosto de 1976, restringia-se à região Nordeste e integrava importantes projetos já em andamento, como o Projeto Integrado do Norte de Minas.

Constituem-se em diretrizes básicas do Programa: ampla utilização de pessoal auxiliar, recrutado nas próprias comunidades a serem beneficiadas; prevenção de doenças transmissíveis, atendimento a doenças mais freqüentes e detecção precoce dos casos mais complexos, com vistas ao encaminhamento a serviços especializados; desenvolvimento de ações de saúde de baixo custo e alta eficácia; disseminação de unidades de saúde tipo miniposto, integradas ao sistema de saúde da região e apoiadas por unidades de maior porte, localizadas em núcleos populacionais estratégicos; integração dos diversos organismos públicos do Sistema Nacional de Saúde; ampla participação comunitária; desativação gradual de unidades itinerantes de saúde, a serem substituídas por serviços básicos de caráter permanente (Brasil, 1976a).

Em termos de níveis de atuação, o Programa contempla: o nível elementar, o intermediário e o de apoio, a serem implantados, respectivamente, em aglomerações de 500 a 2 mil habitantes, de 2 a 5 mil e de 5 a 20 mil habitantes (Brasil, 1976b).

Com vistas a proporcionar o necessário suporte para o desenvolvimento da nova política, estruturam-se outros projetos e atividades.

O Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde – PPREPS, originário de um Acordo de Cooperação Técnica para o desenvolvimento de Recursos Humanos entre o governo brasileiro e a Organização Pan-Americana de Saúde na política de extensão de cobertura, é um dos apoios mais importantes para a nova proposta (OPAS, 1977).

Com o Decreto Presidencial de Expansão Nacional, em novembro de 1979, a área de atuação do PIASS amplia-se para outras regiões, envolvendo, por exemplo, na região Sudeste, os estados do Espírito Santo, Minas Gerais – vales dos rios Jequitinhonha, Mucuri, Doce, norte e noroeste do estado – e São Paulo – a região do Vale do rio Ribeira (Brasil, 1979a; Brasil, 1979b).

Na seqüência, a extensão das ações de saúde através dos serviços básicos é a orientação consagrada na VII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1980. O Programa de Serviços Básicos de Saúde – PREV-SAÚDE seria o programa axial das ações de saúde do governo, de caráter interministerial, em função do qual se deveriam orientar todos os programas e atividades do Ministério da Saúde (Souza, 1980). Assim, a ação do Ministério da Saúde estaria orientada para a implantação e desenvolvimento do Programa de Serviços Básicos de Saúde, com cobertura universal e sob a responsabilidade direta do setor público, sem prejuízo da existência de um setor privado independente. O conceito de serviços básicos de saúde é destacado como o conjunto integrado de serviços prestados às pessoas, às comunidades e à melhoria do meio ambiente, necessário à promoção da saúde, prevenção de doenças, tratamento das afecções e traumatismos mais comuns e reabilitação básica (Souza, 1980).

Várias são as versões elaboradas do PREV-SAÚDE entre 1980 e 1981, as quais, entretanto, não chegam a se concretizar.

O processo, entretanto, que resulta nessas propostas proporciona a organização de vários segmentos da sociedade, dos profissionais de saúde, dos dirigentes do setor, de parlamentares. Colocam-se, então, as bases e desenvolvem-se as raízes de um movimento, de uma seqüência de discussões, propostas e articulações que, canalizadas para a 8ª. Conferência Nacional de Saúde, resultam em definições concretas no sentido da reorganização das práticas de assistência à saúde no Brasil.

As Estratégias: o Processo e os Resultados

O Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde – PPREPS

Começa a travessia...

O ano de 1974 aparece como aquele em que começa a ser escrita uma nova tendência para a formação profissional em saúde no Brasil. Na realidade, um momento de importante inflexão, em que a educação profissional em saúde dá os primeiros passos e se prepara para assumir o *status* de política pública, ordenada em comum acordo pelo setor saúde e o setor educacional.

Nesse cenário, um Grupo de Trabalho Interministerial – integrado por representantes do Ministério da Saúde, do Ministério da Educação e da Organização Pan-Americana de Saúde –, instituído pelo Ministério da Saúde dentro do Acordo de Cooperação Técnica, é incumbido de estudar a questão dos recursos humanos da área da saúde do país – situação e perspectivas – e de propor soluções, tendo em vista as proposições de políticas públicas do II Plano Nacional de Desenvolvimento – II PND, 1975-1979. Ao trabalho desse grupo relaciona-se o nascimento da proposta PPREPS (Macedo et al., 1980).

Pela primeira vez na história do Brasil, um documento oficial, o Relatório Final do Grupo de Trabalho, aponta importantes distorções na oferta e na disponibilidade de pessoal de diferentes categorias profissionais, uma desarticulação entre os sistemas de produção/formação e o sistema utilizador de recursos humanos, ou seja, apresenta questões que se conformam como problemas face às diretrizes das políticas de governo: as estratégias para a extensão de cobertura pelos serviços de saúde e a organização do Sistema Nacional de Saúde (Macedo et al., 1980). As sugestões propostas pelo Grupo apontam para um programa “destinado a cobrir 3 grandes áreas de ação: o planejamento de recursos humanos; a preparação direta de pessoal; e o apoio à preparação e distribuição estratégica de pessoal de saúde” (Macedo et al., 1980).

Com esse documento e nesse momento, são plantadas as sementes de um dos mais importantes processos de que o país tem notícia no sentido de contribuir para a formulação de uma política de recursos humanos para o setor saúde, em

especial, para a educação profissional e inserção e, por conseqüência, para a cidadania dos trabalhadores.

Aprovado o relatório pelas instituições envolvidas, é constituída a Comissão de Coordenação do recém-criado programa, formada por representantes dos ministérios referidos e da OPS/OMS, presidida pelo Secretário Geral do Ministério da Saúde. Um Grupo Técnico Central – composto por 4 técnicos nacionais e um internacional – é encarregado da coordenação e da cooperação técnicas entre projetos integrantes do programa. Um dos integrantes designados pelo Ministério da Saúde para integrar o Grupo – a enfermeira sanitária e educadora Izabel dos Santos – exerceria, a partir de então, uma grande influência nos rumos da formação dos trabalhadores de nível médio e elementar em saúde no país.

O PPREPS inicia suas atividades em 1976, visando a “promover a adequação (quantitativa e qualitativa) da formação de pessoal de saúde às necessidades e possibilidades dos serviços, através da progressiva integração de capacitação na realidade do Sistema de Saúde” (Macedo et al., 1980).

Três são os principais objetivos a serem perseguidos, inter-relacionados, em médio e longo prazos, através de um conjunto articulado de ações, no sentido de “adequar, progressivamente, a formação de recursos humanos para a saúde aos requerimentos de um sistema de serviços, com cobertura máxima possível e integral, de acordo com as necessidades das populações respectivas e as possibilidades das diversas realidades que o país apresenta”:

- Treinamento,
- Integração docente-assistencial e
- Sistemas de Desenvolvimento de Recursos Humanos para a Saúde.

O Treinamento: preparar, em massa, pessoal de nível médio (técnico e auxiliar) e elementar para cobrir os *déficits* existentes e as necessidades previstas, tendo em vista a extensão de cobertura e a melhoria dos serviços. Inicialmente, é estimado um contingente, para capacitação, de cerca de **170 mil pessoas** em todo o país, o que inclui tanto os trabalhadores já em atividade nos postos e centros de saúde, como o pessoal em processo de admissão para o novo programa.

Entre as estratégias definidas para atingir esse objetivo, encontram-se algumas que propiciam importantes reflexos na formação de pessoal de nível técnico em saúde no país:

- Ampla articulação e cooperação interministerial;
- Aproveitamento da capacidade instalada e das iniciativas em implementação;
- A consideração das secretarias estaduais como instituições nucleares para a organização do Sistema Nacional de Saúde;
- Apoio à elaboração e à implementação de projetos globais de treinamento para todo o sistema estadual de saúde;

- A exploração e o aproveitamento das formas de intercomplementaridade saúde-educação e dos mecanismos de educação profissionalizante por via regular ou supletiva;
- A capacitação de agentes comunitários leigos não pertencentes a quadros institucionais dos serviços de saúde;
- A ênfase no treinamento integrado ao serviço, de caráter polivalente, na utilização de instrutores/supervisores de nível médio e no desenvolvimento de metodologias educacionais correspondentes.

Pelo segundo objetivo, a **integração docente-assistencial**, o PPREPS propõe-se a apoiar a constituição, implementação e funcionamento de 10 regiões docente-assistenciais para uma cobertura final de 15 a 20 milhões de habitantes. A criação dessas regiões objetiva, ainda, a experimentação de modelos, métodos e procedimentos que viabilizem **a regionalização dos serviços e a articulação técnica e administrativa entre as múltiplas instituições do setor**, passíveis de aplicação em outras regiões.

Já o terceiro objetivo, apoiar o estabelecimento de **Sistemas de Desenvolvimento de Recursos Humanos para a Saúde** em cada estado da federação, integrados aos sistemas de planejamento setorial respectivos, busca ajudar a criação de mecanismos que assegurem o desenvolvimento de RH em saúde, como parte integrante das atividades permanentes dos Sistemas de Educação e de Saúde. Além disso, os Sistemas de Desenvolvimento de RH estaduais para a saúde aparecem como os principais instrumentos técnico-operacionais do PPREPS.

Esses objetivos, posteriormente, transformam-se em linhas de intervenção prioritárias do Ministério da Saúde. Assim é que, no início dos anos 80, uma das principais atividades definidas para a Secretaria de Recursos Humanos da Secretaria Geral do Ministério da Saúde é o apoio à estruturação dos Órgãos de Desenvolvimento de Recursos Humanos das Secretarias Estaduais de Saúde e a cooperação técnica para que estas estruturas possam elaborar e efetivar Planos Globais de Desenvolvimento de Recursos Humanos para cada um dos estados. O atendimento aos planos estaduais é realizado através de várias operações, entre as quais:

Cursos de qualificação profissional de 1º. grau – A maior demanda de treinamento é representada pelas categorias de nível de instrução primária, tanto os trabalhadores já empregados, tendo em vista a realização de novas atividades – atendente de enfermagem, parteiras empíricas, auxiliares de saneamento –, quanto os novos agentes comunitários recrutados. Esse contingente de trabalhadores é qualificado através da realização descentralizada de cursos de capacitação em serviço, utilizando, ao máximo, o pessoal local como instrutor/supervisor;

Cursos de qualificação profissional de 2º. grau – Usados para a capacitação das categorias de nível médio necessárias à implantação dos programas de extensão de cobertura de serviços de saúde, entre eles o PIASS, tais como visitadoras

sanitárias, auxiliares de saneamento, auxiliares de laboratório, agentes de administração, entre outros.

“Embora essas categorias profissionais constituíssem clientela natural da rede de ensino regular e supletivo do sistema de educação, nesta fase de emergência, encarregou-se delas o Setor Saúde, levando em conta o estabelecido em Lei sobre a matéria” (Macedo et al., 1980).

Macedo, Santos & Vieira (1980) especificam as principais características desses cursos, as quais evidenciam o processo de construção das estratégias:

- os cursos são realizados nas sedes das regionais ou em capitais que dispõem de infra-estrutura de serviços de saúde e de recursos humanos para o desempenho das funções de instrutor/supervisor;
- a titulação das habilitações é garantida por dois mecanismos: no caso de aprovação prévia dos cursos pelo sistema educacional, a titulação dá-se mediante avaliação dos alunos no próprio processo de formação. Para os cursos que não dispõem de autorização prévia, a titulação é viabilizada, após a conclusão dos cursos, por realização de exames de suplência profissionalizante;
- os cursos seguem um cronograma que prevê um período em que os alunos permanecem concentrados na unidade-sede do treinamento e outro, descentralizado, em diferentes unidades de saúde;
- os conteúdos programáticos são ministrados de forma eminentemente prática; em alguns projetos, as cargas horárias definidas como necessárias para determinada categoria profissional são cumpridas em estrutura modular, alternando períodos de concentração e períodos de prática descentralizada, na unidade de saúde sede do treinando, o que contribui, segundo os autores, para adequação dos conteúdos programáticos às reais necessidades dos serviços e, ainda, propicia a participação dos alunos em sua reformulação;
- a insuficiente disponibilidade quantitativa e qualitativa de pessoal de nível superior para exercer as funções de instrutor/supervisor do pessoal de nível médio e elementar, na rede de serviços, é enfrentada com a utilização de vários mecanismos como seminários, encontros e jornadas, estágios em unidades de serviço da rede de prestação de serviços de saúde e cursos específicos de capacitação para a função docente. Esses últimos incluem aspectos de pedagogia e didática e conteúdos técnicos, em um enfoque de treinamento em serviço. Em alguns estados, esses cursos são assumidos por instituições acadêmicas.

O PPREPS começa a ser implantado no ano de 1976 e abrange 16 projetos (Macedo et al., 1980), dos quais 11 de Treinamento e Desenvolvimento de RH para a saúde, sob a responsabilidade das Secretarias Estaduais de Saúde. Nesses projetos, as metas de capacitação são estabelecidas a partir das necessidades de operação dos serviços de saúde e, principalmente, do PIASS, que, nessa época, está sendo implantado em toda a região Nordeste do país.

No período, são capacitadas 38.548 pessoas, sendo 19.029 de nível elementar, 10.771 de nível médio e 8.748 de nível superior.

A capacitação de pessoal para o PIASS promove e possibilita ao PPREPS a experimentação de novos enfoques e, como conseqüência, a obtenção de modelos de desenvolvimento de RH alternativos às práticas tradicionais das Secretarias de Estado de Saúde. Até o começo de execução do PPREPS, a preocupação das Secretarias Estaduais de Saúde com o desenvolvimento de recursos humanos volta-se apenas para treinamentos, segundo necessidades imediatas e demandas surgidas na operação dos serviços.

Com a implantação do PIASS, as Secretarias são desafiadas a recrutar pessoal, selecionar, capacitar, pôr em serviço e supervisionar grande número de profissionais de distintos níveis, em regiões diferentes, simultaneamente.

