

*Cadernos*

**RH**  
*saúde*

Brasília, Novembro de 1993

V. 1, N. 1

Ministério da Saúde - Secretaria Executiva

Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS

**A questão dos Recursos Humanos  
nas Conferências Nacionais de Saúde  
(1941-1992)**



*Cadernos*

**RH**  
*saúde*

Brasília, novembro de 1993

V. 1, N. 1

**A questão dos Recursos Humanos  
nas Conferências Nacionais de Saúde  
(1941 – 1992)**

© 1993, Ministério da Saúde

Os textos são de total, exclusiva e única responsabilidade dos autores.

É permitida a reprodução total ou parcial desde que identifique a fonte e autoria.

Tiragem: 1.000 exemplares

Edição: Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS - Secretaria Executiva/MS

**CADERNOS DE RECURSOS HUMANOS PARA A SAÚDE** é uma publicação de periodicidade irregular.

**CORRESPONDÊNCIA:** Para apresentação de comentários ou propostas de artigos originais ou de revisão, escrever para:

Comissão Editorial **Cadernos RH saúde**

Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos/SUS

Ministério da Saúde

Esplanada dos Ministérios - Bloco "G" - 6º andar - sala 639

70.058-900 Brasília - DF - Brasil

Telefone: (061) 315-2860

Fax: (061) 315-2862

Impresso com recursos do Acordo de Cooperação Técnica Brasil/PNUD - Projeto BRA/90-032 - Desenvolvimento Institucional do Ministério da Saúde.

Impresso no Brasil - Printed in Brazil

## FICHA CATALOGRÁFICA

Cadernos RH saúde, Ano 1, V. 1, N. 1 (1993)

**A questão dos Recursos Humanos nas Conferências Nacionais de Saúde: 1941-1992** - Brasília: Ministério da Saúde, novembro, 1993.

218 p.

1. Recursos Humanos em Saúde. 2. Sistema de Saúde.  
3. Serviços de Saúde. 4. Conferências de Saúde.

## APRESENTAÇÃO

A realização da II Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde constitui um momento propício para o lançamento, pelo Ministério da Saúde, dos **Cadernos RH saúde**. Nesse momento em que as atenções e as discussões objetivam, mediante amplo entendimento, a definição e a implantação de uma Política de Recursos Humanos para o Sistema Único de Saúde, cabe ao Ministério, gestor nacional do Sistema Único de Saúde, divulgar dados, informações e conhecimentos já produzidos, que possam subsidiar esta tarefa: melhorar a qualidade de assistência prestada à população e valorizar os profissionais da área.

O conhecimento só cumpre a sua função social quando está acessível à sociedade. Em outros termos, a informação representa um importante instrumento de democratização, de desenvolvimento de cidadania, de orientação à tomada de decisões.

Nesse sentido, a publicação dos **Cadernos RH saúde** cumpre uma das atividades da Proposta de Trabalho da Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o Sistema Único de Saúde, da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde, no que diz respeito a:

- divulgar a produção científica e técnica no campo de recursos humanos para a saúde, abrangendo os diversos setores e segmentos envolvidos: Governos Federal, Estaduais e Municipais, Universidades, Instituições de Pesquisa, de Serviços, Conselhos e Associações Profissionais, Organizações da Sociedade Civil, Organizações Internacionais na Área da Saúde;
- disseminar produção relevante de outros países, principalmente de caráter teórico-metodológico ou de avaliação de políticas e ações na área de recursos humanos para a saúde;
- fomentar a reflexão e debate sobre aspectos fundamentais da problemática do desenvolvimento de recursos humanos para a saúde;
- fomentar a própria produção científica no campo de recursos humanos.

Para o primeiro número dos CADERNOS, a Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS organizou e divulga uma coletânea de textos sobre o tema, apresentados nas nove Conferências Nacionais de Saúde (1941-1992) e na I Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde (1986), entendendo que as análises, as discussões e as propostas nelas desenvolvidas constituem valiosos subsídios para a conformação de uma Política de Recursos Humanos para a Saúde. Pela sua importância, agregamos outros documentos relacionados com o assunto, os quais achamos importante resgatar, na medida em que refletem pouco mais de meio século de esforços, de lutas, de avanços, de recuos, de conquistas, de perdas, de divergências e de consensos, mas sobretudo de vontade e de determinação de construir um Sistema de Saúde que garanta “A saúde é direito de todos e dever do Estado” (Constituição Federal – 1988 – art. 196).

O Ministério da Saúde, assume as suas responsabilidades e, com essa iniciativa, ratifica a disposição de trabalhar conjuntamente pela formulação e pela implementação de uma Política de Recursos Humanos, como pedra angular do Sistema Único de Saúde.

Brasília, novembro de 1993.

JOANA AZEVEDO DA SILVA  
Coordenadora da Coordenação Geral  
de Desenvolvimento de RH/SUS

## SUMÁRIO

### INTRODUÇÃO

1ª Conferência Nacional de Saúde .....	p. 9
2ª Conferência Nacional de Saúde .....	p. 13
3ª Conferência Nacional de Saúde .....	p. 17
4ª Conferência Nacional de Saúde .....	p. 23
5ª Conferência Nacional de Saúde .....	p. 65
6ª Conferência Nacional de Saúde .....	p. 75
7ª Conferência Nacional de Saúde .....	p. 87
8ª Conferência Nacional de Saúde .....	p. 129
* I Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde .....	p. 141
* A Questão dos Recursos Humanos e a Reforma Sanitária (CNRS) .....	p. 185
* A Valorização do Trabalho em Saúde .....	p. 195
IX Conferência Nacional de Saúde .....	p. 201
* Painel específico sobre Recursos Humanos em Saúde .....	p. 207

## INTRODUÇÃO

As Conferências Nacionais de Saúde foram instituídas em 1937 (Lei 378) pelo Governo Getúlio Vargas, tendo sido realizada a primeira em 1941, no Rio de Janeiro, pelo Departamento de Saúde do então Ministério da Educação e Saúde Pública. Consideramos que, tanto pela temática tratada quanto pela forma de abordá-la, é possível distinguir no período das nove Conferências três momentos ou etapas: o primeiro cobre de 1941 a 1963 (1ª a 3ª Conferências), o segundo de 1967 a 1980 (4ª a 7ª Conferências) e o terceiro de 1986 a 1992 (8ª e IX CNS). Na terceira etapa, como sabemos, foram introduzidas mudanças significativas também na concepção política e na metodologia de trabalho. Em todo caso, a periodização proposta pretende apenas mostrar algumas regularidades básicas quanto aos assuntos sobre RH para a saúde, privilegiados nas discussões das Conferências Nacionais de Saúde.

Nas primeiras três conferências prevaleceu uma visão sanitária que poderíamos chamar de “clássica”, no sentido de considerar a saúde pública como condição do desenvolvimento econômico e social, abordando a questão dos recursos humanos para a saúde desde a perspectiva apenas de sua formação, e tendo a figura do médico como protagonista central. Essas primeiras conferências têm como referência principal os Congressos Brasileiros de Higiene, que se desenvolvem no país a partir de 1924. Vale a pena registrar aqui que, lamentavelmente, até hoje não foram publicados os Anais da 1ª e da 2ª Conferências. Já na 3ª Conferência (1963), um dos quatro temas centrais foi “A municipalização dos serviços de saúde”, foi levantado o problema do “preparo e aproveitamento do pessoal técnico”, e proposta a “descentralização do ensino” desse pessoal.

A etapa que cobre da 4ª à 7ª Conferências está marcada pelo controle burocrático-autoritário do aparato de Estado, tendo as forças armadas como principal ator político e a segurança nacional como ideologia de sustentação, num contexto internacional de “esquentamento” da Guerra Fria. Para o regime militar, a questão dos recursos humanos se constitui num instrumento decisivo da política desenvolvimentista, entendendo-os como “capital humano”. Essa visão seria bem resumida pelo Marechal Arthur da Costa e Silva, então Presidente da República, no discurso de encerramento da 4ª CNS: “... a meta-homem, como bem sabeis, implica a mobilização de todos os componentes do bem-estar: saúde, educação, emprego, moradia, alimentação, vestuário, recreação e previdência social. Seria ocioso lembrar a importância do primeiro componente, pois o homem enfermo põe-se à margem do processo de desenvolvimento...”<sup>1</sup>

Essa é a etapa da expansão acelerada do ensino médico (entre 1964 e 1971 foram criadas 37 Escolas e Faculdades de Medicina, várias delas privadas, um número maior que as existentes até então), dos intensos debates em torno da reforma universitária (1968), que gerou “... o estabelecimento de normas gerais sobre o ensino médico, que refletem uma nova doutrina sobre o papel social dos centros formadores de recursos humanos”<sup>2</sup>, de desenvolvimento das especialidades médicas, principalmente as Residências, e de implantação do Plano Nacional de Pós-Graduação.

A análise dos Relatórios da 4ª, 5ª, 6ª e 7ª CNS's mostra que predominava ainda a ênfase na dimensão da qualificação (formação, instrução, treinamento) dos recursos humanos para a saúde, pouco se tratando dos problemas da gestão – administração desses recursos. A dimensão de estudos e pesquisas simplesmente não aparece. No entanto, já se contempla de forma mais global a necessidade das equipes de saúde e de programas orientados flexivelmente à formação “dos vários tipos de profissionais”. Respeito do nível superior, dentre as Conclusões da 4ª CNS (1967) encontramos a seguinte: “Na atual conjuntura, a formação profissional não está orientada para a solução dos problemas de saúde do país, em virtude de estrutura curricular pouco flexível e ainda não ajustada à demanda quantitativa de recursos humanos”. Nessa Conferência foi discutido um tema específico sobre o nível médio e auxiliar.

1. Ministério da Saúde. **Anais da 4ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, 1975. (p. 313)

2. Santos, R. A. et alii. **Investigação Nacional sobre o Ensino de Medicina Preventiva**. Rio de Janeiro, Programa de Estudos Sócio-Econômicos em Saúde, PESES, s.d.

A partir da 6ª CNS (1977) percebe-se uma certa renovação conceitual e uma visão mais abrangente do campo em questão. Por exemplo, foram discutidos o regime de trabalho em dedicação exclusiva para o sanitário, a necessidade de uma “adequada utilização da força de trabalho egressa do sistema formal de ensino ou qualificada dentro do próprio setor”<sup>3</sup>, os incentivos funcionais, etc. Consideramos importante “olhar” para essa renovação, mesmo sendo parcial, no contexto da crise do regime militar, de ascenso do movimento popular em geral, e de constituição do movimento de reforma sanitária em particular.

A convocação da 7ª CNS teve por objetivo fomentar o debate sobre a implantação e o desenvolvimento do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE), no contexto da Declaração de Alma - Ata e da proposta de “Saúde para todos no Ano 2000”. Foi realizado um painel sobre “Desenvolvimento de Recursos Humanos para os Serviços Básicos de Saúde” que, de novo, abordou principalmente problemas e propostas voltados para a formação, tais como: cooperação técnica MS-Secretarias de Saúde, formação de especialistas X generalistas, para a ação preventiva X curativa, de profissionais voltados para a atenção dos problemas coletivos X os individuais, o papel e a educação continuada dos recursos de nível médio e elementar, descentralização, adequação da formação profissional às necessidades de serviço através da integração docente-assistencial, o papel do INAMPS, as equipes de Enfermagem, etc. Desde a perspectiva da evolução conceitual que aqui nos interessa, consideramos particularmente interessante, nessa 7ª CNS, a intervenção dos representantes do Sindicato dos Médicos do Rio de Janeiro, João Carlos Serra e Guido Palmeira, que poderíamos considerar uma “ponte” com as análises que levaria a cabo a 8ª CNS, sobretudo no que diz respeito às críticas ao sistema de saúde imperante e as linhas de sua reforma. Por último, nas Conclusões encontramos pela primeira vez a consideração que define “... como fundamental a participação ampla e democrática de grupos organizados da sociedade civil”.<sup>4</sup>

Com a 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986) se abre o terceiro momento da nossa periodização, cuja característica principal está dada pelo lema “Democracia é Saúde” e pela realização de conferências municipais e estaduais e, posteriormente, de conferências de temas específicos, com a ampla participação da sociedade civil. Na 8ª Conferência foi ampliado o conceito de saúde e definido o dever do Estado na sua promoção, proteção e recuperação, à luz da Reforma Sanitária. Os temas centrais foram saúde como direito, reformulação do sistema nacional de saúde e financiamento do setor. Em relação com a política de recursos humanos, estabeleceu um conjunto de princípios e propostas que foram aprofundados na I Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde (outubro de 1986), cujo Relatório Final reproduzimos na íntegra neste CADERNO RH saúde. Nela foi abordada a complexa temática do campo em cinco grandes tópicos, cuja abrangência representa um salto importante em relação a todas as Conferências anteriores: a) valorização do profissional (mercado de trabalho, recrutamento, treinamento de ingresso; estágio probatório; salários; avaliação de desempenho, quadros de lotação e remanejamento de pessoal; equipes de saúde); b) preparação (níveis médio e elementar; ensino de graduação; educação continuada de nível superior; pós-graduação; integração docente-assistencial); órgãos da área; c) a organização dos trabalhadores de saúde (entidades profissionais e de servidores; direitos trabalhistas; isonomia salarial e condições de trabalho); d) a relação do trabalhador de saúde com o usuário do sistema.

A IX Conferência Nacional de Saúde (1992) se realizou tendo como base legal a nova Constituição e a Lei Orgânica de Saúde (nº 8080) e no contexto da agudização da crise econômica e aprofundamento da crise política e ética do Governo Collor. A IX retomou a discussão do desenvolvimento de recursos humanos para a saúde em dois momentos: como parte do tema sobre “a implementação do SUS” e no painel específico sobre o tema. Dada a sua importância para os debates da II Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde, reproduzimos aqui ambos documentos, com a certeza que é momento de avaliar coletivamente o que vem sendo feito, identificar possíveis entraves e problemas, e organizar ações para avançar no rumo da efetiva implementação do Sistema Único de Saúde.

3. NERHUS/DAPAS/ENSP/FIOCRUZ. **Estudo Exploratório**. s.d.

4. Ministério da Saúde. **Anais da 7ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, 1980. (p. 166).

**1ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE**  
(Rio de Janeiro, 10 a 15 de Novembro de 1941)



**Conferência Nacional de Saúde** – De 10 a 15 de novembro, reuniu-se sob a presidência do Ministro Gustavo Capanema a 1ª Conferência Nacional de Saúde, com o comparecimento de delegações de todos os Estados do Brasil. Os temas oficiais da Conferência incluíam matéria atinente às normas fundamentais de organização e administração sanitária, às campanhas contra a lepra e a tuberculose, aos principais objetivos de um programa de amparo à maternidade e à infância e ao desenvolvimento dos serviços de águas e esgotos. As resoluções finais da Conferência sobre esses diversos temas serão consignados e discutidos nos tópicos correspondentes deste relatório. Embora não tivesse tido a Conferência caráter exclusivamente técnico, houve sobejas oportunidades para que se ventilassem pontos doutrinários e se evidenciasse o alto nível de cultura sanitária da maioria dos delegados presentes à Conferência. Como contribuição relevante aos propósitos da Conferência, responderam os governos estaduais ao questionário, que lhes fora enviado com a devida antecedência, e no qual se focalizavam os principais problemas de saúde e os tópicos relativos à organização e administração dos serviços incumbidos de atendê-los e solucioná-los.

Todos os questionários foram cuidadosamente examinados pela Divisão de Organização Sanitária do D.N.S. e as corrigendas necessárias apontadas nesse exame fizeram-se de acordo com os diretores de saúde estadual, para isso especialmente convocados, na sua maioria, pelo diretor geral do Departamento e pelo diretor da referida Divisão nas suas viagens ao Norte do país, logo após a Conferência.

Em face das respostas aos questionários e da referida elucidação posterior de alguns tópicos, cujos dados imprecisos ou incompletos foi preciso às vezes retocar, torna-se interessante focalizar, em resenhas sucintas para cada Estado, os aspectos mais marcantes de suas organizações e principais atividades. É o que será feito no decorrer dessa exposição, ao se cuidar dos diversos Serviços e Divisões.

**2ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE**  
(Rio de Janeiro, 21 de Novembro a 02 de Dezembro de 1950)

## 2ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE

Sob o patrocínio do Diretor Geral do Departamento Nacional de Saúde, Prof. Heitor Prager Fróis, realizou-se no Rio de Janeiro, de 27 de Novembro a 2 de Dezembro do ano próximo passado, a 2ª Conferência Nacional de Saúde, a que compareceram representantes de quase todos os Estados da Federação, das Delegacias Federais de Saúde, dos diferentes Serviços do D.N.S. e dos Serviços de Saúde das Classes Armadas.

O Serviço Nacional de Malária estava representado pelo seu Diretor, Dr. Mário Pinotti, e pelos Drs. Fernando M. de Bustamante, René G. Rachou e José Leão Costa, tendo apresentado os seguintes trabalhos: "Avaliação de eficácia das dedetizações domiciliárias em áreas malarígenas sob controle", de autoria dos Drs. René G. Rachou e Fernando M. de Bustamante, e "Convênios Sanitários do S.N.M.", de autoria dos Drs. Paulo José de Mello e Gildo H. Aguirre.

**3ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE**  
(Rio de Janeiro, 09 a 15 de Dezembro de 1963)

## PREPARO DE PESSOAL

Nos países subdesenvolvidos, como é o caso de Brasil, constitui sério problema o que diz respeito a carência de mão-de-obra qualificada, que se faz sentir em todos os campos e em todos os níveis do processo de desenvolvimento. Daí, tornar-se condição fundamental e imperativa a preparação de pessoal para execução adequada dos programas e projetos estabelecidos.

No setor de saúde pública, o problema se apresenta igualmente e, de certo modo, com características mais sérias, de vez que sendo o Poder Público o grande consumidor desse tipo de mão-de-obra, não oferece condições que sejam suficientemente atrativas para um recrutamento fácil e seletivo que viesse facilitar a preparação adequada dos elementos selecionados.

Mas, de qualquer modo e em quaisquer circunstâncias, de vez que existe o problema, é preciso enfrentá-lo com realismo e sentido prático. É o que vem fazendo o Ministério da Saúde, dentro de suas possibilidades e dentro das limitações impostas pelas circunstâncias. Entre os princípios fundamentais norteadores da sua política sanitária não falta o que se refere ao “recrutamento e formação de pessoal, para que o poder público possa dispor de profissionais qualificados”.

A experiência do Ministério da Saúde, nesse particular, é longa mas restrita. Inicialmente através dos Cursos do D.N.S. e D.N.Cr., e agora, da E.N.S.P., vem-se cuidando da preparação do pessoal técnico, de uma forma constante pela realização sistemática de cursos de formação, aperfeiçoamento e especialização, que visam à atender as necessidades mais prementes, mas, também, de uma forma não planejada e empírica, porque tem faltado para conduzi-la, tanto por parte do M.S., como dos órgãos estaduais de saúde, uma política real e segura de recrutamento, seleção, preparo e aproveitamento do pessoal técnico.

O preparo de pessoal, já porque resulta de uma necessidade do progresso, deve obedecer a uma política planejada de aproveitamento. Inútil produzir mais que as necessidades do consumo, mormente em se tratando da custosa preparação técnica do homem. Por outro lado, normas rígidas – e quase recíproca – devem fixar o aproveitamento, nos órgãos de saúde pública, de todos os elementos tecnicamente formados.

Sociologicamente falando, o preparo do pessoal é mera necessidade ditada pelo meio, em seu sentido amplo de condições físicas e sociais. E as condições sociais variam com o progresso e com o desenvolvimento, daí resultando que na formação de um mesmo técnico, técnico-auxiliar ou para-técnico, há vários graus e, conseqüentemente, custo de formação, conforme o profissional se destine a essa ou aquela coletividade, a um meio primitivo, subdesenvolvido ou desenvolvido. Infere-se, logicamente, deste conceito, que a formação do elemento de saúde pública, conforme sua qualificação técnica condicionada ao meio onde vai exercer suas atividades, será mais ou será menos complexa, realizar-se-á em centros médicos e grandes de cultura, ou será local em seu próprio meio de trabalho, do que advirá uma série de vantagens, dentre as quais pode-se:

- Evitar desajustamentos técnicos em relação aos recursos do meio;
- O desnível do pagamento do técnico em relação a capacidade de pagar do meio e;
- Evitar a fuga do técnico do seu próprio meio.

Verifica-se, assim, que cabe as Escolas de Saúde Pública alta responsabilidade no inadiável programa de preparo e formação de pessoal e de sua execução na parte que lhes compete, necessitando pois todo apoio e interesse do poder público.

Evidentemente, dentro de uma política adequada de preparo e aproveitamento de pessoal técnico de saúde

de pública, para atender as reais necessidades de trabalho efetivo, em todos os níveis de governo federal, estadual e municipal e no setor privado que começa a ampliar-se com a crescente industrialização do país, os atuais centros de preparação federal e estaduais são em número restrito, pouco aparelhados, e sem condições reais de expansão, visando a uma descentralização do ensino, de sorte a levá-lo onde as solicitações sejam mais imperativas, de forma menos dispendiosa, mas sem prejuízo de sua qualidade.

A responsabilidade da Escola Nacional de Saúde Pública, neste particular, é muito grande. É seu dever conduzir com eficiência e segurança, o programa do Ministério da Saúde neste campo, abrangendo não só o pessoal do nível federal, mas, também, colaborando com os Estados e municípios que não tenham condições próprias de fazê-lo, e com as organizações privadas.

Para isto, todavia, é preciso que se dê à Escola Nacional de Saúde Pública condições reais que lhe permitam trabalhos efetivos, com a amplitude necessária e coordenação devida.

(...)

## **O PROBLEMA DE PESSOAL**

É indiscutível que na realização deste plano, o problema mais difícil de resolver será o de pessoal.

Tratando-se de atividades médico-sanitárias surge logo a pergunta. Como vai ser resolvida a presença de médicos nos municípios? Seria ingenuidade pretender mandar médicos em grande número para o interior. Não só no Brasil, como no mundo inteiro, o que se vem verificando é a concentração cada dia maior de profissionais da medicina nos grandes centros. O avanço da tecnologia médica, a especialização, a aparelhagem necessária à prática da medicina moderna, praticamente conduzem a que os médicos só desejem trabalhar em grandes centros, onde contam com todos os recursos e verdadeiras equipes. Além do mais, com o enriquecimento dos habitantes das metrópoles, amplia-se cada dia o mercado de trabalho dos médicos nas grandes concentrações demográficas, de forma que não há como, nas condições atuais, levar médicos para atender às populações do interior. Por outro lado, como já foi afirmado anteriormente, é possível resolver de maneira satisfatória muitos dos problemas médico-sanitários que afligem nossas populações do interior, na base de pessoal de menor qualificação com, é claro, supervisão médica.

A experiência do SAMFAM demonstrou de forma indiscutível, que não é possível manter médicos em municípios que não têm condições econômicas satisfatórias.

Partindo destes fatos, é evidente que as organizações médico-sanitárias municipais não serão obrigatoriamente dirigidas por médicos. Os municípios que tenham condições para admitir médico(s) tanto melhor que o façam; entretanto, os que não o puderem, nem por isso deixarão de organizar os seus serviços próprios.

Toma assim particular importância o pessoal a ser admitido e o seu treinamento. É neste trabalho que a colaboração do Ministério da Saúde, das Administrações Sanitárias dos Estados e se possível, das Universidades e das Escolas Isoladas de Medicina, terão de ser da maior importância.

Orientação básica:

1 - em qualquer hipótese, os futuros servidores dos serviços sanitários municipais devem ser recrutados localmente;

2 - o nível educacional dos candidatos não necessita ser elevado;

3 - O período de treinamento não deve ser longo, e deve ser realizado em cidades do interior;

4 - o ensino deve ser essencialmente prático.

Transferindo para os municípios os problemas locais de Saúde Pública, a União e os Estados, gradualmente, liberarão parte do seu pessoal, utilizado presentemente nestas atividades, e instalarão em municípios estrategicamente situados os centros de cooperação técnica, administrativa e financeira.

É difícil imaginar com antecipação as formas novas que serão criadas para estabelecer as relações de colaboração entre os três níveis de autoridades: União, Estado e Município. Não é mesmo pensamento do Ministério da Saúde criar um esquema rígido de acordo. As condições locais e o espírito criador das populações das várias regiões do País, certamente encontrarão soluções adequadas.

**4ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE**  
(Rio de Janeiro, 30 de Agosto a 04 de Setembro de 1967)

**Fonte:** Ministério da Saúde. **Recursos Humanos para as Atividades de Saúde.** Relatório da 4ª Conferência Nacional de Saúde. Rio de Janeiro, 1967. (pp. 83-94, 97-108, 135-148, 181-199, 235-245 e 277-280).



## RECURSOS HUMANOS PARA AS ATIVIDADES DE SAÚDE

Dr. Raymundo Moniz de Aragão (\*)

### I – SAÚDE E RESPONSABILIDADE GOVERNAMENTAL

A constituição da Organização Mundial da Saúde proclama, em seu preâmbulo, que possuir o melhor estado de saúde, que lhe seja possível atingir, face às contingências hereditárias e congênitas, constitui uma das prerrogativas essenciais e inalienáveis de todo ser humano. Em consequência, Winslow assinala ser no plano moral, antes de em qualquer outro, que o problema da saúde se coloca.

Mas existem correlações evidentes e perfeitamente identificadas, entre o estado de saúde do indivíduo e a sua capacidade de trabalho, como entre o grau de higidez de uma população e a sua produtividade. Nesses termos, o problema da saúde desloca-se, de imediato, ao plano econômico, afetando a economia individual, comunitária e nacional, e refletindo-se no desenvolvimento do país.

Em razão disso, o **direito** transforma-se em **necessidade**, e tornar efetivo o primeiro, como dar atendimento adequado à segunda, são deveres do Estado moderno.

De fato, ao Estado incumbe identificar as necessidades e anseios populares, traduzi-los e explicitá-los em objetivos definidos, eleger os meios adequados para alcançá-los, erigindo, em consequência, a **Política Nacional**. Atendendo à natureza diversa dos vários objetivos, a eletividade e especificidade dos meios e métodos adequados para atingi-los, à complexidade das tarefas administrativas inerentes, a execução da Política Nacional se decompõe em planos setoriais. No que tange ao cumprimento dos deveres do Estado no particular do problema da saúde, o esforço nacional define-se, estrutura-se, disciplina-se, orienta-se, efetiva-se dentro do **Plano Nacional de Saúde**.

### II – AVALIAÇÃO DOS RECURSOS HUMANOS PARA AS ATIVIDADES DE SAÚDE

No momento atual, não se admite que o Estado empreenda qualquer ação, máxima de interesse transcendente e grande envergadura, sem prévio planejamento. A idéia de ação estatal planejada, embora nascida de inspiração socialista, tornou-se imperativo das modernas técnicas de governo e tende a erigir-se, na generalização do seu emprego, em “função normal dentro da administração normal”.

O planejamento consiste, em última análise, na elaboração de um conjunto de meios para aplicá-los a um conjunto de objetivos determinados. Admitido o pressuposto de que os objetivos, no campo da saúde estão definidos e quantificados, impõe-se eleger e avaliar os recursos humanos e materiais necessários a que sejam plenamente alcançados.

Esta **Quarta Conferência Nacional de Saúde** foi precisamente convocada com a finalidade de “oferecer sugestões para a formulação de uma política permanente de avaliação de recursos humanos, tendo em vista a formação dos contingentes de pessoal de que o país carece para o desenvolvimento das suas atividades de saúde” (**Quarta Conferência Nacional de Saúde. 1 – Convocação e Finalidade**). Vale dizer, incumbe-lhe propor bases e diretrizes para a avaliação dos recursos humanos de que o país carece, para a exe-

---

(\*) Reitor da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

cução do Plano Nacional de Saúde, na concepção atual e na sua projeção para um futuro limitado, a fim de que os órgãos competentes formem os contingentes necessários de pessoal, das diversas categorias.

É que, para a formulação e efetiva realização de um plano dessa envergadura, os elementos mais importantes consistem na avaliação dos recursos humanos, na acumulação do capital humano de alto nível correspondente e no adequado emprego deste.

A avaliação dos recursos humanos é requisito básico para um planejamento equilibrado. A organização, avaliação e projeção de dados essenciais sobre eles é indispensável à determinação das relações atuais e previsíveis entre a necessidade e a oferta de pessoal especializado, tanto quantitativa como qualitativamente.

Consistem, essencialmente, de dados exatos ou estimativas aproximadas da população total, sua composição segundo vários critérios – sexo e idade, grau de alfabetização e nível educacional, distribuição urbana e rural – e índices de crescimento demográfico. Complementarmente, devem-se obter todos os pormenores possíveis sobre a distribuição da força de trabalho, os tipos e a natureza dos programas de aprimoramento da capacidade do pessoal especializado, os padrões de evolução técnica e a expansão das atividades de saúde programadas. Organizadas essas informações, servirão a que se determinem as relações entre a demanda e a oferta de trabalhadores para as atividades de saúde atuais e as referentes ao período de projeção, bem como para se indicarem os processos ou mecanismos pelos quais possam, mais efetivamente, se equilibrar os diversos tipos de demanda e oferta.

As grandes diferenças existentes, quanto às fontes de informação, de um país a outro, tornam extremamente difícil o emprego de qualquer método padronizado ao trabalho de avaliação. É um desafio à argúcia e à capacidade do perito, para investigar e identificar tais diferenças, e adaptar o seu procedimento ao caso concreto.