“Embora as metas quantitativas previstas pelos projetos fossem bastante desafiadoras, evitou-se a utilização de tecnologias educacionais já consagradas, para este fim, em outros setores de atividade, porém exóticas ao meio em questão. Optou-se por alternativas em que as atividades de treinamento não constituíssem um fim, mas um mecanismo que, além de cumprir sua função específica naquele nível, também proporcionasse oportunidades, a todos os participantes no processo, de analisar criticamente as propostas vigentes nos serviços de saúde e de desenvolvimento de recursos humanos em face das reais necessidades da população a que serviam. Permitisse ainda a criação de novas tecnologias e a participação dos treinandos na construção de modelos alternativos de assistência” (Macedo et al., 1980).

Desenvolvem-se, assim, as raízes, formulam-se os princípios e as bases que norteiam o esforço de concepção desse grupo de trabalho, ou seja, o tripé em que se assentam as estratégias de preparação de pessoal de nível médio para a saúde: a organização dos serviços de saúde para garantir o acesso da população, o direito do usuário ao consumo de serviços de saúde com qualidade e sem riscos e, para o trabalhador, uma qualificação profissional que lhe permita reconhecimento profissional, competição no mercado de trabalho e/ou inserção em planos de cargos e salários, nas secretarias estaduais e municipais de saúde.

Graças ao apoio aos estados, é possível desenvolver aí tecnologias para diagnóstico de estoques e necessidade de pessoal; definição de perfis profissionais e conteúdos educacionais; desenhos de currículos e incorporação de novas metodologias de treinamento; aprimoramento dos processos de recrutamento e seleção, regionalização e descentralização das atividades de desenvolvimento de recursos humanos; identificação e aproveitamento das aberturas da legislação de ensino profissionalizante; modernização de processos administrativos, entre outros (Macedo et al., 1980).

No apoio à política de saúde, as proposições do PPREPS buscam, a um só tempo, equacionar os novos encargos decorrentes da política de extensão de cobertura por serviços de saúde, não comprometer a continuidade dos programas especiais e, a partir desta experiência concreta, estabelecer novos conceitos,

práticas e instrumentos de desenvolvimento de recursos humanos ajustados à realidade dos serviços e às necessidades da população.

Como seria de se esperar, atuando em realidades e contextos complexos e heterogêneos, as hipóteses iniciais de trabalho sofrem reinterpretações em cada um dos estados; mecanismos foram trabalhados para alcançar respostas técnicas viáveis politicamente em cada um deles.

As reflexões e avaliações desenvolvidas pelo grupo do PPREPS em relação ao trabalho executado identificam avanços, dificuldades, insuficiências e apontam possibilidades e caminhos. Entre os mais importantes avanços possibilitados pelo desenvolvimento do PPREPS, além da produção do conhecimento, do espaço para reflexão, discussão e articulação, do desenho das estratégias, da difusão destas estratégias, cabe ressaltar a montagem das bases para uma articulação interministerial tendo em vista a viabilização da política do setor saúde e da política de recursos humanos.

“A cooperação interinstitucional e intersetorial colocava-se cada vez mais como imprescindível para o cumprimento dos objetivos. Tornara-se indispensável que os setores de saúde e educação estabelecessem diretrizes claras, no âmbito federal, para a formação de pessoal auxiliar e encetassem, conjuntamente, uma nova metodologia de capacitação nos estados, preferencialmente voltada para atendimento das necessidades de recursos humanos da rede de serviços básicos de saúde” (Ministério da Saúde, 1982).

O Larga Escala

*A travessia continua... as estratégias tornam-se mais
claras, se fortalecem... novos sujeitos se incorporam e
contribuem...*

*“As coisas que acontecem, é porque já estavam ficando
prontas, noutra ar, no sabugo da unha; e, com efeito, tudo é
grátis quando sucede, no reles do momento”.*

(Guimarães Rosa: Grande Sertão: Veredas)

A proposta de serviços básicos de saúde, como política de governo, proporciona a oportunidade de revisão das práticas de formação profissional para o setor e comprova os acertos do enfoque, das estratégias e dos modelos adotados pelo PPREPS para uma política de formação de pessoal de nível médio.

Segundo o Acordo para o Desenvolvimento de Recursos Humanos, firmado entre os três Ministérios – Saúde, Previdência e Assistência Social e Educação – e a Organização Pan-Americana de Saúde, em continuidade ao GTC do PPREPS, é constituído o Grupo Assessor Principal – GAP. O Grupo é integrado, em sua grande maioria, pelos mesmos técnicos que compunham o GTC do PPREPS. A enfermeira e educadora Izabel dos Santos se mantém no Grupo.

O trabalho e o desafio eram maiores agora.

“*Recursos Humanos para Serviços Básicos de Saúde*” é o primeiro documento originário desse Grupo e apresenta o conhecimento produzido no processo até então, os princípios referentes aos processos de capacitação para que melhor possam atender às aspirações profissionais e, ao mesmo tempo, às exigências de desempenho técnico na prestação de serviços de saúde. Esses princípios embasam a **Proposta de Formação em Larga Escala de Pessoal de Níveis Médio e Elementar para os Serviços Básicos de Saúde**, conhecida, a partir de então, como **Projeto Larga Escala** (Ministério da Saúde, 1982).

O Problema e suas Dimensões – Os Trabalhadores e suas Características

É sabido que o processo de educação brasileira, ao longo do tempo, marginalizou uma grande parcela da população. Essa parcela incorporou-se à PEA, buscando trabalho nos vários setores da atividade econômica e, sendo o setor saúde um dos empregadores mais ativos em momentos de crise, muitos destes trabalhadores que não tiveram qualquer acesso ao sistema formal de educação conseguiram emprego no setor.

Estudos realizados em 1979 apontam a existência de cerca de 300 mil trabalhadores empregados nos serviços de saúde, aproximadamente 50% da força de trabalho em saúde no país, os quais não dispõem de qualificação específica, embora desempenhem as mais diversas funções, tanto na prestação direta de assistência, nas várias áreas, quanto em processos administrativos. Essas ações, de natureza complexa, exigem capacidade de observação, de juízo e de decisão. A desqualificação para o trabalho acarreta muito mais do que a desqualificação da assistência, mas riscos imediatos para os usuários e para o próprio trabalhador.

“Consideramos, portanto, que re-organização da assistência e da prática, pautada em princípios éticos voltados para os problemas de saúde da população, passa necessariamente pela transformação dos atores e esta, no caso de pessoal de nível médio e elementar, só poderá ser realizada através da qualificação específica” (Santos & Souza, 1989).

Uma das questões mais agudas diz respeito às características desses trabalhadores. Por um lado, são pessoas adultas, já empregadas ou em processo de admissão nos serviços de saúde, dispersas geograficamente e, em sua maioria, com baixo grau de escolaridade, que atuam em hospitais, centros e postos de saúde situados, muitos deles, no interior do país, onde não existem estruturas educacionais que ofereçam o primeiro grau completo. Além disso, muitos desses trabalhadores, já em idade avançada, não apresentam condições para o retorno ou o ingresso em cursos regulares de educação geral. Continuam, entretanto, na prática assistencial, prestando, na maioria das vezes, assistência com risco à população e a si próprios. Contribui, ainda, para agravar a questão a insuficiente oferta de cursos profissionalizantes na área da saúde. Por outro lado, esses trabalhadores não possuem identidade de categoria profissional, o que os torna clientela cativa das instituições, sem possibilidade de mobilidade de emprego no território nacional nem de negociar a sua inserção ou o seu salário.

A necessidade de ampliar o acesso da população a serviços de saúde, representada, naquela ocasião, pela implantação dos programas de extensão de cobertura de serviços de saúde, evidencia imperiosa necessidade de preparar categorias de nível médio e elementar essenciais na prestação de serviços básicos de saúde: atendente, visitador sanitário/auxiliar de enfermagem, inspetor e auxiliar de saneamento, auxiliar de patologia clínica, auxiliar de radiologia médica, auxiliar de odontologia, assistente e auxiliar administrativo, auxiliar de informação e estatística e arquivo médico (Ministério da Saúde, 1982).

O Compromisso

“O compromisso foi a energia que me mobilizou por esses 25 anos” (Izabel dos Santos)

*“...toda ação principia mesmo é por uma palavra dada.”
(Guimarães Rosa: Grande Sertão: Veredas)*

Uma conversa informal com Izabel dos Santos possibilita uma melhor compreensão das razões pelas quais se dedica há 25 anos, integralmente, a esse objetivo, como um projeto de vida. Nesse tempo, e até hoje, falar do Larga Escala, de suas estratégias, desse processo social no país, é falar sobre a vida e o trabalho de Izabel dos Santos; é retomar a sua motivação: **um compromisso!**

Durante o desenvolvimento do PPREPS, em um dos estados da região Nordeste, estava ela a desenvolver um processo de capacitação quando uma atendente a aborda e coloca o seguinte pedido-desafio: “por que, em vez desses vários treinamentos, a senhora não dá um curso maior que eu receba um documento que eu possa chegar nos lugares e me apresentar como uma profissional para ter um emprego?”

Segundo Izabel, afloram aí as primeiras questões que instigam e orientam a sua motivação:

- 1º. “Como posso fazer para formar, sem tirar do trabalho, essa enorme quantidade de pessoas?”
- 2º. Como atender aos requisitos da educação formal?
- 3º. Essas pessoas que não cursaram educação geral e não detêm as competências básicas, como fazer para que elas consigam percorrer um currículo formal?”

Os Desafios

As dificuldades que o grupo enfrenta, no caminho para cumprir esse compromisso, são de várias ordens. De início, o desafio que se coloca é, principalmente, de ordem tecnológica, pedagógica e se materializa na necessidade de produzir conhecimento, de desenvolver tecnologia, enfim, de construir caminhos para atender às três questões iniciais e muitas outras que surgem durante o processo.

Assim, em primeiro lugar, o desafio está na necessidade de **construir uma proposta metodológica** que possibilite a esses alunos-trabalhadores, que não tiveram acesso à educação geral, percorrer um currículo formal tendo em vista a formação e a conseqüente titulação. Em outros termos, conseguir uma proposta pedagógica que tenha por referência, no processo ensino-aprendizagem, em lugar do usual *como ensinar*, o contrário, ou seja, *o como as pessoas aprendem*, e mais, pessoas específicas, adultos, com também específicos esquemas de aprendizagem, já inseridos no processo produtivo e, por conseqüência, com um conhecimento sobre o seu trabalho.

Assim, a abordagem pedagógica a ser construída deve propiciar que esse novo conhecimento que se deseja aportar signifique algo para esse trabalhador, no desenvolver da sua prática. Para isso, a organização curricular terá que ser também específica e referenciada; o conhecimento não pode estar organizado por disciplinas, fragmentado, e sim integrado com o trabalho.

O processo demonstra que conceber essa metodologia, construir esse conhecimento não é fácil; implica muito esforço do grupo, muito estudo, muita pesquisa, muitas idas e vindas. Inúmeros são os aportes requeridos e os parceiros que se incorporam ao processo.

O desafio seguinte, que também implica produção de conhecimento, é relacionado às características da clientela e à impossibilidade de afastar esse enorme contingente de pessoas do trabalho para estudar, dado o prejuízo para o atendimento à população.

Até por essa razão, a formação profissional de nível médio para o setor está a exigir, além de **uma escola específica para a saúde, uma escola com determinadas especificidades**. Trata-se de uma escola que não pode excluir os que já foram excluídos. A condição para entrar no processo terá que ser apenas estar empregado, pois esse profissional precisa ser qualificado enquanto trabalha, sem a exigência de escolaridade prévia. Essa última condição vai ter importantes repercussões no conceber e desenvolver da proposta.

Nessa direção, o Grupo do Acordo de Desenvolvimento de Recursos Humanos debruça-se, em um enorme esforço, sobre exaustivos estudos da legislação educacional vigente, suas linhas e entrelinhas, sob a orientação de Izabel dos Santos, no sentido de identificar mecanismos que, atendendo às especificidades da clientela e garantindo o pleno funcionamento dos serviços, possam viabilizar a preparação dos trabalhadores para a prestação de uma assistência livre de riscos. Em outros termos, intenso é o trabalho desenvolvido na cooperação técnica Governo/OPS para a construção das possibilidades de profissionalização dos trabalhadores e de legitimação desse processo junto ao sistema educacional, possibilidades que passam por uma *escola-função*, cujo endereço seja o local onde estejam os trabalhadores e onde haja população necessitando de prestação de serviços. Nesse caso, as unidades de prestação de serviços de saúde têm que ser o *locus* privilegiado de aprendizagem e, coerentemente, o processo de avaliação também deve guardar estreita relação com a clientela e as necessidades de seu

trabalho, ou seja, deve dar-se no espaço de aprendizagem – e de prestação de serviços – não por mecanismos externos, mas sim pelo desempenho dos alunos, na prática do dia-a-dia.

O desenvolvimento dos estudos sobre a legislação educacional vigente indica que a modalidade de *ensino regular* não é a mais adequada, na medida em que ela se destina a alunos de 7 a 14 anos no ensino de 1º grau e a alunos de 15 a 18 anos no 2º grau, ou seja, está mais direcionada para uma clientela que busca a formação como requisito de entrada no mercado de trabalho ou na universidade e não para aquela que já está empregada.

A modalidade *ensino supletivo*, desse modo, destinada a adolescentes e adultos que não concluíram a escolarização regular, no todo ou em parte (Parecer n. 699/72), torna-se, sem dúvida, a opção adequada. Ainda mais que o Parecer 699/72 prevê, para essa modalidade de ensino, que “os cursos terão estrutura, duração e regime escolar que se ajustem às suas finalidades próprias e ao tipo especial de aluno a que se destinam”. Está, assim, garantida toda a base legal para a concepção da *nova escola*, com uma específica estruturação dos cursos e com um regimento escolar também específico.

Assim, a busca por alternativas que atendam às peculiaridades já mencionadas leva à concepção de uma metodologia e de um tipo específico de escola, baseada na legislação educacional que, por sua flexibilidade, permite a oferta de cursos descentralizados, o uso dos serviços de saúde como “*laboratório de práticas pedagógicas*”, o acompanhamento e a avaliação permanentes do processo ensino-aprendizagem, além de valorizar a integração ensino-serviço, fazendo com que teoria e prática se aproximem (Ministério da Saúde, 1982, Lei n. 5.692/71, Parecer 699/72).