Por outro lado, a variação dos resultados alcançados, em relação a atividades iguais exercidas em meios econômica e socialmente diversos, torna extremamente precária a aplicação de critérios resultantes da experiência de um país, a outro.

Nova dificuldade que se apresenta, nos países subdesenvolvidos, são as deficiências dos recenseamentos oficiais e outras fontes de informações. Dados desatualizados ou incompletos, particularmente com referência à força do trabalho a empregar, erros decorrentes de amostragens limitadas, insuficiência de treinamento dos recenseadores, deficiência no grau de exatidão das respostas, etc., são óbices a uma correta avaliação. Assim, “os métodos de avaliação de recursos humanos, nos países subdesenvolvidos, devem obviamente ser ecléticos. Os dados estatísticos e demais informações disponíveis devem ser estudados em profundidade e sua exatidão determinada através de análises internas e pelo seu cotejo com as condições vigentes e as informações, específicas e pormenorizadas recolhidas no local. Será inevitavelmente necessário complementá-los com uma série de estudos por amostragem nas áreas vitais..., a fim de preencherem-se lacunas ou apoiarem-se as conclusões provisórias baseadas nos limitados dados disponíveis. Esses estudos servirão, também, para a atualização de dados anteriores e, em muitos casos, poderão dar indicação das tendências futuras ou dos índices de expansão” (Sarks & Mc Voy).

É evidente a perfeita adequação destas considerações à situação brasileira, como oportuna é a recomendação dos mesmos autores de que se constituam assessorias técnicas formadas por equipe eclética de sanitistas, estatísticos, engenheiros, educadores, chefes de pessoal de serviços públicos e especialistas em treinamento de pessoal, com vistas ao desenvolvimento de técnicas adequadas e eficientes, que servirão ainda para manter o programa de avaliação de recursos humanos firmemente vinculados à realidade local.

### III – PROJEÇÃO DOS RECURSOS HUMANOS

A época em que vivemos se caracteriza por uma aceleração constante dos descobrimentos científicos e das suas aplicações técnicas, determinando mudanças revolucionárias na estrutura dos empregos. Paralelamente, o crescimento demográfico e o aumento da força do trabalho vêm sendo acelerados também.

Estas bruscas transformações – e só para exemplificar apontarei o ocorrido no campo da tuberculose, com o aparecimento dos antibióticos e outros quimioterápicos – tornam indispensável a elaboração de técnicas que permitam prever a futura demanda de recursos humanos, especialmente de pessoal de alto nível e trabalhadores qualificados, para evitarmos, em dado momento, carência desses elementos ou, o que não será menos nocivo, o desemprego em determinadas categorias. São as **técnicas de projeção do potencial humano**.

Aqui também é indispensável reconhecer que os processos empregados em países desenvolvidos para a projeção dos recursos humanos não admitem um decalque na aplicação a países em desenvolvimento. Diferenças na estrutura social, econômica e demográfica não permitem a exata reprodução de tais modelos.

Numa nação em desenvolvimento, em que o crescimento vegetativo anterior e a qualidade do serviço sanitário não servem como padrão à futura expansão, a projeção das necessidades de recursos humanos, na prática, depende da ordem de grandeza e da natureza mesma das metas estabelecidas, e está intimamente presa a um contínuo processo de planejamento e controle. Por outras palavras, a avaliação deve ser periodicamente repetida, para sucessivas correções e conseqüente aproximação à correta previsão da demanda.

A mão-de-obra não qualificada está sempre disponível ao atrativo de uma remuneração compensadora, e não exige ser considerada na avaliação dos recursos humanos. O mesmo se pode dizer do pessoal elementar, com um mínimo de qualificação que possa ser adquirido pelo simples desempenho do emprego, quando de avaliação global e serviço em expansão vegetativo. Já não é este o caso, em se tratando de emergências ou de programas parciais, dentro do Plano Nacional. Como bons exemplos dessas situações peculiares, pode-se referir a acelerada formação de auxiliares de nível elementar (mata-mosquitos) para atender ao surto amarflico de 1928-29 e à Campanha de Erradicação da Malária (no primeiro caso cerca de 10.000 e no segundo 7.500).

Os demais tipos de “trabalhador de saúde” – assim entendido o indivíduo que, em qualquer nível, atua em atividades de saúde – devem ser objeto de avaliação e projeção cuidadosas.

“O valor da projeção – diz Wolfbein – está em que possibilita o trabalho de formação oportuna dos recursos humanos, através de programas de instruções e treinamento. Onde se encontrarem modificações nas técnicas – e elas devem ser previstas – necessário será organizarem-se planos de retreinamento e promoção, até mesmo para os simples trabalhadores especializados.”

Parte da projeção da demanda de recursos humanos deve assim incluir – é necessário não esquecer – o suprimento de professores.

### IV – COMPOSIÇÃO DOS RECURSOS HUMANOS PARA AS ATIVIDADES DE SAÚDE

Os recursos humanos necessários às atividades de saúde incluem, é óbvio, desde os elementos especialmente treinados para a alta administração até a mão-de-obra não qualificada. Distribuem-se, pois, de conformidade com o nível de instrução, geral e especializada, alcançado pelos seus componentes e segundo a terminologia corrente na esfera educacional, em:

- a) pessoal de nível superior;
- b) pessoal de nível médio;
- c) pessoal de nível elementar ou primário; e
- d) pessoal sem qualquer instrução.

O pessoal de nível superior abrange toda uma gama de profissionais com, pelo menos, graduação em curso universitário, compreendendo médicos, odontólogos, farmacêuticos, enfermeiros, administradores, estatísticos, etc.

O pessoal de nível médio arrola elementos escalonados em dois degraus, correspondentes ao primeiro e ao segundo ciclo (ginásio e colégio) do curso secundário. Ao elemento de instrução equivalente à conclusão do ciclo colegial, cabe reservar a denominação de “técnico”, na conformidade do que ocorre, por exemplo, no campo das atividades industrial, comercial e agrícola.

Em geral, compreende o pessoal de nível médio ampla faixa, incluindo auxiliares de administração com prática de serviços hospitalares, práticos de laboratório, de saneamento, de fiscalização bromatológica, de visita domiciliar, de estatística, etc.

O pessoal de nível elementar é formado por indivíduos com escolaridade primária que receberam um mínimo de informação e treinamento que os habilita à execução de tarefas simples e específicas.

Este pessoal, necessário às atividades de saúde, considerado em globo, pode ser obtido através dos seguintes mecanismos:

- a) cursos regulares de formação;
- b) cursos de adequação;
- c) aprimoramento.

Os cursos regulares de formação destinam-se a preparar pessoal de nível superior e médio.

A formação dos profissionais universitários faz-se em  **cursos de graduação** (de medicina, farmácia, odontologia, enfermagem, etc.) e de  **pós-graduação** , entendidos estes últimos no sentido restrito que lhe empresta a Lei de Diretrizes e Bases da Educação<sup>1</sup> e não  **sensu lato** , como qualquer curso que se ministre a graduados.

**Cursos de especialização**  podem ser requeridos para o preparo mais profundo e particularizado, em determinado campo, do profissional de saúde de nível superior, como complemento à sua formação básica (mestrado) ou para simples adequação do graduado a tarefas específicas em setores restritos (cursos de malária, de lepra, etc.).

---

1) Compreendem os cursos de pós-graduação, como os definiu e caracterizou o Conselho Federal de Educação, os cursos de mestrado e doutorado, acessíveis a portadores de diploma de curso superior e dispostos, segundo a enumeração feita, em hierarquia crescente sem que, todavia, a realização do doutoramento exija, necessariamente, o curso prévio de mestrado.

Desta última categoria é, por exemplo, o “curso de saúde pública”, aberto a graduados, notadamente médicos, farmacêuticos e engenheiros, e que confere a esses profissionais uma formação superior básica, para os serviços de saúde.

A formação de pessoal de nível médio diz respeito ao preparo do **técnico** e situa-se ao nível do 2º ciclo de ensino médio. Neste ponto, é indispensável apelar-se ao bom senso e à equanimidade, para que se evite polarização injustificada e perniciosa, entre ensino exclusivamente técnico-profissional e ensino demasiadamente acadêmico. De fato, os conhecimentos evoluem hoje com tal celeridade, que um elemento, mesmo de nível médio, que haja recebido restritamente instrução e treinamento técnicos, expõe-se a estar, muito em breve, ultrapassado, se não tiver obtido um mínimo razoável de educação acadêmica, sobretudo científica, que lhe permita acompanhar o progresso dos conhecimentos, ao menos dos que sirvam à fundamentação de novas técnicas que tenha de utilizar. Uma formação demasiada acadêmica, por outro lado, o deixará desarmado, em face de tarefas que lhe incumbem não apenas compreender, mas executar.

Os  **cursos de adequação**, cursos rápidos e intensivos, destinam-se, o mais das vezes, à obtenção do pessoal necessário, pela simples suplementação da educação já recebida e não orientada às atividades de saúde. Recomendáveis apenas quando se trata de preparar elementos de nível elementar ou médio (1º ciclo), aplicam-se entretanto à obtenção de técnicos e mesmo profissionais de nível superior, quando a expansão brusca das atividades de saúde exige um contingente de recursos humanos que não tenha sido capitalizado. Nesse caso representa o apelo à adequação, prova de falência da avaliação dos recursos humanos procedida, menos censurável se o excesso da demanda decorre de contingência não previsível (início imediato de novos programas, etc.).

Muitas vezes acontece, e chega a ser mesmo regra em países subdesenvolvidos, que as atividades de saúde se iniciem e prossigam por algum tempo, com o emprego de elementos dos vários níveis, que não receberam adequada instrução ou treinamento. Nesses casos, e logo que possível, impõe-se proceder ao **aprimoramento** do pessoal já em serviço, retirando-o momentaneamente de atividade, para receber instrução e treinamento complementar. Em muitas oportunidades deve, mesmo o profissional que teve adequada formação, sofrer o aprimoramento em  **cursos de atualização**, que lhe transmitam os novos conhecimentos adquiridos e o familiarizem com novas práticas, repondo-o em consonância com os progressos científicos e tecnológicos, que se processam em ritmo acelerado.

## V – RESPONSABILIDADE DA FORMAÇÃO DOS RECURSOS HUMANOS

Na formação dos recursos humanos requeridos para as atividades de saúde, têm responsabilidade solidárias os Ministérios da Educação e Cultura e da Saúde. Para uma simplificação imediata da tarefa de abordar a delimitação das responsabilidades que incumbem a um e outro, poder-se-á dizer que toda a tarefa de adequação e aprimoramento de pessoal incumbe ao Ministério da Saúde, cabendo-lhe ainda partilhar, com o da Educação e Cultura, os encargos da formação de profissionais de nível médio e superior.

Muito embora a Constituição Federal coloque, com exceção do militar, todo o ensino, dos diversos ramos e graus na competência do Ministério da Educação e Cultura, o certo é que certas modalidades permanecem atribuídas a outros Ministérios (Saúde, Exterior).

No plano das atividades de saúde, as atribuições do Ministério da Educação e Cultura são exercidas – e carecem ser ampliadas – ao nível do ensino médio profissional (cursos de auxiliar de enfermagem) e do ensino superior<sup>2</sup> (cursos de medicina, odontologia, farmácia, enfermagem, estatística, ciências biomédicas, administração, economia, etc.).

---

2) No plano de ensino superior atuam, além das Universidades, escolas isoladas, resíduo de um passado de ensino profissional não universitário, pouco acreditado pela pobreza na ministração das ciências básicas. Incumbe estimular a absorção destes estabelecimentos isolados pelas Universidades, tal a superioridade da **educação**, e não só **instrução**, que estas se encontram capacitadas a ministrar.

O curso médico, como se ministra em grande maioria das escolas médicas brasileiras, está orientado no sentido da formação de profissional destinado a **curar**, não a **defender**, a **preservar** a saúde. Carecem os currículos de revisão, tanto para a integração do ensino e seu enriquecimento em ciências básicas, notadamente a bioquímica, como para que se logre a formação de um tipo básico de profissional, sensível e informado igualmente dos problemas da medicina curativa e da medicina preventiva, solidamente preparado para receber aperfeiçoamento e especialização em programas para graduados: o profissional de medicina curativa, no **internato**; o de medicina preventiva, em  **cursos de pós-graduação** (saúde pública) e de **especialização** (de malária, leprologia, etc.).

Geralmente a formação do profissional de saúde completa-se na área do Ministério da Saúde; é forçoso reconhecer, porém, que nada impede que o seja no âmbito universitário.

Como seja, cabe à Universidade ampliar e diversificar a sua participação na formação de trabalhadores de saúde, criando, ao lado dos cursos que já ministra (fisiologia, enfermagem da saúde pública, enfermagem obstétrica, nutrição), outros, como os de foniatria, bacharelado em ciências biomédicas, bioestatística, administração hospitalar, etc.

Pela mesma razão já referida, de superioridade de educação no ambiente universitário, e por ser permíssível em face da lei, cabe às universidades atraírem a si o ensino técnico<sup>3</sup>, dirigido à formação de pessoal auxiliar para atividade de saúde, diversificando-o na inclusão de novas modalidades: artética, auxiliar de bromatologia, visitador sanitário, técnico de laboratório, técnico de patologia, administrador auxiliar, etc.

As atribuições do Ministério da Saúde, no setor da formação de recursos humanos para as atividades de saúde, estão enfeixadas na Fundação Ensino Especializado de Saúde Pública, que, sem ser órgão de administração direta, com ele se articula e a ele guarda subordinação. Os pontos culminantes da ação FENSP têm sido a realização do Curso de Mestrado em Saúde Pública e do Curso de Especialização em Planejamento do Setor Saúde. Tendo iniciado as suas atividades em 1966, está capacitada a desenvolver ampla ação no campo da formação do profissional e do auxiliar (técnico) para tarefas de saúde. Também lhe caberá larga participação no aprimoramento do profissional engajado.

Já as tarefas de **adequação** e **aprimoramento** do pessoal auxiliar de nível médio e elementar, devem ser executados, de forma descentralizada, nas próprias áreas de trabalho.

Assim como o problema da Saúde, de início individual, torna-se problema coletivo, reciprocamente, a assunção pelo Governo, de suas responsabilidades em face do mesmo, não exclui a responsabilidade, nem dispensa a cooperação de cada um. De fato, a Saúde é, individualmente, um bem tão precioso e representa, para a coletividade, fator tão essencial à segurança, ao progresso e ao bem-estar, que todos os indivíduos deviam ser preparados para pensar permanentemente secundando a ação governamental, como participante de em termos de prevenção da doença e do acidente, e para agir, uma Campanha de Defesa da Saúde.

Há que ser criada, de referência ao problema da Saúde, uma consciência nacional, quanto à sua importância e magnitude. Isto exige ampla e permanente ação educativa, no lar, na escola, no meio da coletividade, para o que se requer pessoal adequado em número e preparo. A avaliação dos recursos humanos para as atividades de saúde, não pode ignorá-lo. Afinal, a construção da Pátria grande, livre, fraterna e feliz que sonhamos e havemos de construir, é tarefa para todos e, como diria Winslow, não pode ser empreendida sobre um povo esmagado ao fardo da doença e da miséria.

---

3) O ensino técnico (de grau médio) para atividades de saúde coloca-se, presentemente, no Ministério da Educação e Cultura, na área da Diretoria do Ensino Secundário. Aí estão por exemplo, as Escolas de Auxiliares de Enfermagem.

## A. O PROFISSIONAL DE SAÚDE DE QUE O BRASIL NECESSITA

Dr. Achilles Scorzelli Junior (\*)

O desenvolvimento de um dado tema obriga, muitas vezes, a que se defina, como preliminar indispensável, a natureza dos assuntos nele envolvidos, para que, então, se estabeleça a programática a ser obedecida.

O primeiro dos conceitos a serem, neste sentido, determinados no caso presente, é, em nosso entender, a delimitação entre saúde individual e saúde coletiva.

Sem delongas filosóficas, que seriam dispensáveis, deve-se, entretanto, admitir que os campos de ação relativos a saúde individual e à coletiva são administrativamente um tanto distintos.

A saúde individual embora repercuta, como um somatório, sobre as aspirações e realizações da coletividade, representa, todavia, um objetivo a ser alcançado em sua máxima expressão desde que se conte com os meios necessários a assegurá-lo. Como tal, é mais uma função do indivíduo do que da coletividade.

Quando se trata, porém, da saúde coletiva, esta se reveste de caráter eclético, obrigando a que se pense em termos de generalidade, para que todos os componentes da população ou de seus grupos envolvidos tenham o que melhor se possa e se deva conceder. Isto leva, evidentemente, a que o Governo, como responsável direto ou indireto pela saúde da coletividade, examine o estado sanitário da população, em consonância com os fatores demográficos, ecológicos, econômicos e sociais que influenciam, para estabelecer uma política de saúde que atenda às prioridades determinadas.

Uma política de saúde vigora, ademais, para um tempo útil, cuja duração será dependente das transformações apresentadas pela coletividade, ditadas por seu próprio progresso e recursos científicos e tecnológicos disponíveis. Uma política de saúde deverá, assim, atender a uma necessária flexibilidade de raciocínio e de ação. Por outro lado, deverá se ater a particularidades regionais, como se verifica atualmente no Brasil.

Outro aspecto a ser preliminarmente considerado, é o que decorre da distinção entre os aspectos assistencial e preventivo da medicina pública.

Sem prejuízo da concepção, justa e certa, de não existirem atualmente propósitos essencialmente diversos entre a medicina curativa e a medicina preventiva, deve-se, do ponto de vista administrativo, admitir que, muitas vezes, programas sejam especialmente estruturados de acordo com métodos de ação peculiarmente voltados para uma ou outra dessas expressões da Medicina.

Assim é que existem doenças, como a varíola, para as quais a ação deve ser baseada na prevenção. A vacina é ainda o método excelso de profilaxia, capaz de impedir o aparecimento da doença. O programa de combate à varíola, conquanto se beneficie de atividades assistenciais, para internamento, diagnóstico e mesmo imunização, é fundamentalmente estruturado com vistas a se evitar a doença.

No estado atual dos conhecimentos científicos, existem, porém, outras doenças, de etiologia ainda incerta ou mal esclarecida, cujo combate é sobretudo firmado no controle de sua evolução, para que se lhes modifique ou modere o curso, com o objetivo de se prolongar a vida do acometido, afastar seqüelas e complicações ou diminuir os efeitos destas. Evitável nesta circunstância, não é a doença em si mesma, senão o que

---

(\*) Diretor-Geral do Departamento Nacional de Saúde.

dela decorre. Neste grupo, incluem-se as doenças denominadas degenerativas, nas quais a atenção se acha especialmente voltada para a utilização de medidas de natureza clínica.

Estas considerações parecem, à primeira vista, se distanciar dos fundamentos do tema em questão.

O quadro nosológico, em sua expressão de conjunto, acha-se, porém, relacionado ao estado de desenvolvimento das coletividades e, por conseguinte, aos programas necessários a seu atendimento. Decorrem, naturalmente, daí indicações quanto ao pessoal requerido para o cumprimento dessas finalidades.

Aspectos, ainda, a ser incluído nestas considerações preliminares é o pertinente ao tipo de estrutura dos serviços, a qual, conquanto obedeça, em suas linhas gerais, a uma concepção de caráter genérico, deve, entretanto, ajustar-se às condições nosológicas, políticas e administrativas de cada país ou região.

Numa dada área, imaginária e na qual os problemas de saúde e, por conseguinte, a natureza e magnitude dos recursos a serem proporcionados cresçam em sentido centrípeto do sistema, a estruturação dos órgãos necessários apresentará determinadas características, não importam as nuances motivadas por variações geográficas, políticas e administrativas.

Na periferia desse sistema ideal, na qual se supõe existir uma população pouco concentrada, de economia atrasada e sujeita a nosologia típica do subdesenvolvimento, as questões assistenciais e preventivas devem ser conjuntamente atendidas, em caráter elementar, assim caracterizadas por uma atuação mais em extensão do que em profundidade. As poucas questões carentes de cuidados técnicos mais aprimorados não justificam, econômica e administrativamente, a implantação de serviços para esse fim capacitados, cabendo então solucioná-las por transferência a órgãos de maior importância situados no interior do sistema.

Esta periferia será confiada à supervisão e execução de médicos policlínicos, com suficientes conhecimentos básicos quanto às clínicas médicas, cirúrgica, pediátrica, obstétrica e dermatológica, assim como sobre fundamentos de saúde pública. Pessoal auxiliar (atendentes-visitadoras, auxiliares de saneamento, práticos de laboratório e serventes) far-se-á indispensável a que se complete o quadro necessário à estruturação de Postos, cujo vulto e responsabilidade serão crescentes no sentido interior do sistema.

Aos Postos deverão ser ligadas Unidades menores, fixas ou móveis, confiadas muitas vezes apenas a pessoal auxiliar, mas, por alguma forma supervisionado e fiscalizado, as quais exercerão uma ação complementar e ainda mais descentralizarão a execução. Essas pequenas Unidades, geralmente satélites e subordinadas, deverão, porém, em certas circunstâncias, como em áreas de população muito esparsa, de que é exemplo o interior da Amazônia, atuar com certa autonomia, a ser administradas por um centro diretor de sistemas regionais.

Caminhando-se no sentido centrípeto do sistema, atingir-se-á uma faixa de mais forte exigências, interdependente, entretanto, da área periférica, a qual assistirá e mesmo poderá dirigir.

Os problemas ocorrentes ou delegados a esta área interna exigem uma estrutura, que se pode tornar progressivamente mais complexa, até alcançar o máximo necessário.

Suas Unidades deverão ter maior porte, sem se afastarem, porém, da atuação extensiva simultaneamente curativa e preventiva. Constituem-se em Centros Médicos-Sanitários, nos quais a assistência médica e cirúrgica, sem assumir plena potência, visa ao tratamento profilático, à descentralização dos atendimentos, a evitar a sobrecarga nas internações hospitalares e a oferecer um atrativo para o público, amaciando-o para a aceitação das medidas preventivas.

A estrutura e o pessoal necessários a esses Centros Médico-Sanitários serão evidentemente mais avulta-



dos, tendo-se em vista os encargos a eles atribuídos.

A divisão do trabalho leva a que, embora coexistentes e interrelacionadas numa mesma organização, as tarefas sejam exercidas distintamente, segundo as técnicas envolvidas.

A natureza e o vulto dos serviços componentes dos Centros Médico-Sanitários deve, não obstante, ser naturalmente função do quadro nosológico regional.

Neles, não cabe estabelecer fronteiras entre idades nem natureza de atividades, mas seus Serviços serão tecnicamente orientados e supervisionados por órgãos centrais especializados e normativos. O que os une, numa só organização e comando, são as razões administrativas, originadas no melhor aproveitamento de pessoal, instalações e equipamentos, na melhor harmonia funcional e em maiores facilidades para o público. Isto leva mesmo a que, sempre que possível, se reunam o Hospital e o Centro Médico-Sanitário, mesmo uma unidade menor, numa só edificação, até com uma direção colegiada, verificando-se, então, mais profundo alcance, daqueles objetivos.

Contudo, os hospitais, mesmo na atuação isolada, devem fugir à idéia de serem entidades estanques e somente abertas através de seus ambulatórios. O hospital deve se integrar mais intimamente com a comunidade a que serve, não só por sua articulação com as Unidades Médico-Sanitárias, como pelo acompanhamento domiciliar de seus egressos, a investigação do meio sócio-econômico em que atua e as práticas de medicina preventiva, inclusive as de imunização, de sorte a participar do plano de saúde, considerada esta como um campo uno, em qualquer nível administrativo em que seja considerada.

Um inevitável ajustamento do esquema ideal terá que ser adotado em face da realidade das condições e disponibilidades existentes. Muitas vezes, como freqüentemente se verifica em nosso país, o que se defronta é a multiplicidade, onerosa e perturbadora, de órgãos da mesma ou semelhante finalidade, que se devem rever e reunir, numa só conjunção técnico-administrativa, no chamado Plano Integrado de Saúde.

Feitas estas considerações preliminares e norteadoras, cabe então examinar qual o profissional de saúde de que o Brasil necessita.

Esse profissional (melhor, esses profissionais), além de se distinguir pelos diversos níveis de formação cultural, deve cobrir um amplo campo de necessidades, já que nosso país demonstra condições diversificadas e de variada exigência.

Seus problemas de saúde se, de um lado, têm características genéricas, por outro, apresentam, para as áreas mais adiantadas, aspectos específicos.

Assim, se, de um lado, o combate às doenças transmissíveis, a proteção à maternidade, infância e adolescência, a assistência médico-sanitária geral, a nutrição, a assistência aos doentes mentais, são questões destacadamente onipresentes em todo o território nacional, de outro, uma ênfase deve ser dada à medicina ocupacional e à higiene industrial, às doenças degenerativas e aos acidentes, em trechos apreciáveis do país. Tudo sem, evidentemente, se esquecer que atividades subsidiárias, mas indispensáveis, devem ser atendidas, como o controle e fiscalização de alimentos, o controle de medicamentos, a estatística e a educação aplicadas, a investigação e a pesquisa.

Inevitavelmente, no Brasil como em toda parte, um mundo de preocupações no que se relaciona ao pessoal necessário, o qual se estende por vários níveis (superior, médio, elementar), que se mostram interdependentes, para que se possa alcançar organicamente o êxito desejado. Se é verdade que necessitamos de pessoal da alta qualificação profissional, não é menos certo que o técnico se desgasta na ausência de auxiliares que o complementem.

No que se relaciona aos ofícios necessários aos programas de saúde, deve-se considerar não só a preparação especial como a básica.

Isso ocorre em qualquer nível desejado, indo desde o grau mais inferior ao mais elevado.

Assim, a preparação básica exigida para a admissão de um servente pode ser até de valor zero, na emergência de certas situações encontradas na prática, procurando-se então, simultaneamente à sua preparação especial, promover a alfabetização enquanto se executa o treinamento em serviço. Pode, porém, na mais alta expressão, ser a de um profissional de nível superior, já com uma indispensável pós-graduação efetuada, como se dá com os especialistas de mais avançada preparação.

Na catalogação das categorias profissionais, verifica-se, pois, dupla, senão múltipla, inscrição das fases de preparação.

Evidentemente, as fases preliminares de preparação considerada acham-se geralmente incluídas no âmbito dos órgãos de educação e podem ser dispensadas de cogitação nesta Conferência. O que se deve debater, num exemplo, não é a formação do médico, que cabe, em nosso país, aos órgãos de educação, nem mesmo em relação à pós-graduação, desde que esta normalmente se processe no âmbito de uma Faculdade de Medicina, como ocorre com várias especialidades (Obstetrícia, Ginecologia, Psiquiatria e outras). Para o profissional da Medicina, a ser utilizado em funções de saúde pública, o que cabe aqui debater é sua preparação como sanitário, nos vários aspectos e graus dessa especialização, de par com a formação complementar desejada, mesmo clínica, que, em caráter de emergência, se deve ministrar, na própria área de atuação aos médicos policlínicos.

A espécie e o número de profissionais de saúde são, contudo, função das necessidades regionais, que se mostram variadas em face das condições vigentes.

Assim, o profissional requerido numa área malarígena pode ser mais ou menos diversificado na dependência da natureza dos trabalhos que se façam indicados. Por outro lado, o profissional exigido pelos problemas das áreas industrializadas não pode, evidentemente, ser o mesmo que para as áreas atrasadas do país.

Admitindo-se, além disso, que o desenvolvimento é praticamente universal, processando-se em todas as áreas, segundo ritmo e intensidade peculiares, nenhuma estimativa numérica quanto a gênero e espécie de pessoal deixa de estar sujeita a revisão.

Dizer-se, por exemplo, que o Brasil necessita de 1 médico por 1.000 habitantes, é adotar uma expressão global, que desconhece a acentuada variedade de necessidade de seu território. Não obstante, como valor global e em ponto de partida, serve como uma indicação de que temos um déficit de quase 50.000 médicos, a serem acrescentados aos 34.000 conhecidos.

A relação de pessoal necessário a nossos serviços de saúde deve, obviamente, compreender os níveis superior, médio e auxiliar.

O nível superior deve abranger várias expressões, não só para se atender às necessidades técnicas essenciais, como à correção da situação vigente, resultante de já se acharem em exercício numerosos profissionais providos de precários conhecimentos. É o caso, sobretudo, de médicos, engenheiros e enfermeiros, a cujo cargo se acham atividades das quais não se podem afastar, por motivo de seu interesse e mesmo de serviço, aos quais se deve, porém, proporcionar uma melhoria substancial de capacitação, em cursos rápidos e intensivos, de atualização em saúde pública.

No nível superior pode-se, em nosso entender, distinguir: a) pós-graduação completa; b) pós-graduação abreviada; c) preparação complementar.

A pós-graduação completa abrange, a seu turno, diversas expressões: a) básica; b) especializada, subsequente ou não à básica.

Por pós-graduação básica, entende-se, para os efeitos deste trabalho, a efetuada em curso de saúde pública, inclusive na forma atualmente configurada na Escola Nacional de Saúde Pública sob a denominação de Curso de Mestrado.

A pós-graduação especializada mostra-se, para certas especialidades, subsequente à graduação básica em saúde pública, para se atender a especializações em determinados campos, como a epidemiologia, a estatística sanitária, a administração superior de serviços, a medicina ocupacional, a higiene industrial e outras.

Mas, pode ocorrer singelamente, em campos desde logo polarizados, como a Leprologia, a Tisiologia, a Higiene Mental, as Técnicas de Laboratório, a Entomologia e outras.