Por sua vez, a necessidade de descentralização do processo de ensino-aprendizagem aponta a necessidade de buscar alternativas para a utilização plena, como instrutores, dos profissionais de nível superior empregados na rede. Aí, a intensificação de um outro desafio já identificado quando do desenvolvimento do PPREPS: a **inexistência, nos serviços, de pessoal de nível superior preparado para assumir as funções de instrutor/supervisor** nesse processo. Essa insuficiência refere-se tanto a aspectos pedagógicos quanto técnicos.

O desafio seguinte prende-se à **inexistência de material didático** para o nível médio. Só há material para o ensino superior.

Em síntese, **o Larga Escala**, este projeto político de inclusão social, **tem que contemplar 4 componentes**, considerados elementos de infra-estrutura que, baseados em princípios éticos de compromisso, de solidariedade, de democracia, de cidadania, conformam **as principais estratégias de formação de profissionais de nível médio em saúde** no país. Esse é um esforço inédito no país e na América Latina, sem precedentes.

“O Larga Escala, como exemplo de alternativa política para resolver o problema da qualificação profissional do pessoal de saúde de nível médio” (Santos & Souza, 1989), propõe:

1. uma escola específica para alunos-trabalhadores do setor saúde;
2. uma metodologia específica para o processo de ensino-aprendizagem desses alunos;
3. a preparação de instrutores/supervisores;
4. a preparação de material didático conforme a metodologia, tanto para os alunos quanto para os instrutores.

As Estratégias

As estratégias vão ficando claras, concebidas durante o processo. Embora tratadas separadamente, por requerer conhecimentos e aportes específicos, o processo de concepção se desenvolve concomitantemente.

Como **primeiro passo**, considera-se o esforço para a montagem de uma **proposta metodológica baseada na problematização** de situações de vida e trabalho dos alunos-trabalhadores, que lhes permita cursar o currículo formal, organizado especialmente para esta clientela. A característica principal da metodologia da problematização é a possibilidade de o aluno ir conquistando sua autonomia no pensar, na busca de apreender o conhecimento de forma contextualizada, com significado para a sua vida e o seu trabalho.

Nesse sentido, o grupo se dedicaria a “construir um currículo que permitisse a interação entre o sujeito da aprendizagem e o objeto a partir do seu referencial de percepção da realidade, sem negar seus conhecimentos de senso comum e sua experiência de vida, para construir novos conhecimentos mais elaborados e específicos, de acordo com a sua habilitação profissional” (Santos & Souza, 1989).

O **segundo movimento** implica duas providências:

- viabilização de espaço nas Secretarias Estaduais de Saúde para as atividades de capacitação, o que se relaciona com o projeto de estruturação do Órgão de Recursos Humanos, e
- a concepção da Escola da Saúde.

Tomando por base as possibilidades dadas pela legislação educacional para o 1º e 2º graus e as necessidades advindas das características da clientela e da prestação de serviços básicos de saúde, é concebida uma instituição educacional específica para o setor saúde, de caráter permanente, cujo mecanismo de articulação com o sistema educacional permita o desenvolvimento de programas para a habilitação das várias categorias profissionais necessárias ao setor: o **Centro Formador de Pessoal de Nível Médio para a Saúde**.

Essa é uma instituição de formação técnica, Centro Formador, futura Escola Técnica de Saúde, cujo regimento, aprovado pelo sistema educacional, em coerência com a proposta, terá que garantir:

- ensino multiprofissional, cobrindo as categorias profissionais necessárias à prestação de serviços de saúde;
- centralização dos processos de administração escolar – uma sede na capital do estado concentraria os registros e os documentos;
- descentralização da execução curricular, ou seja, ao invés de o aluno caminhar para a escola, a escola-função irá aonde o trabalhador se encontra; o processo de ensino-aprendizagem acontecerá dentro dos hospitais, nas regionais de saúde, nos serviços municipais;
- a utilização de profissionais de nível superior da rede de serviços como instrutores e
- o acesso de pessoal empregado ou em vias de admissão como alunos.

A idéia é que esses centros formadores sejam estruturados por estado e se constituam em espaços organizados para o desenvolvimento de materiais de instrução e a busca de conhecimentos para o avanço do processo de qualificação na área da saúde.

Em relação ao corpo docente, essa escola terá um núcleo pequeno de coordenação, mas todo o corpo docente será composto pelo pessoal do serviço.

O terceiro movimento: a capacitação dos docentes

A evidência de que não há pessoal de nível superior do serviço preparado para ensinar e, principalmente, ensinar nesse novo jeito orienta o enfrentamento de um novo desafio. Assim, de acordo com a proposta metodológica, para que possam exercer satisfatoriamente a função docente, há necessidade de uma preparação desses profissionais conforme os princípios da proposta, o que implica uma **capacitação pedagógica**, no sentido de romper padrões e concepções educacionais arraigados nesses profissionais.

Logo, desenvolve-se um grande esforço para a criação de um programa de capacitação pedagógica inicial que, através da reflexão crítica da prática pedagógica prevalecente, busca construir uma nova forma de atuar: ao invés de como ensinar, como as pessoas aprendem. A partir dessa capacitação, a própria prática se encarregará de consolidar a nova forma de ensinar.

Novamente, o processo indica que, para a inserção dos profissionais de nível superior na condição de instrutores/supervisores do pessoal de nível médio e elementar, há necessidade de recuperar e complementar os conhecimentos e habilidades específicas, ou seja, em virtude da inexistência de programas de educação continuada sistematizados nos serviços, torna-se evidente uma insuficiência na capacidade técnica dos profissionais para assumir a condição de instrutores.

A solução desse problema é o desafio seguinte do grupo. O grupo se propõe, então, a organizar **programas de educação continuada para os profissionais de nível superior da rede básica de saúde**, que consigam recuperar a competência técnica nas várias áreas: enfermagem, nutrição, odontologia, farmácia, administração, entre outras.

A idéia é evitar a dicotomia entre instrutores e prestadores de serviços – expressão da dicotomia entre quem sabe e quem faz –, o que inviabilizaria a própria proposta metodológica de integração ensino-serviço do projeto Larga Escala.

Para isso, é elaborado material didático para a Capacitação Pedagógica e para a Capacitação Técnica de Instrutores/Supervisores que atuam na rede básica: enfermeiros e cirurgiões dentistas.

As diretrizes e os princípios do processo orientam um trabalho com as universidades para que elas assumam o processo de educação continuada dos instrutores; no caso dos enfermeiros, as Escolas de Enfermagem. Isso não acontece exatamente conforme o planejado, mas a Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais assume integralmente esse tipo de educação para os enfermeiros que trabalham na rede básica de saúde do estado, desenvolvendo-o, inclusive, como curso de especialização.

Há, entretanto, **carência de material didático para pessoal de nível médio**. Para o projeto, essa é uma área crítica, devido às características da clientela. Assim, este é o **quarto esforço**: o de elaborar material específico, sob a forma de currículo integrado, que possa subsidiar o processo metodológico para várias habilitações de nível médio requeridas pelos serviços. Esse esforço começa pela enfermagem, principalmente pelo enorme contingente de trabalhadores, mas também pela exigência da Lei do Exercício Profissional que, promulgada em 1986, prevê o prazo de 10 anos para que as instituições empregadoras de pessoal de nível elementar de enfermagem – os atendentes – resolvam a questão dos seus trabalhadores sem qualificação específica, ou seja, para que passem a contar, nos seus quadros, apenas com profissionais, no caso, o auxiliar de enfermagem.

Assim, para apoiar a proposta metodológica, são elaborados os Guias Curriculares para formação do Auxiliar de Enfermagem na rede básica de saúde, formação do técnico de higiene dental e do atendente de consultório dentário.

Esse material elaborado pelo grupo é publicado pelo Ministério da Saúde e distribuído aos estados e municípios onde se concretizam e viabilizam as estratégias.

A Articulação, Difusão e Viabilização das Estratégias

Na verdade, esse processo é, a um só tempo, um esforço de concepção, produção de conhecimentos e de estratégias, e difusão de idéias, busca de parceiros para a concretização das estratégias concebidas, articulação com os diferentes segmentos sociais envolvidos na viabilização da política de saúde.

Assim é que, enquanto se formulam esses mecanismos e estratégias, eles são difundidos, no dia-a-dia e em fóruns específicos; são assumidos e viabilizados em vários estados; novos parceiros se incorporam ao processo. Todo esse movimento resulta na inclusão das questões de formação de pessoal de nível médio e elementar na agenda da sociedade brasileira, em especial na dos trabalhadores e governo.

Março de 1986: em um cenário de Nova República, acontece a 8ª Conferência Nacional de Saúde (Conferência..., 1987), em Brasília, com o respaldo de ampla representatividade de todos os segmentos da sociedade brasileira, expressa na presença de cerca de 5.000 pessoas de todo o país (Conferência..., 1987).

A principal recomendação diz respeito ao fortalecimento dos estados e municípios a partir da integração, sob comando único, das diferentes instituições que prestam serviços de saúde – as públicas e as privadas contratadas. Esse processo, para sua efetivação, exigirá uma ampla Reforma Sanitária, cujas medidas de implementação deverão ser desencadeadas em curto prazo (Conferência..., 1987).

Uma outra recomendação orienta a realização, em outubro de 1986, da Primeira Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde, tendo como tema central Recursos Humanos Rumo à Reforma Sanitária Brasileira. Na oportunidade, os participantes propõem uma ação articulada entre o Ministério da Saúde, o Ministério da Educação e o do Trabalho para estudo das habilitações para a área da saúde aprovadas pelos Conselhos Federal e Estaduais de Educação. É também enfatizado que os conteúdos programáticos dos cursos e, por conseqüência, o perfil dos egressos dos cursos de nível técnico estejam de acordo com as necessidades do setor. São recomendações também dessa Conferência: um processo de formação descentralizado; o reconhecimento, fortalecimento e a ampliação dos *Centros Formadores/Escolas de Formação Técnica* destinados à qualificação profissional, de caráter multiprofissional, para as habilitações requeridas pela Reforma Sanitária; a utilização de metodologia que privilegie a integração ensino-serviço; a *adoção do Projeto Larga Escala* como o principal processo para formação de pessoal de nível médio e elementar já empregado nas instituições públicas de saúde e a extinção do exame de suplência como mecanismo de habilitação profissional para a saúde, na medida em que não atende, do ponto de vista dos serviços e da população usuária, aos requisitos básicos para aferição da capacidade técnica do habilitando (Ministério da Saúde, 1986).

Também como decorrência da 8ª CNS, é criada a Comissão Nacional da Reforma Sanitária – CNRS por Portaria Interministerial (Ministérios da Saúde, da Previdência e Assistência Social e da Educação), comissão que, “numa conjuntura política de transição, é representativa dos diferentes setores da sociedade brasileira e do Estado e tem a incumbência de formular propostas para o reordenamento institucional e jurídico do sistema de saúde no país” (Conferência..., 1987).

O trabalho do Grupo de Recursos Humanos da CNRS, bastante abrangente, contextualiza e amplia as proposições apresentadas na 8ª CNS e na 1ª Conferência

Nacional de RH relacionadas com a distribuição, formação e inserção dos profissionais de saúde, na perspectiva da Reforma Sanitária Brasileira.

Em documento específico, retoma os princípios básicos que norteariam, segundo os participantes desses fóruns, o equacionamento e o enfrentamento das questões relacionadas com a formação/preparação de recursos humanos, entre os quais o da integração ensino-serviço como única forma capaz de compatibilizar a formação e as necessidades do novo serviço de saúde, compreendidas como necessidades de enfrentamento das demandas epidemiológico-sociais.

No que diz respeito ao pessoal técnico de nível médio, entre as proposições principais, a CNRS reafirma como estratégicas a necessidade de reconhecimento e fortalecimento dos Centros Formadores/Escolas Técnicas de Saúde destinados à qualificação, de forma descentralizada, das diferentes categorias de profissionais necessárias à prestação de serviços de saúde, a adoção do Projeto Larga Escala e a extinção do exame de suplência como mecanismo de habilitação profissional para a saúde.

A preocupação com a formação de pessoal de nível técnico, em especial a formação dos trabalhadores dos serviços públicos de saúde, começa a aparecer com mais ênfase nos planos de ação do Ministério da Saúde. Documento de 1991 discute os desafios colocados pelas mudanças no sistema de atenção à saúde no país, na perspectiva do SUS, apresentando como linhas prioritárias de ação para a Coordenação Geral de Política de Recursos Humanos o *apoio à profissionalização dos servidores de nível elementar* para o exercício da assistência à população e o apoio a estados e municípios para a elaboração e implantação de Planos de Carreiras, Cargos e Salários para os seus servidores.

Ainda segundo o documento, o cumprimento dessas linhas de ação passa pelo desenvolvimento de um processo de apoio e de cooperação técnica que inclui várias atividades e estratégias. Uma delas é a constituição do Grupo Técnico de Assessoramento à CGDRH/SUS para apoio à Profissionalização dos Trabalhadores da área da Enfermagem, integrado por atores que conformam o cenário no qual vem-se desenvolvendo o esforço da profissionalização: gestores do SUS – Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS e Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS; entidades de classe da Enfermagem – Conselho Federal de Enfermagem, Associação Brasileira de Enfermagem e Federação Nacional dos Enfermeiros; Organização Pan-Americana de Saúde.

O Grupo Técnico tem como finalidades: discutir o processo de profissionalização do pessoal de nível elementar da enfermagem; definir diretrizes para o processo; analisar e sugerir alternativas para a execução dos projetos de profissionalização nos diferentes estados e municípios; identificar mecanismos de apoio a estes projetos e avaliar os resultados do processo.

Em setembro de 1993, acontece a 2ª Conferência Nacional de Recursos Humanos, organizada pela Comissão Intersetorial de Recursos Humanos do

Conselho Nacional de Saúde, que tem como tema central Os Desafios Éticos nas Políticas de Recursos Humanos frente às Necessidades de Saúde. A Conferência conta com mais de 1.000 participantes, representantes de todos os segmentos sociais envolvidos na viabilização da política de saúde: governo federal, estadual e municipal, prestadores privados de serviços de saúde, trabalhadores de saúde e usuários dos serviços. As principais recomendações reforçam e ampliam as propostas anteriores relacionadas com a formação de nível técnico, enfatizando a descentralização dos processos de formação dos trabalhadores sem formação específica, o enquadramento destes trabalhadores em Planos de Cargos, Carreiras e Salários, a adoção de mecanismos de articulação entre os setores de saúde e de educação para que os trabalhadores de saúde possam completar a escolaridade geral de 1º grau, a adoção do Larga Escala e a implantação de Centros Formadores/Escolas de Formação Técnica de Saúde nas Secretarias Estaduais de Saúde.

Já nesse momento e a partir daí, a temática de formação profissional de nível médio para o SUS integra a agenda de todos os dirigentes da Coordenação de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS do Ministério da Saúde como um componente privilegiado para o investimento de esforços (Ministério da Saúde, 1995; Ministério da Saúde, 1996b).

Documento do Ministério da Saúde do início de 1997 analisa que, apesar de muitas dificuldades, graças aos muitos e muitos parceiros que se identificaram com o projeto e se incorporaram ao processo, há um saldo bastante positivo: as diretrizes, os conhecimentos e o material produzido, as parcerias, as articulações. “Acresce-se a isso a existência de 26 Centros Formadores/Escolas de Formação Técnica em Saúde e cerca de 70 mil servidores já formados ou em processo de formação, números expressivos, porém insuficientes, face ao universo a ser preparado para que a população tenha acesso a serviços de qualidade. Cabe destaque ao fato de que esse esforço esteve voltado preferencialmente para os servidores do setor público. Os trabalhadores dos serviços privados de saúde ainda não foram contemplados” (Silva, 1997).

Na segunda metade da década de 90, com a proximidade de extinção do prazo concedido pela Lei do Exercício Profissional da Enfermagem para regularizar a situação do atendente, os trabalhadores do setor reivindicam medidas concretas que lhes permitam o acesso ao processo de profissionalização.

Por um lado, os gestores do SUS e os prestadores privados de serviços de saúde estão sob a fiscalização dos Conselhos Regionais de Enfermagem para que obedeçam à referida Lei. Por outro, os atendentes têm duas alternativas: ou fazem o curso para Auxiliar de Enfermagem por conta própria, em instituições privadas que começam a ser criadas com esta específica finalidade, ou se mantêm como estão e se arriscam a perder o emprego. Às reivindicações do servidor do setor público, aliam-se aquelas dos trabalhadores do setor privado, cuja situação é ainda mais instável no referente à manutenção do emprego.

Como uma outra vertente, aguça-se o interesse da imprensa pelas condições de funcionamento dos serviços de saúde e a sociedade começa a reivindicar melhor atendimento a sua saúde, nos ambulatorios e hospitais públicos e privados.

A profissionalização dos trabalhadores sem qualificação específica é um dos temas centrais do 3º Encontro de Dirigentes Sindicais e Trabalhadores da Saúde, organizado pela Federação dos Empregados em Estabelecimentos de Serviços de Saúde do Estado de São Paulo, que ocorre no início de 1996 e reúne cerca de 2.000 trabalhadores. Ao evento comparecem representantes dos Ministérios da Saúde, da Educação e Desporto e do Trabalho, ocasião em que se apresenta a prioridade de governo para esse processo.

Na seqüência, a Federação elabora o *Educação na Saúde: projeto concreto*, que é encaminhado aos ministérios envolvidos (Silva, 1997).

Em junho do mesmo ano, o Conselho Nacional de Saúde, com o apoio do Grupo do Acordo Interministerial – Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS – do Ministério da Saúde, Ministério da Educação e do Desporto e Organização Pan-Americana de Saúde, realiza uma Oficina de Trabalho, com a participação de representantes dos diferentes segmentos da sociedade brasileira envolvidos com o assunto. Essa Oficina tem como objetivos:

- ampliar a análise da situação com entidades e organizações da Enfermagem e dos Centros Formadores/Escolas Técnicas de Saúde e
- propor estratégias e medidas que, em curto prazo, possam resolver o impasse do momento e definir bases e diretrizes para um programa de qualificação desses trabalhadores de saúde.

As recomendações da Oficina quanto ao processo de profissionalização, além de confirmar as estratégias já concebidas e em desenvolvimento, avançam em uma questão crucial: o financiamento. Assim, os participantes da Oficina recomendam ao governo que sejam assegurados recursos específicos para a implantação dos projetos de profissionalização:

- do Ministério do Trabalho: recursos do Fundo de Amparo ao Trabalhador – FAT;
- do Ministério da Educação e do Desporto: incluindo os Centros Formadores/Escolas Técnicas de Saúde existentes no país como beneficiários dos recursos financeiros do convênio com organismos internacionais cujo objeto seja a profissionalização de trabalhadores;
- do Ministério da Saúde: definindo, na NOB/96, o Índice de Valorização de Recursos Humanos – IVRH, com o percentual a ser destinado ao nível médio (1%) e o percentual para o nível superior (1%) (Ministério da Saúde, 1996a).

Mais do que simples recomendações de uma oficina, as propostas acima expressam, ainda que timidamente, os frutos de um processo competente e comprometido de construção, de difusão, de articulação.

Cabe lembrar que, nessa ocasião, em termos de políticas oficiais, o Plano *Brasil em Ação*, do governo federal, mostra o empenho governamental na ampliação das oportunidades de emprego e educação, e importantes programas e projetos neste sentido são divulgados:

- do Ministério da Educação: prioridade para o *Ensino Fundamental*, *Educação para a Qualidade no Trabalho* e *Democratização da Educação Profissional*;
- do Ministério do Trabalho: *Programa Nacional de Qualificação Profissional*.

O Processo Continua...

Em novembro de 2000, concretiza-se uma importante etapa para o avanço desse projeto social: portaria do Ministro da Saúde, considerando a necessidade de fortalecimento da formação de pessoal de nível médio para a saúde, institui a Rede de Escolas Técnicas de Saúde e Centros Formadores vinculados às instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde (RET-SUS), com os seguintes objetivos:

- “compartilhar informação e conhecimento;
- buscar soluções para problemas de interesse comum;
- difundir metodologias e outros recursos tecnológicos destinados à melhoria das atividades de ensino, pesquisa e cooperação técnica, tendo em vista a implementação de políticas de recursos humanos de nível médio em saúde;
- promover a articulação das instituições formadoras de trabalhadores de nível médio em saúde no país, para ampliar sua capacidade de atuação em sintonia com as necessidades ou demandas do SUS” (Ministério da Saúde, 2000).

Para desenvolver as atividades, a RET-SUS conta com uma Comissão Geral de Coordenação e uma Secretaria Técnica. A Comissão Geral de Coordenação é responsável pela condução político-administrativa da Rede, inclusive aprovação do Plano Anual de Trabalho, e é constituída por representantes do Ministério da Saúde – Coordenação Geral da Política de Recursos Humanos da Secretaria de Políticas de Saúde e Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área da Enfermagem, PROFAE, da Secretaria de Gestão de Investimentos, do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde – CONASS, do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS, da Organização Pan-Americana de Saúde – OPAS/Representação do Brasil – e das escolas e centros integrantes da Rede. Já a Secretaria Técnica está instalada na Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, da Fundação Oswaldo Cruz/MS. Os recursos técnicos e financeiros necessários ao financiamento das atividades são garantidos pelo Ministério da Saúde: Secretaria de Políticas de Saúde e Secretaria de Gestão de Investimentos, e pela OPAS, conforme estabelecido na programação de cooperação técnica da Representação do Brasil.

E a Travessia Continua... Uma Parada para Reflexão

Uma pequena reflexão sobre a travessia, sobre o movimento desencadeado nesses 25 anos de trabalho, evidencia que o PPREPS cumpre sua função ao despertar um movimento, ao desencadear articulações e parcerias e colocar as bases para um amplo processo de inclusão.

Na seqüência, a construção, a viabilização de um processo social, isto é, o Larga Escala.

Para o setor saúde que, até então, ou melhor, até hoje, tem uma tradição de não integrar, não aproveitar, não valorizar nem incorporar o conhecimento já produzido, o PPREPS destoa; significa o início de um processo de parceria, de soma de esforços, uma abertura de caminhos. Ao focar a área de Recursos Humanos como estratégica para a viabilização da política setorial, inicia um trabalho no sentido de imprimir dignidade à área de Recursos Humanos de Saúde, de produzir e difundir conhecimentos para este complexo campo.

Como em todo processo social, no Larga Escala, as proposições básicas, as suas principais estratégias tornam-se passíveis de diferentes graus de recomposição, tanto em nível federal quanto nos diferentes estados, na dependência das características dos grupos envolvidos e dos movimentos ocorridos na implantação.

Assim, no próprio nível central, tanto federal quanto das secretarias de estado, a ênfase dirigida ao desenvolvimento do processo tem altos e baixos. Muitas vezes, o esforço de concepção era interrompido ou substituído por um esforço para superar conceitos e preconceitos. Superar conceitos e preconceitos decorrentes de concepções sobre o homem e suas possibilidades/necessidades de aprendizagem, de inserção social, de cidadania, concepções sobre organização e qualidade da assistência à saúde, bem como concepções mais burocratizadas sobre a função do gestor federal do SUS e do processo de cooperação técnica com estados e municípios para o desenvolvimento das estratégias.

Esses conceitos, essas concepções orientam posicionamentos, opções sobre a viabilização de processos de formação, de educação continuada ou, como alternativa, de treinamentos emergenciais e parcelados. Um dos principais preconceitos diz respeito à capacidade e às possibilidades de trabalhadores adultos, já com uma certa idade, aprender e incorporar o aprendizado à prática. Um outro questiona a necessidade ou pertinência de processos de capacitação mais longos – ou mesmo de formação – na medida em que são tarefas muito simples a serem executadas; os trabalhadores de nível médio e elementar precisam, apenas, aprender a fazer.

Por um lado, em vários momentos, conforme se viu, o Ministério da Saúde assume o processo, já que é integrante do Acordo, articula, convoca, viabiliza apoio técnico e financeiro ao processo nos estados, inclusive garantindo consultorias para a revisão, viabilizando a publicação e distribuição de material didático para as

unidades federadas onde se desenvolvem os cursos. Já em outros, concepções arraigadas sobre processo ensino/aprendizagem, sobre funções do setor saúde e do setor educacional orientam um estancamento desse apoio e até um retrocesso como, por exemplo, a destruição do material didático elaborado e editado. Essa última realidade expressa a negação de um papel indutor e até de um mandato constitucional – ordenar a formação de recursos humanos para a saúde – que o gestor federal do SUS, certamente, teria que ter sobre o processo.

Já o grupo condutor do processo vai-se desenvolvendo com ele; outros sujeitos e atores sociais se incorporam, vários aportes vão-se somando, estudos vão sendo desenvolvidos, as variáveis, os elementos, os desafios vão-se tornando mais claros, um conhecimento vai-se estruturando e um espaço de discussão e de concepção vai sendo garantido e ampliado. Tudo isso orientado pelo compromisso de garantir uma assistência livre de riscos à população e identidade a um segmento de trabalhadores anteriormente excluído.

Quanto aos recursos financeiros, estes foram e são um eterno problema. A decisão política de formar profissionais de nível médio para a saúde e sua expressão em alocação de recursos financeiros para o processo em sua infra-estrutura são, em geral, insuficientes e, muitas vezes, inexistentes. Exceções são alguns gestores, em espaços e momentos específicos. Muitas vezes, recursos conseguidos com dificuldade para os Centros Formadores, sob várias alegações, são alocados em projetos para profissionais de nível superior, cuja visibilidade é maior, ou até para outras finalidades. Essa é uma dificuldade real com que o processo se defronta. Recursos orçamentários dos ministérios envolvidos, do Acordo Interministerial, nem sempre com fluxo regular, da própria OPAS/Representação do Brasil e outros foram e são muito importantes.

Nesse sentido, o Acordo de Cooperação Técnica Brasil/PNUD – projeto BRA/90-032 – Desenvolvimento Institucional do Ministério da Saúde – Projeto Nordeste – Acordo de Empréstimo BIRD 3135/BR, desde o seu início, garante importantes recursos para a formação de pessoal de nível médio. Em alguns estados do Nordeste, onde houve decisão política, tais recursos apóiam decisivamente esse projeto. No nível central do Ministério da Saúde, através do componente de Desenvolvimento Institucional, esse recurso possibilita o financiamento de estudos e pesquisas, o acompanhamento e a assessoria aos projetos estaduais e é fundamental para a revisão, publicação e distribuição, para estados e municípios, de material didático para os instrutores/supervisores e para o processo de formação do pessoal.

Ao final da releitura desse movimento nacional, ao retomar a travessia, evidencia-se que os conhecimentos produzidos no desenvolver do PPREPS e do Larga Escala, a tecnologia desenvolvida, são difundidos, apropriados e incorporados, por todo o país, em um processo inédito.

Confirma-se, assim, que muitos são os avanços conseguidos nessa travessia, até este momento: o nível médio passa a ser visto pela sociedade, a sua problemática adquire visibilidade; as conferências de saúde e outros fóruns da

sociedade começam a incluir, na pauta, discussões sobre a formação dos profissionais de nível médio; o tema entrou na agenda da sociedade brasileira organizada.

Assim, as experiências do PPREPS e do Larga Escala, mais que resultados quantitativos, mostram um processo social de lenta e difícil maturação, tanto mais quanto esteja relacionado a situações institucionais complexas e contraditórias.

As articulações efetivadas no caminho para a institucionalização deste processo de formação e inserção dos trabalhadores nas secretarias de saúde, para a legalização/legitimação dessa formação junto ao setor formal de ensino e junto às entidades de classe, todo este movimento certamente deixa enormes raízes que influem, hoje, e vão continuar influenciando não apenas nos planos de educação profissional para a saúde, mas também, e principalmente, na formulação das políticas sociais, em especial aquelas propostas para as áreas de saúde, educação e trabalho.