A pós-graduação abreviada inclui as várias formas de cursos de atualização em saúde pública, os quais merecem uma ênfase especial, tendo-se em vista a realidade de nossa situação. Os serviços não podem nem devem parar, à espera de que se disponha de técnicos completamente capacitados, em quantidade bastante a que se os tenha à testa de todos os órgãos que os possan requerer. Nossas deficiências em pessoal são extraordinariamente grandes, mas uma solução transicional poderá ser satisfatoriamente alcançada, se os técnicos de preparação completa forem predominantemente destinados, enquanto perdurarem essas deficiências, a tarefa de chefia ou de especialização, ficando os encargos menos complexos atribuídos aos técnicos, de preparação efetuada em curso de atualização.

A preparação complementar visa, na classificação aqui adotada, à ministração de conhecimentos a médicos policlínicos, anteriormente mencionados e, eventualmente, a outros profissionais, como os farmacêuticos, que lhes podem estender a ação em certas áreas.

O pessoal de nível médio, também merecedor de especial atenção, estende-se por ampla faixa, abrangendo auxiliares qualificados para as práticas administrativas hospitalares, práticas de laboratório, saneamento, educação, visitação domiciliar, produtos profiláticos, estatística e outras. A preparação básica deve ser realisticamente considerada e pode variar, alcançando o equivalente ao segundo ou ao primeiro ciclo secundário.

Sua formação será geralmente de curto prazo, efetuando-se em curso de tempo integral de ensino, com duração de poucos meses.

Sem prejuízo da imprescindível importância de qualquer tipo de pessoal de nível médio, justifica-se um destaque para premente necessidade de dispormos de inspetores de saneamento, de visitadoras sanitárias e administradores para pequenos hospitais.

Os problemas de saúde pública que defrontamos tornam sobremodo relevantes as atividades desenvolvidas no saneamento básico. Não dispomos, entretanto, de engenheiros sanitaristas em número suficiente. Muitas atividades menores não exigem, porém, mais que supervisão, podendo ser atribuídas a pessoas com o primeiro ciclo do curso secundário e preparadas em curso intensivo, de uns 6 meses de duração – os inspetores de saneamento. Um engenheiro sanitarista, poupado de desgaste determinado por atividades executivas, que pode delegar, multiplica-se ao dispor de vários desses inspetores.

As visitadoras sanitárias são outro aspecto a se enfatizar. Substituem as enfermeiras de saúde pública, que se destinam, então, ao papel de capitãs de equipe de visitadoras, que lhes estendem a ação. Essas visitadoras podem ser preparadas em cursos de 6 meses, a partir de moças com o primeiro ciclo ginásial.

Os administradores para pequenos hospitais merecem também uma atenção especial.

Nossos hospitais de interior são, via de regra, administrados empiricamente, deixando de proporcionar o rendimento necessário. Concorrerá eficazmente para que se remova este inconveniente a realização de cursos objetivos, de curta duração, que visem à ministração dos conhecimentos estritamente necessários, destinados a pessoal de nível médio já em exercício nessas funções.

Os auxiliares de nível elementar devem ser preparados, ao mínimo possível, pelos próprios órgãos interessados, dada a grande diversidade de pessoal exigido, o qual deve, ademais, ser recrutado localmente.

Tanto na formação de pessoal de nível médio, como auxiliar elementar, deve-se cuidar de dois objetivos: 1) a formação deve ser descentralizada, realizando-se em pontos estrategicamente situados, em função das necessidades regionais; 2) o recrutamento deve visar ao pessoal local.

Uma ênfase deve ser dada à formação de pessoal de nível médio e auxiliar. Nossas necessidades podem, com efeito, ser satisfatoriamente atendidas por esse pessoal, que multiplica e dinamiza possibilidades, sem onerar indevidamente as verbas disponíveis. Tudo está em que esse pessoal tenha comando e controle indispensável a que integre um sistema funcional adequadamente estruturado.

Do exposto nesta resenha, permito-me obter algumas linhas de pensamento e de ação, que se coadunam com os objetivos implícitos deste tema:

Assim é que se afigura:

1. Indispensável que os serviços de saúde, para sua melhor estruturação e operação, disponham de pessoal dos níveis superior, médio e auxiliar, preparado na natureza e quantidade suficientes a que sejam atendidas as necessidades do país, observadas as diversidades regionais nele encontradas. A preparação de pessoal deve ser considerada como essencialmente importante nos planos e programas de saúde, para que estes assumam uma feição concreta e produtiva.

2. Deve-se, na preparação dos vários tipos de profissionais, adotar a necessária flexibilidade de ação, evitando-se as programações invariáveis e que desconheçam as variações do mercado de trabalho.

3. Cabe, para se atender à realidade nacional, dar ênfase à preparação de pessoal de nível médio e aos cursos de atualização para o pessoal de nível superior já em exercício nos programas de saúde.

4. Cumpre delimitar os campos de preparação de pessoal, de modo a se eliminar a multiplicação de atividades para um mesmo fim e o estabelecimento de áreas de atrito, elaborando-se, tanto quanto possível, planos que satisfaçam às necessidades regionais do país.

5. Faz-se indicado promover a regulamentação profissional e a uniformização da terminologia correspondente.

6. Sem prejuízo da preparação centralizada, nas Escolas ou Faculdades de Saúde Pública, as quais devem existir em número estritamente necessário, é indispensável descentralizar a execução dos programas, com o fim de se estender a ação das mesmas, mediante o aproveitamento, na forma e extensão indicadas, dos recursos, institucionais ou não, regionalmente disponíveis, em âmbito macro ou microrregional.

Finalmente, a ilação de que não há, exatamente configurado, um profissional de saúde pública, de que o Brasil necessite. Esta denominação genérica deve se ater às particularidades ocupacionais que cubram toda a gama necessária à operação dos órgãos de planejamento, supervisão e execução dos programas. A magnitude e a forma dessa variação de ocupação derivam do que seja preciso para se responder devidamente às solicitações, onde e porque surjam, decorrentes do panorama econômico, nosológico e tecnológico a ser defrontado.

## A. PESSOAL DE NÍVEL MÉDIO E AUXILIAR

Prof.<sup>o</sup>. Sávio Antunes (\*)

### EXPLICAÇÃO PRELIMINAR

Este trabalho não busca originalidade, se bem que inspiração não nos tenha faltado sempre que foi necessário mobilizá-la.

Neste escrito muitas vezes nos servimos de pensamentos alheios, para nos valermos do peso de autoridades respeitáveis; alguns deles na forma mesmo em que foram expostos.

Outras vezes é bem capaz que tenhamos nos apropriado de textos de escritores mais bem dotados, sem menção de autoria, mas, também, sem intenção de plágio; desculpem-nos autores, leitores e ouvintes, se foram esquecidas as aspas.

Nenhuma vez tivemos o propósito de nos enfeitar com produto do esforço alheio. Se descobrirem gemas decorando nossos paramentos não considerem isso furto: a tentação foi irresistível.

A incorporação, consciente ou inconsciente, de jóias ao nosso patrimônio não teve como objetivo enriquecê-lo; deve ser tomada como prova de apreço e homenagem aos seus ourives.

### INTRODUÇÃO

“Cuidar de quem ainda não está doente é uma missão superior. Tarefa medíocre é cuidar somente daqueles que já estão doentes”. Isto está dito no livro de Medicina, **Nin King**, escrito por Pien Tsio 500 anos A.C.

Khi Pa, médico do Imperador Hoang-Ti (2698 a 2598 A.C.), autor do **Nei King**, o mais antigo tratado de Medicina, já havia escrito antes: “Uma pessoa sensata não espera que os homens fiquem doentes para tratá-los, mas os guia quando eles estão com saúde, fazendo-os seguir certos preceitos; deste modo os conserva saudáveis”.

George Beau, tecendo comentários sobre a medicina chinesa, menciona: “O chinês antigo pagava seu médico para lhe conservar saudável. Havia uma sanção quando ele faltava ao seu dever: o cliente deixava de pagar-lhe seus honorários e o médico era obrigado a presentear-lo com os medicamentos”.

A medicina chinesa era primordialmente preventiva.

Na nossa época, o conjunto de atividades que tem por objetivo específico a proteção, manutenção e recuperação da saúde, seja por intermédio de ação dirigida ao indivíduo ou à coletividade, que pode servir para definir os Serviços de Saúde Pública, tem de ser uma das atribuições dos estados modernos. As ações de prevenção e tratamento das enfermidades e de promoção da saúde devem ser incorporadas ao processo geral de

---

(\*) Chefe do Departamento de Ensino da FENSP.

desenvolvimento. A saúde já é em si um bem para os seres humanos, porém é ao mesmo tempo instrumento que contribui para a economia, o desenvolvimento e o bem-estar coletivo.

A medicina moderna tem a missão de “dar à humanidade alguma orientação sobre os problemas criados pelas reações do corpo e da mente à civilização tecnológica. O homem sente-se ameaçado e ameaçado está, com efeito, pela cisão que se produziu entre a vida e as condições e ciclos naturais que determinaram a evolução humana; pela exposição constante e inevitável aos estímulos da civilização urbana e industrial; pela contaminação do ambiente, intensa e variada; pelo trauma emocional e, com freqüência, pela solidão do indivíduo nas cidades congestionadas; pela monotonia, o tédio, o ócio compulsório imposto pela automatização do trabalho. São estas as verdadeiras raízes da maioria dos problemas médicos. As alterações do corpo e da mente não passam, em grande medida, de reações canhestras às influências do ambiente.” (René Dubos).

A saúde, parece-nos, resulta de um diálogo entre ciências e humanidades. Temos de obtê-la adequando o conhecimento e a técnica à conduta, às atividades e às crenças predominantes, como parte de um processo de interação de fatores de ordem ecológica, econômica e cultural. Cabe-nos motivar e persuadir, nunca impor e coagir.

O Dr. Edmar Terra Blois, há alguns dias, numa mesa redonda, da qual participou a Dra. Helen Martikainen, assim se exprimiu:

“O tipo de saúde que os homens mais desejam não é, forçosamente, um estado em que experimentem vigor físico e sensação de bem-estar, nem mesmo um estado que lhes proporcione vida longa. É, antes, a condição mais apropriada para alcançar as metas que cada indivíduo fixa para si próprio. Habitualmente, essas metas não têm relação com a necessidade biológica; às vezes, na verdade, são a antítese da utilidade biológica. Com maior freqüência, a procura da saúde e da felicidade é norteadas por urgências que são sociais, mais que biológicas; urgências tão peculiares ao homem que nem mesmo têm significação para outros seres vivos, porque destituídas de importância para a sobrevivência do indivíduo ou das espécies”.

“Todos os homens, independentemente de sua origem, têm fundamentalmente a mesma constituição biológica, as mesmas necessidades fisiológicas e as mesmas reações; no entanto, malgrado essa uniformidade biológica, suas doenças e suas necessidades médicas diferem profundamente, segundo seus “habitats”, instituições sociais e meios de vida. Todos quantos nos preocupamos com os problemas da saúde e da doença devemos portanto ter em mente tanto os aspectos universais da biologia humana quanto à diversidade social dos problemas médicos” – (René Dubos). O contraste é grande entre os problemas sanitários mais freqüentes nas comunidades rurais pobres e os que surgem nas aglomerações industriais prósperas.

Sob o ponto de vista do trabalhador de Saúde Pública, o homem deve ser considerado mais um produto de seu ambiente do que de seus dotes genéticos. A saúde do povo é determinada não por sua raça, mas por suas condições de vida.

“Independentemente da raça e do clima, a incidência da maioria das doenças nutricionais, infecciosas e mesmo degenerativas está estreitamente relacionada com a situação econômica. Com efeito, os fatores sociais são de importância tão óbvia como causa e controle das doenças que muitos sociólogos até mesmo médicos estão inclinados a acreditar que as reformas políticas e sociais são a maneira mais acertada de melhorar a saúde das populações destituídas de recursos” (René Dubos: **O Homem e seu Ambiente**).

Mas as medidas políticas e sociais não surtem efeito quando lhes falta a base de informação científica apropriada.

“O controle das doenças diarréicas constitui, por exemplo, problema em que a ação social pode falhar se não estiver guiada pela compreensão científica da etiologia. Existe de certo razão de sobra para acreditar que

os processos infecciosos representam papel importante na maioria das perturbações intestinais. Por esta razão, é comum supor que programas médicos destinados ao seu controle devem ser baseados na ampla distribuição de medicamentos e vacinas contra organismos patogênicos como as shigelas, as salmonelas, as amebas ou os vírus entéricos. Baseados nessa pressuposição, realizam-se, com efeito, vastas e dispendiosas campanhas de saúde pública. A verdade, porém, é que a etiologia das doenças diarréicas não está de modo algum esclarecida. As medidas profiláticas e terapêuticas baseadas nesses conhecimentos inadequados têm no máximo pequena utilidade; e em muitos casos são de fato mais nocivas que benéficas. Há com efeito indícios de que o melhoramento geral da dieta, a observação de técnicas mais corretas na alimentação e no cuidado dos lactentes e simplesmente abundância de água seriam medidas muito mais eficazes e menos dispendiosas no controle de muitas perturbações intestinais que a profilaxia e o tratamento mediante drogas e vacinas”.

A menos que a estruturação social seja orientada por conhecimentos adequados, as regiões em processo de desenvolvimento se transformarão em mal desenvolvidas. Nelas se instalarão as horríveis condições que prevalecem agora nos centros industriais poluídos, congestionados e desumanos. Será realmente uma tragédia se o crescimento técnico e econômico significar a substituição das doenças de escassez nas áreas subdesenvolvidas pelas doenças da abundância nos países desenvolvidos.

“O processo de modificação cria, ele próprio, problemas para a saúde, porque os adultos que têm que viver e agir em condições físicas e sociais profundamente distintas daquelas em que se desenvolveram experimentam, com frequência, tensões fisiológicas e emocionais. A causa mais comum de doença no mundo moderno é provavelmente a incapacidade de atender com êxito às rigorosas exigências da adaptação às modificações da vida, porque essas modificações são agora tão freqüentes, tão rápidas”. Por essa razão, compreender os mecanismos da adaptação e desenvolver técnicas que a facilitem tornaram-se duas das mais graves responsabilidades dos homens de saúde pública.

É complexa a interação entre saúde do homem, a ação social e os conhecimentos biomédicos. A vida do homem, inclusive sua saúde, estão ligados à sua história e às suas estruturas sociais.

Alguém já disse, não sem razão: “O homem não tem natureza, ele tem história.”

Obstáculos imensos opõem-se a quem procura satisfazer às necessidades universais da natureza humana, obrigado a agir dentro das limitações impostas pelas estruturas social e histórica.

Nesta Casa se está procurando ensinar aos que por aqui passam que não se deixem desanimar pelas dificuldades.

O Dr. Edmar Terra Blois, da velha guarda dos sanitaristas de formação regular, em boa hora escolhido para presidir aos destinos da FENSP, tira das dificuldades incentivo para a luta e desta, inspiração para novas aventuras do espírito.