Bibliografia

- BRASIL. Decreto n. 78.307 – 24 ago. 1976. Aprova o programa de interiorização das ações de saúde e saneamento no Nordeste e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 25 ago. 1976a. Seção 1.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Programa de interiorização das ações de saúde e saneamento do Nordeste*. Brasília, DF, 1976b. (Mimeogr.).
- _____. *Programa de interiorização das ações de saúde e saneamento – PIASS: anteprojeto para a expansão nacional do PIASS*. Brasília, DF, 1979a. (Mimeogr.).
- _____. *Programa de interiorização das ações de saúde e saneamento – PIASS: diretrizes e estratégias para 1979*. Brasília, DF, 1979b. (Mimeogr.).
- _____. Comissão Nacional da Reforma Sanitária. *Documentos III*. Brasília, DF, 1987.
- _____. Conselho Nacional de Saúde. *Pessoal de enfermagem sem qualificação profissional específica empregado no sistema de saúde no país*. Brasília, DF, 1996a. (Relatório de Oficina de Trabalho).
- _____. Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS. II Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde: Relatório final. *Cadernos de Recursos Humanos para a Saúde*, Brasília, DF, v.1, n.1, 1993.
- _____. Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS. *Política de recursos humanos para o SUS: prioridades e diretrizes para a ação do Ministério da Saúde*. Brasília, DF, 1995. RH SUS.
- _____. Portaria n. 1.298 – 28 nov. 2000.
- _____. Secretaria Executiva. *Linhas prioritárias de ação da coordenação geral de desenvolvimento de recursos humanos para o SUS*. Brasília, DF, 1991. (Documento de Trabalho). (Mimeogr.).
- _____. Secretaria Executiva. *Resenha das ações prioritárias da CGDRH/SUS*. Brasília, DF, 1996b.

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Geral. Secretaria de Recursos Humanos. *Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde: Relatório final*. Brasília, DF, 1986.
- _____. et al. *Recursos humanos para serviços básicos de saúde: formação de pessoal de nível médio e elementar pelas instituições de saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Centro de Documentação, 1982.
- CHRISTÓFARO, M. A. C. A organização do sistema educacional brasileiro e a formação na área da saúde. In: SANTANA, J. P., CASTRO, J. L. (Org.). *Capacitação em desenvolvimento de recursos humanos de saúde - CADHRU*. Brasília, DF: Ministério da Saúde. OPAS/Natal: UFRN/NESC, 1999.
- CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 5, 1975, Brasília, DF. *Anais...* Brasília, DF, 1975.
- CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 7, 1980, Brasília, DF. *Anais...* Brasília, DF, 1980.
- CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8, 1987, Brasília, DF. *Anais...* Brasília, DF: Ministério da Saúde, Centro de Documentação, 1987.
- DONNANGELO, M. C. F. *Aspectos da política social brasileira e da participação comunitária em saúde*. [s.l.], [19--]. (Mimeogr.).
- _____. *Relatório de Assessoria prestada à Divisão Nacional de Educação Sanitária sobre metodologia de educação no setor saúde*. [s.l.: s.n.], 1976. (Mimeogr.).
- _____. *Educação sanitária e políticas de saúde*. [s.l.: s.n.], 1976. (Mimeogr.).
- ELIAS, P. E. M. *Das propostas de descentralização da saúde ao SUS: as dimensões técnicas e político-institucional*. São Paulo; USP. Faculdade de Medicina, 1996. (Tese, Doutorado).
- MACEDO, C. G., SANTOS, I., VIEIRA, C. A. B. Uma experiência de formação de pessoal de saúde no Brasil. *Educación Médica y Salud*, Washington, DC, v.14, n.1, p. 62-75, 1980.
- NOGUEIRA, R. P., SANTOS, I. Formação de pessoal de nível médio na área da saúde. *Saúde em Debate*, Londrina, n. 12, p. 53-56, 1981.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE/Brasil. Ministério da Saúde/Brasil. Ministério da Educação e Cultura. *Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde - PPREPS*. Brasília, DF, 1977. (Mimeogr.).
- PELLEGRINI FILHO et al. *PIASS: o relato e a análise de uma experiência*. Brasília, DF, 1979. (Mimeogr.).
- REUNIÓN ESPECIAL DE MINISTROS DE SALUD DE LAS AMÉRICAS, 3, Santiago, 1972. *Plan decenal de salud para las Américas: información final*. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud, 1973. (OPAS - Doc. Oficial, 118).
- ROSAS, E. J. *A extensão de cobertura dos serviços de saúde no Brasil, PIASS: análise de uma experiência*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ. Escola Nacional de Saúde Pública, 1981. (Dissertação, Mestrado).
- SANTANA, J. P., CHRISTÓFARO, M. A. C. *Educação, trabalho e formação profissional em saúde*. 2001. Disponível na Internet: <http://www.pessoal.sus.inf.br/Temas/edc_trab_form_prof_em_saude.htm>.

- SANTOS, I., CHRISTÓFARO, M. A. C. A formação do trabalhador da área da saúde. *Divulgação em Saúde para Debate*, Londrina, n. 14, p. 49-52, 1996.
- _____, SOUZA, A. A. Formação de pessoal de nível médio pelas instituições de saúde: projeto Larga Escala, uma experiência em construção. *Saúde em Debate*, Londrina, n. 24, p. 61-64, 1989.
- SILVA, J. A. *Assistência primária de saúde: o agente de saúde do Vale do Ribeira*. São Paulo: Universidade de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública, 1984. (Dissertação, Mestrado).
- _____. *Relatório final de consultoria à Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS*. Brasília, DF: [s.n.], 1997.
- _____, DALMASO, A. S. W. *O agente comunitário de saúde: o ser, o saber, o fazer*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002.
- SÓRIO, R. E. da R. Educação e trabalho em saúde: perspectivas de debate sob os marcos legais da educação profissional. In: SANTANA, J. P., CASTRO, J. L. (Org.). *Capacitação em desenvolvimento de recursos humanos de saúde – CADHRU*. Brasília, DF: Ministério da Saúde; OPAS/Natal: UFRN/NESC, 1999.
- SOUZA, J A H. O modelo PIASS, sua programação e sua evolução para o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 7, 1980, Brasília. *Anais...* Brasília, 1980.

Legislação

- BRASIL. Lei n. 5.692 – 11 ago. 1971. Fixa diretrizes e bases para o ensino de 1º e 2º graus e dá outras providências. *Lex-Coletânea de Legislação e Jurisprudência*, São Paulo, v. 35, p.1114-1125, jul./set. 1971.
- BRASIL. Parecer n. 699 – 1972. Doutrina, filosofia e características do ensino supletivo.

6

PLANEJAMENTO E POLÍTICAS DE RECURSOS HUMANOS – REVISITANDO OS TEMAS ABORDADOS

6.1

DEPOIMENTO DE UM PLANEJADOR

Entrevista

José Francisco Nogueira Paranaguá de Santana

Realizada por

Ana Luiza d'Avila Viana e Hudson Pacífico da Silva

**Como o senhor descreveria o atual cenário de recursos humanos na área da saúde?
Quais são os principais desafios que se colocam nesse cenário?**

A agenda da política de recursos humanos de saúde no Brasil apresenta questões importantes por equacionar. Nela ressaltam temas relacionados às transformações mais recentes que vêm ocorrendo no mundo, com importantes reflexos nos países da América Latina e no Brasil, com relação às formas de contratação do trabalho, particularmente no tocante aos tipos de vínculo e aos mecanismos de remuneração, tanto no setor público como no setor privado. Mas acho que ainda se destacam elementos marcantes, que eu designaria como orgânicos ao modelo institucional e político do país. Apontarei alguns deles a seguir.

Um problema crônico do sistema de saúde brasileiro é a deficiência de pessoal qualificado na área da educação técnica. Aliás, em toda a América Latina, esse problema já era debatido desde o início da década de 70, tendo sido inclusive objeto de reunião especial de ministros da saúde em Santiago do Chile, em 1972, onde foram propostas metas para a formação de várias categorias profissionais. O sistema educacional brasileiro só investiu na qualificação técnica para a indústria e para a agricultura, mediante redes de escolas técnicas federais e através do sistema de parceria entre o governo e as confederações patronais – SENAI; no que diz respeito à formação de pessoal para as atividades do setor terciário, a predominância foi para as atividades comerciais propriamente ditas, através do SENAC. Na área da saúde, sempre houve uma deficiência muito grande de formação de pessoal.

Além da ausência do poder público, dois fatores ajudam a explicar a situação destes segmentos dos sistemas educacional e de saúde. De um lado, situa-se a clientela, que não tem capacidade de pagar pelos serviços educacionais: são jovens sem retaguarda familiar e econômica para sustentar seus estudos, que ingressam no mercado de trabalho exercendo ocupações independentemente de qualificação prévia e segundo as opções disponíveis a cada momento (até porque os diferenciais

de salários entre atividades de saúde e outras do setor terciário não são muito grandes). De outro lado, encontra-se a concepção da escola técnica, que ignora essas características do mercado de trabalho, formado por pessoas de origem social desprotegida e que necessitariam estudar: é uma escola voltada para o estudante profissional, com um currículo que não tem quase nada a ver com os problemas do trabalho, com docentes que não sabem atender trabalhadores estudantes.

Há uma assincronia histórica na atuação do poder público com respeito à demanda e oferta de pessoal técnico qualificado para a saúde. Ao tempo em que o governo ia assumindo responsabilidades na prestação de serviços, não houve um compromisso do sistema educacional com a formação de pessoal para este setor de serviços. Essa responsabilidade terminou recaindo sobre os próprios serviços, que improvisaram escolas para responder às necessidades críticas.

A esse respeito, torna-se indispensável resgatar uma iniciativa histórica que tem muito a ver com a cooperação técnica da OPAS no Brasil. Por volta de 1980, delineou-se um projeto educacional que tinha feições muito bem-definidas: a conformação de uma escola voltada para o trabalhador de nível médio, a concepção de um currículo que articulava os processos educacional e de trabalho e o treinamento de docentes para trabalhar nesta nova escola e com este novo currículo. Essa proposta, apelidada de Projeto Larga Escala, teve como promotora e difusora incansável a enfermeira Izabel dos Santos, que trabalhou no programa de cooperação técnica da OPAS, resultante de um acordo especial firmado com o governo brasileiro, implantado em 1975, com o propósito de promover o desenvolvimento de recursos humanos em escala condizente com as necessidades de qualificação de pessoal do país. Embora desde 1980 a CIPLAN – Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação – tenha aprovado essa estratégia para formação de pessoal de nível médio no país, esse projeto nunca recebeu investimentos adequados. Mesmo assim, foram criadas cerca de vinte escolas novas, com a concepção de “escola aberta”, que retinham suas funções nucleares de controle do processo pedagógico, mas cujo corpo docente era formado por pessoas que estavam no próprio serviço e recebiam uma capacitação pedagógica para o exercício desta função combinada de assistência supervisonal do trabalho e, ao mesmo tempo, orientação curricular dos alunos matriculados nestas escolas. Foram criados e implantados currículos que permitiam associar os temas tratados no curso aos problemas vigentes no trabalho.

Atualmente, a educação técnica em saúde no Brasil encontra-se numa fase intensiva de evolução, com a implantação do PROFABE – Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem. Deflagrado no ano de 2.000 e com uma duração de quatro anos, o projeto investirá 370 milhões de dólares, recursos oriundos de empréstimo junto ao Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), do Tesouro Nacional e do Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT). Essa iniciativa constitui, na essência, uma política pública diante de um problema de grande evidência, grande magnitude e grande prioridade para o sistema nacional de saúde. Embora o foco do PROFABE seja a formação do pessoal de enfermagem, algo em torno de 2/3 do pessoal de nível técnico, representa um

passo muito significativo na política de formação técnica na área da saúde em suas diversas habilitações, especialmente porque seu desenvolvimento está levando em consideração fatores que facilitarão o equacionamento de problemas nas demais áreas.

Consideremos agora um outro grande e antigo problema: a inadequação entre as possibilidades e as expectativas da formação profissional em realidades socioeconômicas tão díspares num país como o Brasil. O modelo vigente de formação profissional em saúde quiçá funcionaria sem tantas aberrações num contexto de distribuição de renda mais eqüitativa, no qual a maioria das pessoas tivesse capacidade de consumir os serviços prestados por profissionais liberais, o que corresponde à representação que se tem dos médicos e dentistas no imaginário coletivo. Só que a grande maioria das pessoas no Brasil não pode pagar médico nem dentista. Entretanto, paradoxalmente, o modelo educacional orienta-se para aquele perfil profissional, cuja realização no plano das expectativas pessoais e familiares, do ponto de vista da imagem corporativa e, por que não reconhecer, da própria sociedade, associa a imagem de sucesso a elevados rendimentos econômicos. Isso não é novidade, haja vista a histórica dificuldade dos hospitais e do sistema ambulatorial do setor público em contratar e manter esses profissionais. Mas adquire relevância como problema de saúde pública quando se pretende implantar uma política mais bem-definida de atenção primária, como é o caso do Programa de Saúde da Família (PSF), que não encontra respaldo no sistema educacional. Certamente a maioria dos nossos centros de saúde não tem pessoal porque se trata de um tipo de trabalho que não interessa ou não corresponde ao perfil para o qual os profissionais são formados. Médicos, enfermeiros, dentistas, psicólogos não são formados para trabalhar nas condições do sistema ambulatorial brasileiro e, portanto, não são formados para esse programa especial que foi desencadeado em 1995 e que se ressentiu exatamente desse problema até hoje.

O PSF tem criado as condições para que o problema seja mais visível, bem como ensejado seu encaminhamento, que passa pela conformação e consistência da demanda por um novo tipo de profissional, de forma que esta demanda seja suficientemente importante para reordenar o sistema educacional, que inclui, além das próprias escolas, os estudantes e suas famílias. Essa demanda também deve ser confiável, pois, enquanto pairar dúvida sobre a perenidade dessa política, o sistema educacional não se reorienta. Finalmente, é necessário associar atrativos de ordem material ou de interesse corporativo ao novo perfil profissional, além daqueles relacionados aos valores éticos e políticos de resgate do direito à saúde. Por essas razões, creio, além de atuar no campo da demanda, o PSF tem desencadeado iniciativas dirigidas diretamente às escolas, como a dos Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente em Saúde da Família e, mais recentemente, o PROMED, lançado pelo Ministério da Saúde em conjunto com o MEC, que é um projeto de incentivos para reorientação dos currículos das escolas médicas. Contudo, eu avalio que este tema, a constituição de um novo pacto entre os sistemas de saúde e educação, ainda vai demandar atenção, investimento e trazer preocupações para os gestores de ambos os lados.

Além das questões relacionadas à formação – cujos aspectos mais palpitantes comentei anteriormente –, existe um problema que está se avolumando e que não era percebido como tal até bem pouco tempo. Relaciona-se aos processos normativos ou regulamentares do exercício profissional, envolvendo diversas instâncias legais do país – Congresso Nacional, Assembleias Estaduais, Conselhos Profissionais, Ministério Público. Embora somente agora encontre-se na ordem do dia, eu diria ser esse um problema antigo que está se configurando como um desafio ante o qual não existem ainda iniciativas bem-definidas. Os gestores de saúde, que hoje admitem e até advogam maior responsabilidade nessa área, padeciam da inércia tradicional, da passividade nesse processo regulatório, quando o trato desses problemas não lhes competia. Embora reconheça que esses desafios estão sendo compartilhados e discutidos entre os vários atores interessados, eu ainda não consigo identificar iniciativas sistematizadas e promissoras a curto prazo.