Sua crença na condição humana pode ser encarada como atitude de louco, mas desesperar dela lhe parece covardia.

## **DESENVOLVIMENTO DOS RECURSOS HUMANOS**

O desenvolvimento dos recursos humanos é o processo de aumentar o conhecimento, as habilitações e a capacidade de todas as pessoas numa sociedade. Em termos econômicos, de uma economia racionalista acadêmica, poderia ser considerada como “acumulação de capital humano e seu investimento profícuo no desenvolvimento de uma economia”. Visto deste modo, o homem seria um animal que não vive, mas se assiste a

viver através de uma máquina infernal chamada lógica. E os produtos desta máquina são conceitos, e não homens.

Mas se levarmos em conta os aspectos social, cultural e político do desenvolvimento dos recursos humanos, devemos ter em vista alargar os horizontes do povo e prepará-lo para a participação nos processos políticos, para a mudança, visando a uma sociedade melhor, na qual possa usufruir de vida mais rica.

A nosso ver, é incorreto colocar o problema do desenvolvimento dos recursos humanos apenas como o de maximizar a contribuição do homem na criação de bens e serviços produtivos.

Por outro lado, a educação para promoção da liberdade, dignidade e valor do homem são objetivos legítimos, mas exprimem apenas parte das aspirações das sociedades modernas.

A abordagem puramente humanística, assim como a abordagem puramente econômica do problema é igualmente incorreta.

## **MODOS DE DESENVOLVER OS RECURSOS HUMANOS**

É inegável que as melhorias em matéria de nutrição e de saúde da população trabalhadora resultam em aumento da capacidade de trabalho do povo e do período de sua utilização. Os assuntos são correlatos e tanto podem ser causa como efeito de desenvolvimento econômico. Mas, estudar o tema sob este aspecto, nos afastaria da incumbência que aceitamos.

Não há dúvida que melhorias na saúde do povo são obtidas com a execução de melhores programas de saúde. E para a elaboração dos programas e sua execução há necessidade de pessoal de vários níveis corretamente preparados.

De muitos modos se desenvolvem os recursos humanos. O mais óbvio é através da educação formal: primária, média (aí compreendida, a secundária) e a superior. Em segundo lugar, os recursos humanos são também desenvolvidos no emprego, por intermédio de programas de treinamento sistemáticos, nas instituições empregadoras; nos programas de educação para adultos e através da participação em vários grupos: políticos, sociais, religiosos e culturais. Um terceiro processo é o do autodesenvolvimento, em que os indivíduos procuram adquirir maior experiência, habilitação ou capacidade por iniciativa própria: em cursos normais ou por correspondência, através de leituras ou em contatos informais com outros. A motivação para o autodesenvolvimento está relacionada com os valores sociais da comunidade e com os incentivos para o treinamento e ingresso numa ocupação em contraposição a outra, bem como para o aprendizado de novas habilitações.

A acumulação de capital humano pode ter início com a educação formal, mas não termina aí. — Trata-se de um processo contínuo, por toda a vida, e o conhecimento e as habilitações adquiridos no emprego são as mais das vezes tão valiosos quanto os adquiridos na escola.

## **ENSINO TÉCNICO E PROFISSIONAL**

Há quem acredite ser possível tornar o homem eficiente e operoso, proporcionando-lhe apenas as possibilidades de adquirir e desenvolver “habilidades”. A técnica é indiscutivelmente necessária, mas a inteligência formada no trato dos problemas gerais, enriquecida pelo chamado conhecimento não útil, o saber gratuito que não serve para nada, permite uma melhor capacitação técnica e uma visão mais ampla da realidade.



O Ensino Técnico “deve ultrapassar uma simples preparação para o exercício de uma profissão determinada, que vise exclusivamente a dotar o estudante das competências e conhecimentos teóricos estritamente necessários para este efeito; ele deverá, conjuntamente com o ensino geral, assegurar o desenvolvimento da personalidade, do caráter, das faculdades de compreensão, de julgamento, de expressão e de adaptação. Para este fim, é conveniente elevar o conteúdo cultural do ensino técnico e profissional a um nível tal que a especialização inevitável não impeça a expansão de interesses mais vastos.” (Recomendação sobre Ensino Técnico e profissional da Conferência Geral UNESCO, Paris, 12.12.62).

## DEFINIÇÕES

A terminologia com que se designam os trabalhadores que operam no campo de saúde pública não é uniforme; é importante, portanto, precisar a que vai ser utilizada neste estudo a fim de evitar confusão.

Pela expressão “pessoal de nível médio e auxiliar”, constante do temário da Conferência, deve-se entender os trabalhadores que atuam como técnicos, sem terem uma preparação profissional de nível superior. E, daqui por diante, usaremos apenas a expressão **pessoal auxiliar** para designar os trabalhadores que, sem possuem todos os títulos profissionais exigidos em uma especialidade determinada, colaboram com um profissional (trabalhador de nível superior) e atuam sob sua direção. (**Comité de Expertos en Formación Profesional y Técnica del Personal Médico y Auxiliar** – Tercer Informe – Ginebra, OMS, 1956).

Circunstâncias existentes podem exigir que o pessoal auxiliar trabalhe sem a supervisão imediata de um profissional.

Os tipos de auxiliares são muito variados, para que seja possível examiná-los detidamente no decurso desta exposição relativamente breve. De acordo com o grau de instrução geral exigido para sua formação técnica, achamos conveniente classificá-los em duas grandes categorias: **pessoal auxiliar de nível médio** e **pessoal auxiliar de nível elementar**. A primeira categoria comportando os trabalhadores dos quais, para sua formação, se exija instrução geral equivalente ao ensino secundário e na segunda, que a exigência seja a instrução primária.

## NECESSIDADE DE PESSOAL AUXILIAR NOS PROGRAMAS DE SAÚDE

Nos países em desenvolvimento o emprego de pessoal auxiliar é uma necessidade. A formação do pessoal profissional tende a tornar-se mais demorada e, por isso, mais dispendiosa. Agrava esta situação a necessidade de instituições e equipamentos cada vez mais custosos. As despesas com a formação de pessoal profissional podem ser mais onerosas do que os países subdesenvolvidos possam pagar.

As dificuldades na expansão rápida da formação de pessoal profissional, para os programas de saúde pública, resultarão no rebaixamento do nível do ensino. Esta perspectiva aconselha o emprego de pessoal auxiliar para substituir, em parte, os profissionais, além de desempenhar as valiosas funções que lhe são próprias.

É claro que pessoal profissional de alto nível somente pode ser formado em número adequado às necessidades, onde haja uma população educada. A educação geral está intimamente relacionada com a qualidade dos serviços de saúde e do pessoal que necessitam.

Além disso, a experiência adquirida nos países adiantados comprova que o aumento do pessoal profes-

sional não diminui o emprego de auxiliares; é o contrário o que ocorre, havendo motivos para admitir que a necessidade do pessoal auxiliar tende a aumentar.

Outra razão aconselha o emprego de pessoal auxiliar: a resistência dos profissionais a trabalhar nas zonas rurais, sem comodidade, e atrativos.

### **POSIÇÃO SOCIAL DOS AUXILIARES**

O emprego de auxiliares em boas condições e a qualidade de seu trabalho não dependem só de cuidado na sua formação, dependem também da adequada situação em que sejam colocados, em relação aos profissionais, na hierarquia do serviço e da condição social que recebam da comunidade onde operam.

As questões de terminologia têm particular importância para a condição social dos auxiliares. Quanto possível, deve-se evitar o uso da palavra “auxiliar” ou equivalente, que pode rebaixar a consideração do trabalhador na coletividade.

Lembramos o vocábulo “técnico” cujo uso vem se generalizando para designar o trabalhador de nível médio com formação técnica teórica e prática.

### **FUNÇÕES DOS AUXILIARES**

O emprego do pessoal auxiliar subordina-se a dois princípios: o de substituição e o de supervisão.

Onde não for possível utilizar profissionais de saúde de formação completa para realizarem os serviços que a população precisa, ou porque o custo de sua formação é elevado, ou porque o tempo necessário para sua preparação é excessivamente longo, ou por razões sócio-culturais, trabalhadores de níveis mais baixos devem ser formados, e utilizados em substituição àqueles.

Em alguns casos os trabalhadores auxiliares devem trabalhar sob supervisão. A imposição de sistema de supervisão a um corpo de trabalhadores significa que eles fazem parte de uma instituição. No caso dos trabalhadores de saúde, a implicação é que eles operem como assalariados dentro de uma organização de saúde, em vez de por iniciativa privada.

É admissível advogar que os trabalhadores auxiliares de saúde devem somente ser utilizados dentro de serviços e não lhes seja permitido se dedicarem à iniciativa privada. Mas, também, não é absurdo pensar que, em certas circunstâncias, é possível utilizar auxiliares dos mais altos escalões em substituição aos profissionais.

“Não se ajusta, a bom critério econômico, o emprego de um pessoal que recebeu uma preparação superior em tarefas apropriadas à capacidade de auxiliares. Convém contar com auxiliares preparados que possam aplicar técnicas simples e encarregar-se do diagnóstico e tratamento das enfermidades benignas, quando não requeiram necessariamente a intervenção do médico”.

Como é pessoal auxiliar que tem contato mais direto com a população, é importante que eles saibam captar e aproveitar sua ajuda para melhorar a situação em matéria de higiene pessoal e do meio, saneamento, nutrição, etc. Quer isso dizer que o trabalhador auxiliar de saúde pública deve exercer a função de educador, por isso que a educação tem mais eficácia quando acompanhada pela prestação imediata de um serviço.

## FORMAÇÃO DE PESSOAL AUXILIAR

É necessário que se fixe com nitidez a qualidade do pessoal auxiliar de que precisa a saúde pública, que se estime o seu número ao planejar o desenvolvimento dos programas e que os meios sejam providenciados para a formação do pessoal conveniente.

Não é necessário que o auxiliar desempenhe funções de um profissional, porém suas tarefas devem ter bastante alcance para dar-lhe o sentido da própria responsabilidade e da dignidade de seu emprego e para assegurar-lhe, no serviço, uma consideração pessoal bem definida.

Ponto importante na formação do trabalhador auxiliar é o do recrutamento dos elementos a serem preparados. É necessário atrair a juventude com educação formal, para uma carreira humanitária em competição com outros meios de existência, que oferecem maiores vantagens materiais.

Duas correntes distintas podem ser identificadas entre os profissionais de saúde pública, quanto à formação de pessoal auxiliar.

Uma delas, de orientação tecnológica, em face das necessidades imediatas e urgentes de pessoal auxiliar de todos os níveis, para os programas de saúde, e o alto custo de uma relativamente longa formação completa do pessoal **técnico** (nível médio), dentro das Diretrizes e Bases da Educação Nacional, advoga o treinamento em serviço ou em instituições de ensino especializado, de preferência nas regiões onde deve ser utilizado, sem dar maior importância à instrução básica dos candidatos.

A outra, com objetivos humanísticos mais acentuados, sem menosprezar o preparo técnico, prefere a formação regular de **técnicos** como está prevista na legislação vigente (**Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional**), abrindo ao pessoal auxiliar as possibilidades de uma futura formação superior.

Nada impede, porém, que as duas modalidades de formação de pessoal auxiliar de saúde sejam simultaneamente postas em prática.

Quanto ao treinamento de pessoal de Saúde Pública, o acúmulo de experiência da FSESP e de vários Serviços do Ministério da Saúde é respeitável, e seu estudo não poderá ser relegado, quando os participantes da Conferência examinarem o problema.

Cabe aqui ressaltar o trabalho do Dr. Marcolino Candau, atual Diretor-Geral da Organização Mundial da Saúde, e, no início dos trabalhos do SESP, Diretor do Programa de Educação Médica, principalmente de pessoal profissional.

A formação regular de **técnicos** está prevista nos artigos 34 e 47 da LDB e é uma das atribuições conferidas à Fundação Ensino Especializado de Saúde Pública; na legislação que a criou e a rege, consta um Colégio Técnico entre seus estabelecimentos de ensino. A alta administração da FENSP ainda não o pôs em funcionamento, em virtude, dos seus escassos recursos para atender às urgências de pessoal de alto nível da Saúde Pública, mas não desprezou o preparo de pessoal auxiliar em cursos breves.

E sobre este assunto, não é fora de propósito que se faça menção à decisão do Conselho Federal de Educação. De acordo com parecer do Prof. Roberto Santos, decidiu:

1. Não cabe registro, no Ministério de Educação e Cultura, dos certificados de conclusão dos cursos de visitadora sanitária e inspetor de saneamento, nos moldes em que vinham sendo ministrados na Escola Nacional de Saúde Pública;

2. Que, tendo em vista a grande carência, em todo o país, de pessoal técnico de nível médio indispensável às atividades de Saúde Pública, estude a Câmara de Ensino Primário e Médio a conveniência da elaboração de currículos em novos moldes, os quais permitam a caracterização desses cursos como “cursos técnicos de nível médio”.

Submetemos à consideração dos Srs. participantes desta Conferência e solicitamos que façam suas as seguintes indicações:

1. Da necessidade de funcionarem estabelecimentos de ensino técnico, que não ministrem instrução secundária geral.

2. Cursos técnicos de nível médio devem ser realizados em conexão com o secundário colegial, seja simultaneamente, seja sucessivamente, de tal modo, entretanto, que nunca o estabelecimento de ensino técnico, que não ministre ensino secundário geral, possa fazer a entrega de seu diploma a quem ainda não seja portador do título de conclusão do ciclo colegial secundário.

E, **data venia**, avançamos nossa opinião particular sobre a preferência do ensino técnico simultâneo com o ciclo colegial. Deste modo, o requisito básico para a formação técnica ficará mais distante da exigida para o ingresso nas escolas de formação superior.

## A. RESPONSABILIDADE DO MINISTÉRIO DA SAÚDE NA FORMAÇÃO E ORGANIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE E DO PESSOAL DE NÍVEL MÉDIO E AUXILIAR

Dr. Edmar Terra Blois (\*)

### CONSIDERAÇÕES DOUTRINÁRIAS

O século XX vem-se caracterizando pelas profundas transformações históricas, sociais, econômicas, científicas, artísticas, filosóficas e, principalmente, pela mudança do estilo de vida.

Ter-se-ia dito que, a partir da década dos 50, o homem se defronta com a possibilidade de orientar o desenvolvimento do processo epistemológico: e a vida, apesar dos extraordinários avanços científicos, ainda depende do **toque mágico**.

Tudo faz pressentir um processo mutacional. No entanto, a ferramenta por excelência para compreendê-lo – a política – continua engatinhando com pobreza lamentável de perspectiva e, sobretudo, de audácia.

Busquemos nas vertentes da fantasia, da imaginação criadora e nos recursos científicos, as muletas tão necessárias a uma política tão carente.