Para encerrar essa apreciação inicial sobre o panorama de recursos humanos no setor saúde, gostaria de comentar um quarto problema, que não é peculiar ao sistema de saúde, pois corresponde a mudanças que estão ocorrendo nas formas de contratação do trabalho em todos os setores da sociedade, como parte do chamado processo de globalização. Eu diria que não é de todo uma novidade na área da saúde, na qual de longa data se praticam formas de contratação heterodoxas. O que surpreende na situação atual é a extensão do processo. Mesmo considerando que já se tinha experiência em fazer coisas estranhas no passado, hoje está muito mais disseminada a invenção de soluções “fora do esquadro”. Ao dizer que essas práticas já eram vigentes nos serviços de saúde, recorro o tipo de relação de trabalho estabelecida com médicos e dentistas pelo INAMPS, via Código 7. Era uma modalidade contratual que se resumia ao cadastramento de um profissional que prestava serviços, o qual preenchia um formulário quando efetivava tais serviços e tinha a remuneração correspondente depositada em conta bancária. Procedimento que, diga-se de passagem, era e é proibido por lei – transferir recursos públicos para entes privados sem a devida regulamentação mandatária. Em 1986, segundo levantamento feito pela própria direção do INAMPS, havia cerca de 70 mil médicos “contratados” por esse meio.

A questão em foco é que a composição do quadro de pessoal de praticamente todas as instituições do Sistema Único de Saúde, nas três esferas de governo, apresentou uma mudança radical ao longo dos anos noventa. Atualmente, predominam formas de contratação terceirizada, mediante alternativas muito diversificadas, em muitos casos “ao arrepio da lei”. Os dados sobre o principal programa de saúde pública do país, o PSF, enquadram-se nessa situação, considerada aliás uma decorrência do processo de descentralização, que possibilita o estabelecimento de pactos entre cada gestor municipal e os profissionais que trabalham nessas localidades. Embora não seja um problema das relações de trabalho peculiar ao sistema de saúde, a situação adquire, neste caso, características muito graves, porque a forma de contratação, a existência do vínculo e a perspectiva de segurança profissional, tudo isto parece ter uma importância grande na qualidade do atendimento. E, quando a maioria dos profissionais do

sistema de saúde é contratada por mecanismos que não dão estabilidade nem segurança mínima, penso que o problema adquire contornos de crise.

Em relação a essas mudanças nas formas de contratação de trabalho, o senhor acredita que as cooperativas de profissionais são uma tendência forte e talvez uma solução para esse problema?

As cooperativas são formas de organização praticadas há muitos anos entre os médicos, tanto que uma das principais prestadoras de serviços privados de saúde no Brasil – a UNIMED – se originou de uma cooperativa criada em Santos na década de 70. Muitas secretarias municipais têm adotado sistemas de remuneração de pessoal, principalmente para o PSF, mediante cooperativas. Nos hospitais privados, além de outras modalidades de terceirização, a cooperativa é uma modalidade encontrada.

Os hospitais não contratam mais pessoas, contratam serviços prestados por empresas que são organizadas por estas pessoas, na forma de microempresas, cooperativas ou outros arranjos. Certamente essa prática decorre das dificuldades que os hospitais encontram para cumprir a legislação trabalhista, ou do propósito de evitar encargos dela decorrentes, que são benefícios para os trabalhadores. A justiça do trabalho é muito criticada pelos empresários e pelo capital, mas valorizada pelos trabalhadores e pelos sindicatos porque ela tem essa característica.

Eu não tenho uma avaliação muito precisa sobre se a cooperativa constitui uma modalidade que tende a se ampliar ou se representa apenas uma solução da moda, conjuntural, que agrada tanto aos contratadores como aos profissionais de saúde como solução alternativa preferencial no cenário atual das relações do trabalho. Esse é um bom tema para os observatórios de recursos humanos, cuja atuação a OPAS vem procurando estimular, tanto no Brasil como em outros países do continente que estão promovendo processos de reforma em seus sistemas de saúde.

O senhor citou diversos mecanismos recentes para o enfrentamento da questão dos recursos humanos na área da saúde, como a implementação do PROFAE, a atuação dos Pólos de Capacitação e a criação do PROMED. Pode-se dizer que esses mecanismos representam uma política mais ampla de RH em saúde ou se trata de iniciativas isoladas?

Para responder a esta pergunta, eu teria que levar em conta o que se entende por políticas. Se as políticas são formadas por um conjunto de iniciativas que guardam certo grau de coerência e apontam propósitos sistêmicos, eu diria que as propostas citadas conformam uma política de recursos humanos para a saúde. Pode até ser uma forma conveniente de entender o que é e como se faz política nessa área, a partir desse conjunto de iniciativas aparentemente desconexas. Mas não haveria um paradoxo na expectativa de uma política que dê conta de todos os problemas, em todos os seus aspectos, e o fato de que elas nunca existem? Eu não

conheço – no Brasil ou em outros países – sequer uma experiência na qual se tenha formulado e executado uma política com esse caráter sistêmico e simultâneo. Então eu acho que as políticas vão-se constituindo enquanto projetos que vão-se compondo.

Nesse sentido, é razoável dizer, por exemplo, que sempre houve uma política de formação de pessoal em saúde. E que a omissão do poder público na educação técnica em saúde seria uma não-política, mas também uma política: de que adianta impulsionar escolas ante um mercado de trabalho com baixa demanda por qualificação? Há diferencial de salário oferecido para o pessoal com qualificação técnica? Hoje, em virtude de uma série de encaminhamentos em outros campos das políticas de educação e de saúde, eu não teria dúvidas ao afirmar que o PROFAE representa um componente da política de educação técnica na área de saúde, desencadeada e conduzida pelo Ministério da Saúde, mas que vem sendo compartilhada com o Ministério da Educação. Portanto, eu reconheço esse componente como parte de uma política de recursos humanos de saúde e não apenas uma iniciativa isolada.

Os investimentos públicos na educação técnica industrial e agrícola – que levaram à criação do SENAI e da rede de escolas técnicas federais – resultaram de forte interação dos empresários brasileiros, tanto do setor secundário quanto do setor primário da economia, com o governo. Nessa linha de interpretação, deve-se entender a preocupação cada vez mais freqüente entre os gestores da saúde em interagir com os gestores da educação no que diz respeito à formação de pessoal em saúde, buscando equacionar de modo conjunto um problema que, no passado, cada um procurava atribuir ao outro.

Eu escrevi há alguns anos um artigo em que dizia que esse é um problema ante o qual os gestores de saúde tinham uma atitude de negação, de dizer “não é comigo o problema”. Como não é? Quem contrata as pessoas? Quem estabelece regras para a inserção delas? Como são as normas do trabalho? Tudo tem a ver com o gestor de saúde, inclusive a formação de pessoal. Atualmente, avalio que os gestores de saúde estão assumindo uma responsabilidade que antes eles negavam. É uma mudança muito significativa o fato de eles estarem assumindo responsabilidades na formulação de políticas e na implantação de programas educacionais, quando anteriormente achavam que não tinham a ver com um problema que era do MEC ou do sistema escolar.

A atual Lei de Diretrizes e Bases da Educação diz que o sistema educacional deve dispor de mecanismos de relacionamento com os trabalhadores, com os empresários e com a sociedade como um todo, de forma a captar sinais que indiquem os caminhos que a escola deve seguir. Esse relacionamento, por parte dos gestores de saúde, era muito negligenciado. A Residência Médica ilustra bem essa história. E poder-se-ia dizer que não existe uma política de formação de médicos especialistas no Brasil? Claro que existe, é uma política que envolve milhares de bolsistas em formação em todo o país, majoritariamente financiada pelo serviço

público de saúde. Então, os gestores de saúde têm a obrigação de participar dessa política.

Outra razão importante para não designar os Pólos/PSF, o PROFABE ou o PROMED como programas pontuais é o volume do investimento e o porte das operações de cada um deles: um programa de parceria do SUS com dezenas de universidades em todo o país, destinado à educação permanente de todas as equipes de saúde da família; um projeto que visa a formar, em quatro anos, 220 mil auxiliares de enfermagem – habilitação técnica definida por lei e com carga horária superior a mil horas; um sistema de incentivos que pretende incorporar todo o sistema de educação médica a partir de 20 experiências iniciais, desencadeadas em escolas que fizeram acumulações anteriores no tocante a mudanças de seus currículos tradicionais.

Embora fugindo ao escopo da pergunta, eu gostaria de aproveitar o tema da interação dos gestores da saúde com outros atores do processo político de recursos humanos deste setor para um breve comentário sobre a participação das autoridades sanitárias na formulação legal das relações de trabalho das profissões de saúde. Isso não é importante? É, pois são os gestores de saúde públicos e privados que vão contratar essas pessoas. Então, a definição de leis, de regras e de normas de relações de trabalho que envolvem os profissionais de saúde é de total interesse desses gestores, que deveriam contar com especialistas nas relações de trabalho na área da saúde. Estima-se que esse segmento do mercado de trabalho se encontra na faixa de 5% a 8% da população economicamente ativa do Brasil, com tendência a se situar entre 10% e 15%. E quem toma decisões nesse campo da economia tem que se preocupar com as relações de trabalho, porque os serviços são produzidos por trabalho, que não é um bem material e só existe para pessoas que tomam decisões, têm vontade, aspirações. É preciso, portanto, que as regras do trabalho sejam objeto de preocupação dos gestores de saúde.

Qual seria o desenho institucional dessas iniciativas todas e da conformação de uma nova política para a área de RH em saúde? Como se pode redesenhar uma política para a área de RH se as iniciativas para Residência Médica, nível médio e graduação já estão desenhadas por esses programas, assim como sua implantação, contemplando o desenho descentralizado do sistema de saúde brasileiro?

Há que considerar os vários ângulos da questão. Iniciemos pelo aspecto da descentralização.

O programa de cooperação entre o governo brasileiro e a OPAS, assinado em 1975, teve um papel importante na arquitetura da descentralização institucional na área de recursos humanos e na renovação das estruturas e funções de desenvolvimento de recursos humanos nas secretarias estaduais, movimento que se ampliou para um grande número de secretarias municipais. As preocupações com o desenvolvimento de recursos humanos e, particularmente, com a gestão do trabalho nos serviços de saúde eram marcadas pela concepção antiga da administração do servidor público, em que as secretarias de saúde detinham a

mera função descentralizada do sistema de administração de pessoal do governo – uma unidade que trata de registros, procedimentos das carreiras funcionais e medidas disciplinares. O discurso avançou, mas na prática a grande maioria das estruturas públicas ainda preserva esse enfoque.

Durante os últimos 15 anos, ocorreu um processo muito acelerado de descentralização do sistema como um todo, gerando desafios para os quais essas estruturas não estavam preparadas. Uma das mudanças mais importantes nesse cenário foi a predominância da terceirização do trabalho nos serviços de saúde, tornando completamente inadequadas as formas tradicionais de gestão do trabalho. Desse modo, é preciso intensificar a recriação da função de gestão de recursos humanos nas secretarias. Que recursos humanos? O sistema não contrata trabalho, compra procedimentos! Isso torna a função de gestão do trabalho muito complexa em relação ao passado, quando havia pessoas diretamente vinculadas aos serviços de saúde para gerenciar. Agora, é necessário gerenciar pessoas por trás de um esquema de gerenciamento de compra de serviços, o que é mais complexo, mas não impossível.

Desse modo, eu acho que a descentralização da política de recursos humanos de saúde passa, numa primeira instância, pela reordenação desta função como componente da própria função de gestão do sistema e dos serviços de saúde, superando a dicotomia clássica entre a gestão de saúde e a administração de pessoal. Trata-se de uma competência complexa, negligenciada historicamente e com dificuldades de definição mais precisa sobre seu próprio objeto: se é o trabalho, se são as relações de trabalho, se são os valores por trás dos serviços que são contratados ou comprados ou os procedimentos que são realizados. Do ponto de vista operacional, a descentralização da política de recursos humanos de saúde implica investir em capacidade de gestão de forma intensiva e extensiva. Por quê? Porque são 27 secretarias estaduais de saúde e centenas de secretarias municipais em que essa função é crítica para o desempenho da gestão do sistema de saúde como um todo. Ademais, o sistema político em vigor provoca mudanças frequentes nos cargos de gestão, o que eleva a demanda por qualificação, com elevado desperdício: preparam-se pessoas para uma determinada função, mas as mudanças políticas as levam para outras posições. Além do investimento na qualificação de gestores, é também indispensável dinamizar as instâncias de deliberação colegiada do sistema, instalando em suas agendas o tema de recursos humanos. Creio que essas três dimensões do processo de descentralização da política de recursos humanos são processos comunicantes e interdependentes.

Com relação aos demais aspectos da pergunta, eu gostaria de comentar brevemente qual seria o novo desenho de programas voltados para a educação técnica e superior na área de saúde.

O campo da educação técnica tem que ser ampliado para incluir não apenas o pessoal de enfermagem, mas também outras categorias que são importantes para a produção de serviços de saúde. O sistema necessita de técnicos em várias especialidades que, embora minoritárias, são importantes. Há, inclusive, demandas

por “novas” especialidades, por exemplo, na área administrativa – pessoas que preparam todo o protocolo, contas, procedimentos e faturamento das relações de compra e venda entre produtores, prestadores e compradores de serviços de saúde – e outros setores de trabalho que precisam ser atendidos. Creio que as perspectivas são otimistas, pois os encaminhamentos que estão sendo feitos pelo PROFABE tendem a facilitar o equacionamento de projetos em outras áreas além da enfermagem. Cito, a título ilustrativo, o currículo que foi organizado e está sendo usado na formação de docentes para os cursos de auxiliar de enfermagem, que facilmente poderá ser adaptado para a formação de docentes em outros cursos de técnicos ou auxiliares. Outro exemplo é o SAMETS – componente do PROFABE destinado a acompanhamento de sinais do mercado de trabalho em enfermagem –, cuja implantação está levando em conta a abertura para outras áreas do mercado de trabalho de pessoal técnico e auxiliar na área de saúde.

Os entraves na articulação entre os serviços de saúde e a graduação profissional são mazelas antigas que estão começando a ser assumidas como problemas pelos próprios gestores da saúde, a partir do PROMED, ao qual já me referi. É bem verdade que um dos propósitos dos Pólos/PSF – iniciativa anterior ao PROMED – é atuar nesse processo, tomando como foco a saúde da família e, portanto, promovendo o reordenamento da formação dos profissionais que integram a equipe básica do programa – médico, enfermeiro e dentista. No entanto, os Pólos/PSF ainda não puderam desencadear operações, em escala considerável, correspondentes a esse propósito. Por isso, seria desejável que a proposta do sistema de incentivos do PROMED fosse estendida para outras escolas das ciências da saúde. Mesmo considerando promissoras as iniciativas em curso, reconheço que as dificuldades persistirão e que resultados mais concretos dependerão da magnitude de investimentos a serem alocados e, principalmente, da persistência com que os gestores da saúde se dedicarem a esses desafios.

Como o senhor vê a questão da educação e da descentralização? Como capacitar milhares de pessoas num sistema descentralizado, a milhas de distância dos grandes centros? A educação à distância representa uma possibilidade efetiva para resolver esse problema?

Eu diria que uma das limitações da educação à distância é que seus recursos são muito pouco acessíveis para aqueles que mais dela necessitam. Quem usa a Internet hoje no Brasil? Pessoal de nível superior e cujo grande problema não é sua formação para o trabalho. A grande maioria das pessoas ainda não tem acesso à Internet, embora seja uma tendência aparentemente irreversível a utilização cada vez maior desta ferramenta de comunicação. Outra dificuldade é que os trabalhadores dos serviços de saúde não estão habituados ao uso da Internet. Isso não significa que não se deva estimular, apoiar, usar com frequência cada vez maior esse recurso moderno da comunicação na educação. Mas eu não tenho expectativas exageradas quanto a isso: a Internet poderá representar para a educação apenas algo a mais (não sei exatamente o quê) daquilo que foram, ao seu tempo, a televisão, o rádio ou os correios e telégrafos. O importante é como usar um

meio de comunicação para apoiar a educação. Um grande mito que se tem difundido é que a Internet pode resolver problemas educacionais. Não vai, assim como o rádio e a televisão não resolveram. O problema da educação se resolve com pedagogia, com professores, com métodos e recursos pedagógicos. Contudo, admito que a Internet tem uma contribuição para potencializar o acesso a processos educacionais, desde que se desenvolvam os métodos e se disponha dos recursos adequados.

Quem não sabe projetar bons cursos presenciais, como é que vai fazê-lo pela Internet? Preparar um curso pela Internet exige melhor domínio pedagógico do que preparar um curso presencial. Isso é fácil de compreender pois, em um curso presencial, a maioria das falhas na programação pode ser resolvida pela criatividade e pela habilidade do professor na hora em que o problema surge; já no processo de educação à distância, não há como resolver esses problemas na hora, eles devem ser antecipados. Então, a capacidade docente é um requisito importante para se fazer cursos à distância, ao contrário do que falaciosamente se propaga.

Equacionadas as exigências do uso das novas tecnologias ao processo pedagógico e tendo em vista a ampliação do acesso às mesmas, certamente a educação à distância será um forte aliado do processo de descentralização.

Um dos problemas que se identifica hoje na questão da capacitação é a ausência de planejamento, que se manifesta na multiplicação de esforços por conta da alta rotatividade dos profissionais, em cursos muito concentrados em determinadas áreas, enquanto há um vazio em outras, etc. Como o senhor enxerga a questão do planejamento para tornar essa atividade mais eficiente?

Eu não tenho ilusões com relação ao planejamento neste caso – a rotatividade dos profissionais –, mas há uma ferramenta muito importante do método que deve ser aplicada com mais frequência: a caracterização de problemas. Ocorre, com surpreendente frequência, a programação de cursos em decorrência de formulações incorretas de suas demandas ou necessidades – problemas malcaracterizados que seriam resolvidos com treinamento e capacitação de pessoal e que, efetivamente, não o são: o serviço não está funcionando porque o pessoal não está qualificado, olvidando outros fatores muitas vezes mais importantes na explicação da situação. Valeria perguntar: o que se pretende é promover uma capacitação ou escamotear os verdadeiros problemas?

Outra dificuldade para o planejamento é uma crença generalizada de que a capacitação e o aprimoramento dos trabalhadores se refletem necessariamente na melhoria dos serviços e nos níveis de saúde. E a situação torna-se mais grave porque, usualmente, essa crença resvala para a suposição equivocada de uma relação linear entre essas variáveis. As resultantes corriqueiras desse conjunto de fatores são a ineficiência dos processos educacionais e a baixa efetividade de seus impactos sobre os serviços ou os padrões de saúde, bem como a reduzida influência dos serviços na qualificação da educação permanente de seus trabalhadores.

Contudo, ferramentas de planejamento são elementos indispensáveis nos processos de capacitação, permitindo a organização de projetos com os elementos indispensáveis para sua operação: caracterização do problema ou demanda, da clientela, das competências a serem desenvolvidas; identificação de conteúdos, desenho de atividades de aprendizagem e especificações docentes; definição de critérios e instrumentos de avaliação.

Por que não fazer cursos para melhor planejar a educação em saúde?

Os que deliberam sobre os processos educacionais nos serviços de saúde geralmente não fazem cursos, de modo que a expectativa de melhorar o planejamento nesta área depende da capacitação de assessores, gente que influencia, forma opinião e tem acesso aos deliberantes. O programa de cooperação técnica em desenvolvimento de recursos humanos da OPAS no Brasil vem trabalhando nesse sentido, apoiando a Coordenação Geral da Política de Recursos Humanos do Ministério da Saúde na mobilização de recursos para operação do Projeto CADRHU, que visa à qualificação de gestores de recursos humanos do SUS mediante cursos de especialização. Também nessa linha de atuação foi realizado, entre agosto/2001 e junho/2002, um curso de especialização para a Câmara Técnica de RH do CONASS, como um projeto-piloto com uso de recursos de educação à distância, via Internet. Uma outra iniciativa mais recente está sendo deslanchada pelo PROFAB, com uma licitação via UNESCO, para oferta de mestrado profissional em recursos humanos para uma clientela de 150 dirigentes de escolas técnicas e coordenadores de recursos humanos de secretarias estaduais de saúde.

A área de recursos humanos nunca desenhou uma proposta mais ousada incluindo incentivos financeiros, algo como o PAB ou o REFORSUS?

Se considerarmos que a maior parte dos incentivos, que de longa data vêm sendo praticados pelo sistema de saúde na forma de remuneração adicional para determinados procedimentos, serviços ou atendimentos especiais, redundam em remuneração para quem os pratica, a resposta é sim. Se averiguarmos se essas propostas têm sido geradas na área de recursos humanos, a resposta é não.

É o caso dos incentivos para o PSF, que complementam o PAB. São recursos destinados à remuneração de um determinado perfil de equipe profissional – a equipe de saúde da família. Como esse, há muitos outros exemplos: a remuneração adicional para os hospitais que oferecem residência médica, que se qualificam como “Amigo da Criança” ou privilegiam o parto normal. O mais recente projeto de incentivos lançado pelo Ministério da Saúde é o PROMED, que a meu ver se enquadra muito bem como um projeto da área de desenvolvimento de recursos humanos.

O enigma que precisa ser desvendado é por que esses diversos sistemas de incentivos não são considerados como uma proposta de desenvolvimento de

recursos humanos, como está implícito na pergunta acima. Não seria porque os processos de formulação e implantação dessas propostas não são objeto de deliberação negociada entre as partes interessadas, ou seja, os próprios recursos humanos?

Com relação a essas iniciativas recentes, qual foi o grande elemento desencadeador dessa mudança? Teria sido o PSF?

No caso do PROMED, não tenho dúvidas de que a motivação foi o PSF. Embora enunciando propósitos mais amplos, seu foco é o problema com que os gestores municipais estão se defrontando, que é a falta de médicos qualificados para o atendimento preconizado pelo PSF.

Um indicador para avaliar a capacidade de reformulação dos cursos nas escolas de medicina poderia ser a taxa de participação do PSF no mercado de trabalho médico no país. Existem atualmente 15 mil equipes de saúde da família e a meta para os próximos dois anos é ampliar este número para 40 mil. As estimativas indicam a oferta de cerca de 600 mil postos de trabalho médico. O percentual de 15 ou 40 em relação a 600 representa algo em torno de 2,5% ou 6,7%, respectivamente. É, aparentemente, uma baixa participação, com fraco poder de indução de mudanças curriculares. Contudo, é possível valorizar essa participação, tomando medidas para regulamentar outros segmentos do mercado que estão sob a responsabilidade dos próprios gestores do SUS, os quais “concorrem” com a oferta de trabalho propiciada pelo PSF, reduzindo sua capacidade de indução de mudanças junto às escolas médicas. Quais são esses segmentos de mercado? Contratações do próprio serviço público para as emergências, plantões, serviços ambulatoriais etc. Em cidades de médio porte ou regiões metropolitanas, os médicos podem compor uma cesta de remuneração em que 3 ou 4 plantões por semana geram uma renda igual ou superior ao salário do PSF. E com uma vantagem maldita: o plantão não engendra compromissos com quem foi atendido. Ao passo que, no PSF, a relação humana estabelecida com as pessoas que têm problemas redonda em sobrecarga emocional e compromissos que tornam a vida profissional mais dolorosa. Desse modo, o efeito concorrencial dos serviços públicos de saúde, com a diversidade de modalidades de contratação que estão praticando, torna o PSF mais frágil.

Seria esse um problema de planejamento de recursos humanos?

Que avanços, nos últimos anos, o senhor identifica como importantes na área de planejamento e pesquisa em recursos humanos e no papel dos organismos internacionais neste processo?

O Brasil dispõe de boas fontes de dados sobre os diferentes aspectos que interessam aos pesquisadores em recursos humanos: postos de trabalho e dinâmica de empregos, força de trabalho e composição profissional, registros educacionais, organizações corporativas e seus associados, tudo isto segundo

distribuição regional e outras categorias de classificação. Essas fontes de dados têm alimentado análises de situação e tendências, estudos e pesquisas sobre os mais variados aspectos do tema de recursos humanos de saúde.

As deficiências aparecem quando se trata de informações para decisão, tanto aquelas de interesse dos gestores públicos quanto de outros atores do processo de formulação e operação de políticas de recursos humanos. Isso porque a informação não existe como um valor em si, somente ligada aos próprios atores sociais. Para que serve uma informação? Quem demanda informações em recursos humanos? Deve existir uma relação muito articulada entre quem busca tomar decisões com base em informações e quem faz pesquisas. A demanda por esse tipo de informação e, em contrapartida, a capacidade de realizar pesquisas e estudos estão evoluindo positivamente nos últimos anos, na medida em que os gestores e políticos estão se dando conta da importância de tomar decisões orientadas por informações. Contudo, considero que esse é um processo ainda incipiente.

Gostaria de recordar dois estudos pioneiros e que se tornaram paradigmas da pesquisa em recursos humanos: a pesquisa de Juan César García sobre educação médica na América Latina, realizada no final da década de sessenta, e a pesquisa de Maria Cecília Donnangelo sobre o mercado de trabalho médico no Estado de São Paulo, realizada no início dos anos setenta. Foram trabalhos que serviram de referência para muitas outras investigações nas áreas da educação e de mercado de trabalho em saúde, tanto no Brasil como em diversos outros países.

A experiência brasileira na realização de estudos e pesquisas em recursos humanos tem-se destacado no cenário latino-americano, conforme avaliação da OPAS, que vem acompanhando e estimulando o trabalho de pesquisadores em todos os países do continente de forma sistemática nos últimos trinta anos. Essa linha de cooperação corresponde atualmente ao projeto Observatório de Recursos Humanos nos Processos de Reforma Setorial, que vem apoiando o desenvolvimento de projetos nacionais, com estações de trabalho instaladas em 17 países até meados de 2002. No Brasil, essa iniciativa resultou na constituição de uma rede que congrega até este momento 10 núcleos de pesquisadores em instituições de ensino e pesquisa na área de saúde (detalhes sobre esta rede podem ser encontrados no site <www.opas.org.br/rh/site/ror/ror01001.htm>).

Olhando para o futuro, especificamente para a próxima gestão, o que deve continuar e o que deve mudar no cenário de recursos humanos na área de saúde?

Eu apontaria três prioridades para a equipe de direção do Ministério da Saúde no próximo governo.

A primeira é a ampliação do PROFABE para todas as habilitações da educação técnica na área da saúde.

A segunda é desencadear, a partir da experiência dos Pólos/PSF e do PROMED, uma proposta mais abrangente e sistematizada de incentivos para articulação das universidades com os serviços de saúde. Trata-se de criar

instâncias de negociação e coordenação programática, de modo que as universidades se engajem com mais vigor e determinação em projetos de interesse para o fortalecimento do SUS. Embora se deva reconhecer que já há um bom entrosamento, é forçoso admitir que ele se restringe a mecanismos contratuais específicos de compra e venda de serviços, cuja especificação é feita unilateralmente pelo Ministério da Saúde. As universidades estão sendo chamadas a interagir com projetos arquitetados pelo gestor de saúde, o que, até certo ponto, seria muito desejável. Mas seria também desejável aproveitar o potencial criativo das universidades, que não se devem acomodar à função de meras prestadoras de serviços educacionais ou de pesquisa, mediante mecanismos de seleção que esterilizam o desenvolvimento de genuínos processos de cooperação política, técnica e científica.

A terceira é fortalecer o papel da autoridade sanitária nos processos de regulação de recursos humanos, incluindo as questões de relações de trabalho, de mercado ocupacional e de exercício profissional. É preciso tomar uma série de providências no campo da legislação do trabalho, de modo a contemplar peculiaridades do trabalho em saúde, na medida da importância deste setor no conjunto da economia e, principalmente, dos reflexos que as relações de trabalho projetam sobre a qualidade do atendimento à saúde como um direito de cidadania. É necessário adotar regulamentos para a oferta de emprego e trabalho, por parte dos gestores do SUS, que apontem para a eficiência do sistema de saúde, reduzindo as discrepâncias decorrentes dos interesses corporativos sobre o mercado de trabalho. É recomendável a atuação mediadora do poder público para equacionamento de conflitos interprofissionais, que interferem na prestação de serviços considerados relevantes para a saúde pública.