Os elementos acima assinalados devem fecundar, além disso, a essência do processo desenvolvimentista, determinando que os modelos elaborados estejam intimamente ajustados à realidade através, também, do conhecimento histórico, das expressões artísticas e, principalmente, da percepção lúcida dos ambientes sociais, psicológicos e culturais.

Modelos esses que resultem de um planejamento, este entendido como técnica neutra para instrumentalizar as aspirações e anseios do povo, refletidos nas diretrizes políticas que emanam do povo e de suas elites, em manifestações simultâneas, peculiares de cada período histórico. A construção de modelos elegantes, matemáticos, para o desenvolvimento econômico-social, sem a seiva fecunda das asperezas do sacrifício, do sofrimento e da vivência dos problemas que afligem entes humanos em áreas extensas do mundo, apenas tem utilidade como jogo de inteligência. Os fatores antes referidos devem guiar, a nosso ver, as ações do processo de desenvolvimento, quer nos países subdesenvolvidos, quer **naqueles mal desenvolvidos**.

Utilizemos o fecundo processo social, a educação, para associado com outros veículos de progresso superarmos os emperros, os dogmatismos e a natural deterioração dos sistemas em decadência.

A educação inclui inúmeros instrumentos, sobrevalendo-se entre eles o ensino, o treinamento e os mecanismos para o autodesenvolvimento.

O homem civiliza-se à proporção que cada geração consegue instrumentos adequados para a comunicação de seus conhecimentos e experiências às gerações seguintes.

A transmissão de conhecimentos compatibiliza-se validamente no reencontro de valores realizados pelos velhos jovens (como na canção) com os jovens jovens, mediante e, principalmente, uma atitude romântica – agressão à realidade para adaptá-la aos anseios e anelos de cada período histórico.

---

(\*) Presidente da Fundação Ensino Especializado de Saúde Pública

O processo de aprendizagem assenta-se em alguns princípios e aspectos fundamentais, destacando-se entre eles:

- a) Aprendizagem com um processo individual realizado pelo aluno e não somente desenvolvido, por métodos mágicos de transmissão, pelo professor. O **mestre** deve considerar que há diferentes alunos, diversos caminhos, inúmeros meios, não sendo ele a fonte de conhecimento para o aluno – deve encorajar conscienciosamente a auto-aprendizagem.
- b) Estabelecimento em forma precisa sobre o que professores e estudantes estão tentando fazer, mediante “encontros” constantes.
- c) Motivação compreendida como processo bem caracterizado. Motivar não para aquilo que eles, professores, são – a tarefa do mestre é identificar e explorar quais os interesses e motivações que os estudantes já tenham.
- d) Programação de meios efetivos e regularmente avaliados a fim de que se possa conhecer o que os alunos aprendem e o que eles ainda têm de aprender, possibilitando-lhes expressar seu saber, suas dúvidas e, mesmo, sua ignorância sem medo ou ameaça.

O processo educacional exige muita lucidez, mormente se atentarmos para o complexo conjunto de intercorrência de várias culturas – emergentes, em evolução e as estratificadas – traço dominante do mundo moderno.

O processo educacional nos povos subdesenvolvidos está fortemente imbricado no problema das modificações estruturais da sociedade e situa-se bem dentro do que tem sido adequadamente denominado revolução das expectativas.

A Educação, em planos de desenvolvimento econômico, pode ser considerada uma importante forma de investimento.

Afirma-se que o crescimento econômico, trazendo aumento de produtividade, é primariamente devido à melhoria do esforço humano. Esta melhoria seria conseqüência de absorção tecnológica, sendo esta resultado do fato de ter-se atingido determinados níveis de desenvolvimento econômico.

Nesta base, é necessário ampliar a educação primária, a fim de estender a faixa do alfabetizado e prover fundamentos para posterior conhecimento; aumentar a educação secundária no intuito de obter-se sempre crescente número de estudantes para as universidades e para o preparo de pessoal qualificado, visando a atender às demandas da expansão sócio-econômica; ampliar a educação superior, imprescindível ao preparo do profissional, do cientista e do líder.

Na temática do ensino e da prática de saúde pública julgamos necessário tecer algumas considerações.

Em função de suas atividades, a saúde é considerada como um setor social, fundamentalmente produtor de serviços integrados por um complexo de ações, visando à promoção, proteção e recuperação da saúde de uma população.

Como uma realidade complexa, a função saúde apresenta uma problemática em que existem, em constante interação, múltiplas variáveis, muitas das quais, é certo, são estranhas a seu campo de ação, dependentes de medidas de competência de outros setores sócio-econômicos.

No entanto, apesar de decididamente condicionado pelo grau de desenvolvimento, o nível de saúde sofre

influência da produção de serviços que visam a modificar as manifestações de efeito, mediante uma grande variedade de ações preventivas e reparadoras, resultantes dos avanços científicos e tecnológicos.

A moderna administração de saúde utiliza uma variada combinação de técnicas para cuja execução se exigem aptidões profissionais e administrativas especializadas e diversificadas.

Ademais, a complexidade da problemática de saúde coletiva exige dos técnicos que com ela se preocupam, além de competência profissional básica, conhecimentos especiais que lhes permitam identificar e compreender seus aspectos causais e de efeito. “Este acervo comum de conhecimentos, que se superpõe aos das profissões básicas, constitui a essência da profissão de saúde pública, que não é simplesmente uma especialização, mas uma nova profissão social, como outras novas profissões justificadas e necessárias em vista da complexidade das realidades do mundo moderno” (Prof. DAVID TEJADA).

A saúde é um direito hoje incluído nos textos universais. A definição dada pela O.M.S. – bem-estar físico, mental e social – expressa o reconhecimento dos homens deste direito. Direito conquistado e que se continua conquistando palmo a palmo. Daí não ser uma definição e sim meta a ser atingida – equilíbrio harmônico do indivíduo com seus ambientes exterior e interior, mesmo que em antítese com a condição biológica.

Para alcançarmos a meta, devemos preparar ações agressivas, enfrentando obstáculos e eventos danosos com meios flexíveis e ecléticos, e, sobretudo, com precisas hipóteses de trabalho.

Na educação e na saúde como em qualquer outro campo, asseguradas às inferências setoriais, devemos buscar fórmulas de por em execução programas que satisfaçam às aspirações da sociedade, guardando, contudo, preciosamente as raízes do nosso meio, cultura e tradições.

Analisemos agora os aspectos e implicações que apresenta o ensino especializado de saúde pública:

- a) necessidade de modificação do ensino universitário, de molde a que se torne possível sensibilizar o alunado para as tarefas de saúde pública. A Medicina Preventiva – uma atitude melhor que uma disciplina – é a ferramenta ideal para esta sensibilização, entendida como a somação de conhecimentos e fatos que levam em conta os contextos sócio-econômico-cultural-psicológicos das comunidades para as quais seu ensinamento se destina;
- b) ênfase na admissão de alunos com alguma experiência em atividades de saúde pública, sem contudo fechar as portas aos vocacionalmente dotados;
- c) preparação e adequação do corpo docente;
- d) programas e currículos flexíveis e constantemente reavaliados;
- e) ensino no trabalho, pelo trabalho e para o trabalho, vinculado a todas as formas de pesquisa e, sobretudo, à prática diária;
- f) as dificuldades do ensino de saúde pública estão na base de sua diversificação e amplitude.

No **ensino de saúde pública**, mais do que em qualquer outro, devemos ter presente a integração e a cuidadosa programação de suas várias modalidades, visando a obter o máximo de aproveitamento.

À congregação de esforços das esferas federal, estadual e municipal deve juntar-se a ação das instituições privadas e semi-oficiais.

As organizações de ensino devem aspirar a colocar sob forma precisa suas finalidades – preparar pessoal para um determinado objetivo e para servir uma comunidade que é viva e atuante. A inter-influência é manifesta.

No panorama atual, do Brasil, teríamos, de modo sintético, os seguintes aspectos de um programa de ensino de saúde pública:

1 - ensino de pós-graduação para profissionais originários das áreas: da Medicina, Engenharia, Veterinária, Farmácia, Odontologia, Arquitetura, Agronomia, Sociologia, Economia, Educação, Enfermagem, etc.;

2 - ensino de especialização para atender aos variados ramos da saúde pública;

3 - ensino diversificado para profissionais especializados visando a proporcionar o aperfeiçoamento na sua especialidade e o conhecimento geral do contexto de Saúde Pública: psiquiatra, leprólogo, tisiólogo, engenheiro para o saneamento industrial, para manutenção hospitalar, etc.;

4 - preparo de pessoal auxiliar – nível médio e elementar –, do qual se exigiria uma faixa ampla de capacitação técnica e de conhecimento geral, atendidos dois aspectos:

a) criação de mecanismos formais através dos quais sejam assegurados:

**Status** técnico de acordo com as exigências da legislação vigente de ensino; dignificação e qualificação funcionais; e, finalmente, a possibilidade de ingresso nas universidades;

b) preparo do pessoal para as necessidades urgentes e imediatas do país;

5 - preparo, nas repartições e órgãos, de pessoal de nível elementar para o qual se exigirá uma limitada capacitação técnica e reduzido conhecimento geral;

6 - descentralização do ensino, observadas as normas resultantes de estudos e experiências de especialistas;

7 - esforço para a estruturação de centros de alto nível, nos quais os problemas fundamentais de saúde e seus mecanismos de prevenção, manutenção e promoção, possam ser constantemente reexaminados.

## ANÁLISE HISTÓRICA

A reforma do ensino superior, levada a efeito em 1925, conhecida como reforma ROCHA VAZ, determinou, por inspiração de CARLOS CHAGAS, então Diretor-Geral do Departamento de Saúde Pública, a especialização médica em Saúde Pública (Curso de Higiene e Saúde Pública, anexo à cadeira de Higiene da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro).

A reforma FRANCISCO CAMPOS, em 1931, cria a Escola de Higiene e Saúde Pública, estabelecendo que enquanto esta não fosse organizada, continuaria funcionando o Curso de Especialização de Higiene e Saúde Pública, como dependência da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro.

O grito de alerta dado por CARLOS SÁ – a necessidade de preparo de pessoal para as tarefas de Saúde Pública – no 1º Congresso Brasileiro de Higiene, em 1924, começou a ter ressonância.



Em fins do mesmo ano, transforma-se o Instituto de Higiene de São Paulo em Faculdade de Higiene e Saúde Pública, graças à visão e aos esforços de GERALDO HORÁCIO DE PAULA SOUZA que, além desse galardão, associou outro de relevância – o de ser idealizador da Organização Mundial de Saúde.

Ao lúcido espírito público e grande incentivador da Saúde Pública no Brasil, JOÃO DE BARROS BARRETO, devemos os sucessos da década de 40. Assim, neste período, o Curso de Higiene e Saúde Públi-

cional de Saúde do Ministério de Educação e Saúde, aos quais se incorporou o Curso de Saúde Pública do Instituto Oswaldo Cruz. Ainda na década acima assinalada, foram criados os cursos do Departamento Nacional da Criança.

Na década de 50 a Lei de Proteção à Saúde estabeleceu que “a União manterá uma Escola Nacional de Saúde Pública, à qual poderão ser equiparadas outras existentes ou que venham a ser criadas pelos Estados ou

mentos de ensino que possam vir a ser criados ou incorporados à Fundação. Através de resoluções do Conselho Diretor, foram criados os seguintes órgãos: Superintendência de Administração, Secretaria dos Conselhos, Serviços de Difusão e Divulgação, Secretaria-Geral, todos subordinados à Presidência, e três unidades de treinamento – de tipo urbano, urbano-rural e rural, subordinadas à administração das Áreas de Treinamento, bem como um Centro de Ação Educativa da Comunidade vinculado à mencionada Administração.

Desde o início da batalha para a criação de um órgão nacional de ensino da saúde pública, um homem, mestre na genuína acepção do termo, vem acompanhando, dirigindo e orientando a preparação do profissional de saúde pública – trata-se do professor **Honoris Causa** MANOEL JOSÉ FERREIRA.

Paralelamente aos esforços para a criação de uma instituição nacional de ensino de saúde pública, a urgência no atendimento dos problemas sanitários vinha impondo aos órgãos de saúde uma constante preocupação no preparo e aperfeiçoamento de pessoal.

A campanha contra a febre amarela no Rio de Janeiro, concluída com êxito por volta de 1908, mobilizou grande quantidade de pessoal auxiliar, treinado, então, para a execução cuidadosa de variadas tarefas.

Em 1938, a epidemia de malária transmitida pelo *Anopheles gambiae*, no Rio Grande do Norte e Ceará, veio mostrar, de modo dramático, que a escolha e o treinamento de pessoal necessário para os mais variados serviços representam um dos mais sérios problemas para a organização de uma campanha de profilaxia em grande escala. No episódio em apreço, o Serviço Nacional de Malária do Nordeste, então criado, teve que se voltar decisivamente para o preparo de médicos, estatísticos, topógrafos, microscopistas, guardas medicadores, guardas marítimos, guardas capturadores, guardas pesquisadores, guardas de expurgo, os quais atingiram no segundo semestre de 1940, um total de 4.500 servidores.

O desenvolvimento dos programas do Serviço Especial de Saúde Pública, criado em 1942 com o objetivo precípuo de promover o saneamento do Vale do Amazonas, especialmente a profilaxia da malária, e a assistência médico-sanitária dos trabalhadores ligados ao desenvolvimento econômico da referida região, veio demonstrar, mais uma vez, a necessidade do treinamento constante de pessoal, para assegurar aos serviços a eficiência que seus técnicos desejam.

## **AS ATIVIDADES DO MINISTÉRIO NA FORMAÇÃO E APERFEIÇOAMENTO DE PESSOAL**

O desejo de estender, em curto prazo, a grandes massas de população, o benefício decorrente do emprego de recursos profiláticos de alta eficiência tornou patente, desde há muito, a necessidade de se dispor de pessoal em quantidade suficiente e apropriadamente diversificado sob o ponto-de-vista técnico.

As atividades para o preparo e treinamento de pessoal, realizadas pelos órgãos do Ministério da Saúde ou por instituições a ele vinculadas, já apresentam resultados apreciáveis.

Para se dar uma idéia da importância dessas atividades basta citar os seguintes dados:

De 1962 a 1966 passaram pelos diferentes cursos do Ministério da Saúde 1.351 pessoas de nível superior. Para esse total as estruturas centralizadas do ensino de saúde pública, no nível acima referido, vem contribuindo progressivamente, atingindo em 1966, já então constituída a FENSP, a 99% do total de profissionais treinados no Ministério da Saúde, alcançando assim um dos seus objetivos precípuos, que é justamente realizar cursos de pós-graduação para pessoal de nível superior.