APÊNDICE

Legislação Citada

Instrumento Jurídico (Lei, Decreto, Reso-lução, Portaria, etc.)	Origem (Ministério, Secretaria, Coordenadoria, etc.)	Data	Assunto
Constituição de 1988	Senado Federal	1988	Título VIII, Capítulo II e Seção II Da Saúde
Decreto n. 80.281	MEC	1977	Criação da Comissão Nacional de Residência Médica
Decreto Federal 2.208/97	Presidência da República	1997	Regulamenta a Lei 9.394/96
Decreto Presidencial	Presidência da República	1976	Criação do PIASS – Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
Decreto Presidencial	Presidência da República	1979	Expansão Nacional do PIASS
Decreto Presidencial n. 3.745	Presidência da República	2001	Institui o PITS
Edital	Ministério da Saúde	1996	Pólos de Capacitação
Emenda constitucional n. 19, Art. 39	Presidência da República	1998	Regulamenta capítulo da Saúde
Emenda constitucional n. 29	Senado Federal	2000	Altera os artigos 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde
Lei complementar n. 96/99	Presidência da República	1999	Disciplina os limites das despesas com pessoal, na forma do art. 169 da Constituição
Lei n. 378	Ministério da Educação e Saúde Pública	1937	Instituição das Conferências Nacionais de Saúde
Lei n. 5.692	MEC	1971	Diretrizes e Bases da Educação Nacional
Lei n. 6.229	Ministério da Saúde	1975	Sobre a organização do sistema nacional de saúde
Lei n. 6.932	Ministério da Saúde	1981	Conceito de residência médica
Lei n. 8.080	Ministério da Saúde	1990	Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e da outras providências
Lei n. 8.142	Ministério da Saúde	1990	Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do sistema único de saúde – SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e da outras providências

Continua...

Continuação

Instrumento Jurídico (Lei, Decreto, Resolução, Portaria, etc.)	Origem (Ministério, Secretaria, coordenação, etc.)	Data	Assunto
Lei n. 9.394/96	Ministério da Educação	1996	Diretrizes e Bases da Educação Nacional
NOAS 01/2001	Ministério da Saúde	2001	Estabelece um conjunto de estratégias que pressupõe responsabilidades a serem assumidas em conjunto, pelo ministério da saúde, estados e municípios para a organização de sistemas funcionais de assistência à saúde
NOB – 01/96	Ministério da Saúde	1996	Instrumentos e fluxos do processo de habitação de municípios, de estados e do distrito federal às novas condições de gestão criadas pela norma operacional básica do sistema único de saúde
Parecer n. 116/01 - DCM	Tribunal de Contas do Paraná	2001	Consulta. Implementação do PSF e do PACS
Parecer n. 1.133/2001	Ministério da Educação (CNS/CES)	2001	Diretrizes curriculares cursos de saúde
Portaria n. 6	Ministério da Saúde	2001	Institui Comissão Nacional de Seleção para o PITS
Portaria n. 15	Ministério da Saúde	1991	
Portaria n. 227	Ministério da Saúde	2001	Regulamenta o PITS
Portaria n. 610/GM	Interministerial	2002	Cria o PROMED
Portaria n. 758	Ministério da Saúde	2002	Modifica a portaria n. 227/MS
Portaria n. 1.127	Ministério da Saúde	1999	
Portaria n. 1.162	Ministério da Saúde	2000	Cria o grupo de trabalho para concepção do PITS
Portaria n. 1.886/GM	Ministério da Saúde		Regulamentação do PAES e PSF
Resolução n. 1/81	CNRM	1981	Programas de residência médica (especialidades)
Resolução n. 3	Ministério da Saúde		Diretrizes – Cursos enfermagem
Resolução n. 4/79	Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM)	1979	Programas de residência médica (modalidades)
Resolução n. 4	Ministério da Saúde	2001	Diretrizes – Curso medicina
Resolução n. 7/81	CNRM	1981	Programas de residência médica em medicina geral comunitária
Resolução n. 8/69	Conselho Federal de Medicina	1969	Novas diretrizes para o ensino médico
Resolução 1.634	Ministério da Saúde	2002	Definição das especialidades médicas

GLOSSÁRIO

GLOSSÁRIO

- ABEM** – Associação Brasileira de Ensino Médico
- ABEn** – Associação Brasileira de Enfermagem
- ACAP** – African Census Analysis Project
- ACS** – Agente Comunitário de Saúde
- AIDPI** – Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância
- AMB** – Associação Médica Brasileira
- AMS** – Assistência Médico-Sanitária
- ANMR** – Associação Nacional dos Médicos Residentes
- APG** – Administração, Planejamento e Gestão
- APS** – Atenção Primária à Saúde
- ATRICON** – Associação dos Membros dos Tribunais de Contas do Brasil
- BID** – Banco Interamericano de Desenvolvimento
- BIRD** – Banco Internacional de Reconstrução e Desenvolvimento
- CADRHU** – Curso de Atualização e Desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde
- CAGED** – Cadastro Geral de Empregados e Desempregados
- CAPSIS** – Curso de Aperfeiçoamento em Planejamento de Sistemas Integrados de Saúde
- CAVISA** – Curso de Atualização em Vigilância Sanitária
- CBVE** – Curso Básico de Vigilância Epidemiológica
- CEDESS** – Centro de Desenvolvimento de Ensino Superior em Saúde
- CEPESC** – Centro de Pesquisas em Segurança das Comunicações
- CETREDE** – Centro de Treinamento e Desenvolvimento
- CSE** – Câmara de Ensino Superior
- CFM** – Conselho Federal de Medicina
- CGDRH/SUS** – Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS
- CGPRH** – Coordenação Geral da Política de Recursos Humanos
- CIB** – Comitês Intergestores Bipartites
- CINAEM** – Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico

- CIPLAN** – Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação
- CLT** – Consolidação das Leis do Trabalho
- CNAE** – Classificação Nacional de Atividades Econômicas
- CNE** – Conselho Nacional de Educação
- CNRM** – Comissão Nacional de Residência Médica
- CNRS** – Comissão Nacional da Reforma Sanitária
- CNS** – Conselho Nacional de Saúde
- COFEN** – Conselho Federal de Enfermagem
- CONASP** – Conselho Consultivo da Administração da Saúde Previdenciária
- COQUAB** – Coordenação de Qualificação para a Atenção Básica
- CONASS** – Conselho Nacional de Secretários de Saúde
- CONASEMS** – Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
- COSEMS** – Conselho de Secretários Municipais de Saúde
- CTI** – Centro de Terapia Intensiva
- DAB** – Departamento de Atenção Básica
- DATASUS** – Sistema de Informações do Sistema Único de Saúde
- DENEM** – Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina
- DIRES** – Diretoria Regional de Saúde
- DST** – Doenças Sexualmente Transmissíveis
- EAD** – Ensino à Distância
- ECP** – Educação Continuada Profissional
- ENSP** – Escola Nacional de Saúde Pública
- ESF** – Equipes de Saúde da Família
- ESP** – Escola de Saúde Pública
- ETAC** – Entrevistas Telefônicas Assistidas por Computador
- FADENOR** – Fundação de Apoio ao Ensino Superior do Norte de Minas
- FADEPE/JF** – Fundação de Apoio e Desenvolvimento ao Ensino, Pesquisa e Extensão Estatuto
- FANEMA** – Faculdade de Medicina de Marília
- FAPEU** – Fundação de Amparo à Pesquisa e Extensão Universitária Campus Universitário
- FAPEX/Bahia** – Fundação de Apoio à Pesquisa e à Extensão
- FAT** – Fundo de Amparo ao Trabalhador
- FAURG** – Fundação de Apoio à Universidade do Rio Grande

- FAURGS** – Fundação de Apoio da Universidade Federal do Rio Grande do Sul
- FENSPTEC** – Fundação de Ensino, Pesquisa, Desenvolvimento Tecnológico e Cooperação à Escola Nacional de Saúde Pública
- FESO** – Faculdade de Medicina de Teresópolis
- FIDENE** – Fundação de Integração, Desenvolvimento e Educação do Noroeste do Estado
- FIDEPS** – Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e Pesquisa Universitária em Saúde
- FINATEC** – Fundação de Empreendimentos Científicos e Tecnológicos
- FIOCRUZ** – Fundação Oswaldo Cruz
- FMTM** – Faculdade de Medicina do Triângulo Mineiro
- FUNAG** – Fundação Euclides da Cunha de Apoio Institucional à Universidade Federal Fluminense
- FUNAPE/Paraíba** – Fundação de Apoio à Pesquisa e a Extensão
- FUNCAMP** – Fundação de Desenvolvimento da UNICAMP
- FUNDAP** – Fundação do Desenvolvimento Administrativo
- FUNDEP** – Fundação de Desenvolvimento da Pesquisa
- F. UNI** – Fundação UNI – Uma Nova Iniciativa na Formação dos profissionais de Saúde
- FUNPAR** – Fundação da Universidade Federal do Paraná
- FUNSAUDE** – Fundação de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico na Área da Saúde
- F. U. PELOTAS** – Fundação Universidade de Pelotas
- FURB** – Universidade Regional de Blumenau
- F. ZERBINI** – Fundação Zerbini
- GAP** – Grupo Assessor Principal
- GERUS** – Desenvolvimento Gerencial para Unidades Básicas de Saúde
- GTC** – Grupo Técnico Central
- HALE** – *Healthy Life Expectancy*
- HIV/AIDS** – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
- HRHC** – Human Resources for Health Care
- HUTEC** – Fundação de Apoio ao Desenvolvimento tecnológico do Hospital Universitário do Norte do Paraná
- IBGE** – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- IDA** – Integração Docente-Assistencial
- IDB** – Indicadores de Dados Básicos de Saúde
- IES** – Instituições de Ensino Superior

- IMIP** – Instituto Materno Infantil de Pernambuco
- IMS** – Instituto de Medicina Social
- INAMPS** – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
- IPASE** – Instituto de Previdência dos Servidores Federais
- IPCUMS** – Integrated Public Use Microdata Series
- IPEA** – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
- IRA** – Infecção Respiratória Aguda
- IVRH** – Índice de Valorização de Recursos Humanos
- LDB** – Lei de Diretrizes e Bases
- MEC** – Ministério da Educação e Cultura
- MS** – Ministério da Saúde
- NATES** – Núcleo de Assessoria, Treinamento e Estudos em Saúde (MG)
- NEPP** – Núcleo de Estudos de Políticas Públicas
- NESCON** – Núcleo de Estudos de Saúde Coletiva
- NOAS** – Norma Operacional da Assistência à Saúde
- NOB** – Norma Operacional Básica
- OCDE** – Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico
- OIT** – Organização Internacional do Trabalho
- OMC** – Organização Mundial do Comércio
- OMS** – Organização Mundial de Saúde
- ONG** – Organização Não-Governamental
- OPAS/OPS** – Organização Pan-Americana de Saúde
- OSCIP** – Organização Social de Interesse Público
- PAB** – Piso da Atenção Básica
- PACS** – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
- PAISC** – Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança
- PAISM** – Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher
- PCCS** – Plano de Cargos, Carreira e Salários
- PEA** – População Economicamente Ativa
- PEC** – Programas de Extensão de Cobertura
- PDI** – Plano Diretor de Investimentos
- PDR** – Plano Diretor de Regionalização

- PIASS** – Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
- PITS** – Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde
- PNAD** – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
- PND** – Plano Nacional de Desenvolvimento
- PNUD** – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
- PPI** – Programação Pactuada e Integrada
- PPREPS** – Programa de Preparação Estratégica para Pessoal de Saúde
- PREV-SAÚDE** – Programa de Serviços Básicos de Saúde
- PRM** – Programa de Residência Médica
- PROENF** – Projeto de Incentivo às Mudanças Curriculares nas Escolas de Enfermagem
- Programa UNI** – Uma Nova Iniciativa
- PROMED** – Projeto de Incentivo às Mudanças Curriculares nas Escolas Médicas
- PS** – Programas de Saúde
- PSF** – Programa de Saúde da Família
- RAIS** – Relação Anual de Informações Sociais
- REFORSUS** – Projeto de Reforço à Reorganização do SUS
- RET/SUS** – Rede de Escolas Técnicas de Saúde do SUS
- RJU** – Regime Jurídico Único
- RHS** – Recursos Humanos para a Saúde
- SADT** – Divisão de Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapêutica
- SAMETS** – Sistema de Acompanhamento de Sinais do Mercado de Trabalho em Enfermagem
- SAS** – Secretaria de Assistência à Saúde
- SENAI** – Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial
- SENAC** – Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial
- SES** – Secretaria de Estado da Saúde
- SF** – Saúde da Família
- SIA** – Sistema de Informações Ambulatoriais
- SIAB** – Sistema de Informação da Atenção Básica
- SIDOTS** – Sistema de Demanda e Oferta de Trabalho em Saúde da Família e o Banco de Trabalho Saúde da Família
- SIG-RH** – Sistema de Informações Gerenciais em Recursos Humanos
- SIG-CAP** – Sistema de Informações Gerenciais em Capacitação de Recursos Humanos
- SJRP** – São José do Rio Preto

- SM** – Salário Mínimo
- SMS** – Secretaria Municipal de Saúde
- SPS** – Secretaria de Políticas de Saúde
- SUS** – Sistema Único de Saúde
- TB** – Tuberculose
- UBS** – Unidades Básicas de Saúde
- UCS** – Universidade de Caxias do Sul
- UECE** – Universidade Estadual do Ceará
- UEFS** – Universidade Estadual de Feira de Santana
- UEL** – Universidade Estadual de Londrina
- UFBA** – Universidade Federal da Bahia
- UFC** – Universidade Federal do Ceará
- UFMG** – Universidade Federal de Minas Gerais
- UFRGN** – Universidade Federal do Rio Grande do Norte
- UnB** – Universidade de Brasília
- UNESCO** – Organização das Nações Unidas para a Educação
- UNESP** – Universidade Estadual Paulista
- UNICAMP** – Universidade Estadual de Campinas
- UNIMED** – Cooperativa de Serviços de Saúde
- UNIOESTE** – Universidade Estadual do Oeste do Paraná
- UPF** – Universidade de Passo Fundo
- USP** – Universidade de São Paulo.