No mesmo período foram preparados, em cursos formais, 9.687 elementos de nível auxiliar. Para esse

total a contribuição dos diversos órgãos do Ministério da Saúde foi a seguinte:

Campanha de Erradicação da Malária . . . . .	7.570
Fundação Serviço Especial de Saúde Pública . . . . .	1.250
Departamento Nacional de Endemias Rurais . . . . .	128
Serviço Nacional de Tuberculose . . . . .	573
Cursos do Departamento Nacional de Saúde . . . . .	122
Cursos do Departamento Nacional da Criança . . . . .	172
Escola Nacional de Saúde Pública . . . . .	173
Fundação Ensino Especializado de Saúde Pública . . . . .	17

Através destes dados demonstrativos, das tabelas que integram este trabalho, da experiência histórica e dos valiosos empreendimentos, visando ao preparo de pessoal feitos pelos órgãos de saúde, poderá se verificar, à sociedade, que houve um conjunto de movimentos que permitiu a instituição de um sistema nacional de ensino de saúde pública.

À FENSP, de acordo com a legislação, cabe um conjunto de iniciativas e responsabilidades. Entre elas, preparar pessoal de nível profissional e auxiliar; promover medidas que visem ao treinamento do pessoal; estabelecer normas para a preparação e o treinamento em saúde pública, valendo-se das experiências anteriores; orientar técnica e didaticamente o ensino de saúde pública, no âmbito do Ministério da Saúde; promover pesquisas aplicadas com ênfase naquelas que digam respeito a recursos humanos; estimular o treinamento, em serviço, nos órgãos que atuam no campo de saúde; cooperar com as universidades e demais instituições de ensino do país.

Cabe ainda à FENSP definir sua linha geral de ação, a qual não poderá se afastar das diretrizes da política nacional de saúde.

O preparo de pessoal exige a valiosa colaboração dos órgãos de experiência no assunto e cujas responsabilidades neste preparo continuariam a existir, obedecidas as normas técnicas e didáticas previstas pela FENSP e respeitadas as peculiaridades e experiências dos órgãos de saúde.

A responsabilidade de preparar pessoal estava a exigir a fixação, como hipótese de trabalho, de alguns conceitos sobre a categoria de pessoal.

Assim: trabalhador de saúde – entendemos um indivíduo, que em quaisquer dos níveis, atue no setor saúde, adquirindo informações específicas, quer através de cursos formais ou mediante mecanismos que facilitem a iniciativa individual, permitindo a compreensão do processo geral de saúde pública;

– trabalhador profissional de saúde pública – indivíduo com formação e informação acadêmicas, de nível superior, ao qual se proporciona pós-graduação em saúde pública;

– trabalhador profissional de saúde – indivíduo com nível superior que, seja através de cursos formais ou da vivência diária, apreenda o contexto geral de saúde pública;

– trabalhador auxiliar – indivíduo cujas atividades complementam ou suplementam a ação do profissional e cuja preparação está na dependência de quatro variáveis:

- a) nível de informação científica e geral;
- b) exercício de capacidade decisória;
- c) condições ambientais de suas funções (polivalência);
- d) funções a exercer após a preparação.

Na base dessas variáveis entendemos que o Pessoal Auxiliar poderia ser classificado em:

I - Auxiliar de Nível Médio;

II - Auxiliar de Nível Elementar.

O auxiliar de nível médio seria um indivíduo com formação científica e conhecimento geral equivalentes ao 2º ciclo do curso secundário, com preparação especializada e capacidade decisória para complementar e suplementar o trabalho de grupo profissional.

O auxiliar de nível elementar entendemos seja um indivíduo preparado na base de um mínimo de informação, visando desenvolvimento de uma ou algumas habilidades, para a execução de tarefas específicas.

Por treinamento entendemos um sistema operacional posto em execução por uma instituição de ensino ou não. É a exercitação orientada e metódica de pessoas para a execução de tarefas determinadas.

Por auto-desenvolvimento entendemos o esforço para a criação de circunstâncias que visem a facilitar a iniciativa individual, tenha ou não o indivíduo tido oportunidade de obter preparação e informação formais. **Stricto sensu**, um dos seus aspectos seria o treinamento em serviço.

A FENSP iniciou, em 1966, a implantação de sua estrutura didática e a dos órgãos de apoio. Concomitantemente foram elaborados projetos de ensino e de pesquisa, dos quais alguns foram programados e estão em andamento e outros já tiveram a sua realização efetivada.

Saliente-se entre estes, o levantamento censitário das condições sócio-econômicas, de saúde, incluído o saneamento, da área onde deverá atuar na unidade de tipo urbano; o seminário de campo realizado na região do nordeste brasileiro, a fim de sensibilizar os componentes do Departamento de Ciências Sociais para os problemas de saúde, tendo em vista o enfoque, eminentemente social, que vem sendo imprimido ao ensino de saúde pública.

A análise das condições existentes no país levou ao estabelecimento de prioridades, sobrelevando-se entre elas a preparação de pessoal profissional (Cursos de Mestrado, Especialização e Diversificado); o aperfeiçoamento do pessoal docente; os projetos para preparação de treinadores de pessoal auxiliar em todo o território nacional.

Os pontos culminantes da ação da FENSP foram: a programação e realização do Curso de Mestrado em Saúde Pública e do Curso de Especialização em Planejamento do Setor Saúde.

Foram duas iniciativas pioneiras, apresentando características especiais no campo do ensino de saúde pública e do planejamento, mesmo no âmbito internacional.

O nosso Curso de Mestrado de Saúde Pública é pluri-profissional e desenvolve-se em forma integrada.

Duas foram as premissas contidas na base da filosofia do mencionado curso: mudança de mentalidade e aprimoramento de conhecimentos técnicos específicos.

Deseja-se atingir os quadros de uma profissão com características próprias e cujo campo de conhecimento poderia se situar como um dos ramos das ciências sociais. Os contextos fundamentais seriam: Ciências Biológicas, Ciências Sociais, Estatística, Saneamento, Epidemiologia, Planejamento e Administração.

O Curso de Especialização em Planejamento do Setor Saúde tem programação que oferece aspectos muito mais amplos e próprios que os anteriormente realizados por outras instituições de ensino.

Voltou-se também a FENSP para a implantação de atividades que permitissem o treinamento de campo – reorganizou-se a unidade de tipo urbano-rural; ultimam-se medidas para implantação da de tipo urbano e, finalmente, elabora-se projeto de unidade mínima ou simples, em área tipicamente rural, a ser operada por pessoal de nível auxiliar.

Tendo em vista a escassez de recursos e as prioridades antes assinaladas, não foi ainda possível estruturar o Colégio Técnico, uma das obrigações legais da FENSP. Esta agência de ensino possibilitará ao órgão nacional de ensino de saúde pública a atender às demandas de pessoal auxiliar de nível médio.

Abrem-se, com este preparo, perspectivas para que as campanhas e as ações de saúde pública, às vezes com o caráter de uma guerra, possam efetivamente se tornar completas, porque se assegura com este pessoal a fase final de toda uma ação bélica (mesmo admitindo todo o armamentário moderno) – que é a posse do terreno.

Evidente que estão implícitos dois processos simultâneos:

a) a utilização de pessoal simplesmente treinado (de custo baixo e decorrente da urgência); b) os mecanismos formais a fim de que possamos criar circunstâncias de utilização de técnicos conscientes. Em forma de investimento, a simultaneidade é válida – rentabilidade a curto e médio prazo, compatibilizando-se.

Outro aspecto importante do Colégio Técnico será o de permitir o enquadramento dos técnicos de nível médio na sistemática do ensino, assegurando-lhes qualificação adequada e possibilitando-lhes futuro ingresso em carreira de nível superior. Poder-se-ia, ainda, através do Colégio Técnico, influenciar de forma decisiva no espinhoso problema da sistemática de carreiras, quer no setor público ou no privado.

## **PROPOSIÇÕES PARA O FUTURO**

Três grandes linhas na base de tudo que expusemos devem a nosso ver nortear o Ministério da Saúde na expansão do programa de preparação de pessoal para as atividades de saúde:

### **EXPANSÃO DA CAPACIDADE DE PREPARAÇÃO E TREINAMENTO**

Esta expansão exige um estudo metuculoso: do mercado de trabalho para os grupos profissionais e auxiliares – desdobrados em suas inúmeras ramificações; da atual demanda e suas tendências; e, finalmente, da possibilidade de utilização da capacidade já instalada para o treinamento.

Ao lado dessas condições, que pressupõem uma sistemática, deve-se ter em conta o aproveitamento da expansão que se desenvolve em forma empírica ou intuitiva, realidade efetiva, a fim de aproveitá-la, corrigi-la e buscar enquadrá-la em padrões racionais.

Nessa ordem de considerações, cabe menção à experiência colombiana. Decidiu este país estudar, de forma científica, suas necessidades de mão-de-obra para a saúde e seus técnicos realizaram um magnífico trabalho que justificou a convocação de uma Conferência Internacional de Maracay, Venezuela, em junho passado, cuja finalidade principal foi a divulgação dos resultados do estudo colombiano.

Caso não fosse julgado viável ou conveniente um estudo amplo de recursos humanos como o que foi realizado na Colômbia, poder-se-ia pensar em estudos de âmbito geográfico menor, regional ou estadual, incluindo não só estudos básicos de mão-de-obra profissional e auxiliar, e de utilização da capacidade instalada, mas também estudos de morbidade em uma amostra representativa da população.

### **MAIOR DIVERSIFICAÇÃO NAS ATIVIDADES DE PREPARAÇÃO E TREINAMENTO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE**

Neste particular as atividades do Ministério, em nível central através de seu órgão especializado, devem incluir a preparação de profissionais de saúde de alto nível oriundos de várias profissões, constituindo profissionais de uma profissão nova – a saúde pública – e integrados no espírito de trabalho da equipe. Este profissional atenderá não só às necessidades imediatas nos serviços de saúde, mas, sobretudo, deverá vir a tornar-se treinador de pessoal a nível estadual. Dessa forma os efeitos do trabalho a nível central multiplicar-se-iam e seus efeitos poder-se-iam sentir a longa distância.

O Ministério deve, também, por seu órgão especializado, atuar em forma descentralizada, cooperando com os Estados na programação e realização de ensino e do treinamento de saúde pública.

Os vários serviços executivos do Ministério têm necessidades muito específicas de pessoal de nível auxiliar – médio e elementar – que devem ser atendidas, prioritariamente, através de cursos centralizados ou descentralizados.

### **EXPANSÃO DA COOPERAÇÃO COM AS UNIVERSIDADES**

O ensino de graduação, de responsabilidade das Universidades, e o ensino de pós-graduação em saúde pública, de responsabilidade, ora do Ministério da Saúde, como no nosso caso, ora também das Universidades, devem formar um **todo harmônico** e responder às demandas de pessoal para o setor saúde feitas pela nação.

Em nossa opinião, o ensino de pós-graduação em saúde pública quando feito nas Universidades deveria integrar uma Escola Autônoma e sua ministração ser feita através dos Institutos de Medicina Preventiva, desde que abertos a todos os graduados das várias Faculdades das Universidades.

Em última análise, o pessoal profissional de saúde, militando tanto no setor público como no privado, é composto por elementos graduados em diferentes Faculdades e pelos especialistas em saúde pública. Estes últimos, em cuja preparação o Ministério da Saúde tem o interesse mais direto, representam apenas pequena parcela da força total de trabalho do setor saúde. A maior parte é representada pelo pessoal formado pelas Universidades (cursos em formação), sendo, pois, desejável que se intensifiquem os laços de cooperação entre

o Ministério da Saúde, que, em última análise, refletem as necessidades dos sistemas de promoção, proteção e recuperação da saúde do país.

Por outro lado, pode e deve o Ministério da Saúde, por seu pessoal de vários níveis, ou por sua influência junto aos órgãos estaduais de saúde, proporcionar às Universidades pessoal capacitado ao ensino de noções básicas de saúde pública que todo aquele que egresso de uma Faculdade deve possuir.

Antes de terminar, gostaria de dar ênfase que, ao se conceituar o trabalhador profissional e o auxiliar, se tinha em mente que não bastaria os instrumentos formais de ensino – importante oferecer-se perspectivas para que o processo educacional se desenvolva em termos de um permanente movimento de opinião.

Se educação e saúde são um investimento, envidemos esforços para humanizá-lo.

É altamente auspicioso para todos nós o fato de que nesta Conferência se encontrem, lado a lado, trabalhando juntos, discutindo, trocando idéias, Secretários de Saúde e Reitores, Sanitaristas e Educadores. É de se esperar que uma ponte muito sólida entre Saúde e Educação se estabeleça como um dos resultados positivos desta Conferência. E que, como conseqüência do diálogo constante, possamos ter, em forma cada vez mais adequada à realidade, quantitativa ou qualitativamente, o verdadeiro profissional de saúde de que o país necessita no período histórico em que vivemos.





## **A. RESPONSABILIDADE DAS UNIVERSIDADES E ESCOLAS SUPERIORES NO DESENVOLVIMENTO DE UMA POLÍTICA DE SAÚDE**

(Universidade e Serviços Comunitários de Saúde)

Dr. Roberto Figueira Santos (\*)

Vêm os estabelecimentos de ensino superior do Brasil, a partir de 1808, quando se fundou a atual Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia, prestando relevantes serviços à nação, graças ao cumprimento irrepreensível das mais urgentes tarefas sob sua responsabilidade.

Dentre as várias missões que lhes competem, sujeitas como são às exigências e pressões de ordem social das comunidades que as instituíram, ocuparam-se esses estabelecimentos de ensino, através dos tempos, sobretudo com a formação de profissionais de nível superior.

Em consonância com o que ocorria na mesma época em ambientes mais desenvolvidos, durante longo período da nossa história, prevaleceu na formação dos alunos dessas Faculdades, o cunho exageradamente individualista que se procurava então imprimir às atividades da maioria dos profissionais de nível universitário, inclusive dos orientados para o setor saúde. Não é de admirar que ficasse assim relegado a plano secundário, nessas instituições, o estudo pormenorizado de problemas peculiares ao desenvolvimento social e econômico da comunidade que as criou.

Embora pareça dispensável, nos dias que correm, alinhar argumentos que fundamentem e justifiquem a obrigação das universidades de participarem diretamente de diferentes aspectos do desenvolvimento comunitário, encontra-se ainda, na prática, certa inércia entre representantes dos corpos docente e discente, quando se cuida de estender a ação das escolas além do ambiente relativamente sereno das salas de aula, dos laboratórios de ensino e pesquisa, dos ambulatórios e enfermarias do hospital universitário. Todavia se não lançarmos as vistas para fora do ambiente escolar, jamais chegaremos a identificar corretamente as situações que devam merecer atenção mais pronta na escala de prioridade dos nossos trabalhos universitários.

À medida que professores e alunos mais se compenetram das múltiplas obrigações das instituições universitárias para com a sociedade a que servem, mais necessário se torna definir claramente a natureza e os limites dessa responsabilidade, sem que percamos de vista os reais objetivos da universidade. Somente assim alcançaremos mobilizar os meios adequados para enfrentar e solucionar os problemas de maior gravidade, evitando omissões desnecessárias, e, de outra parte, exageros igualmente criticáveis, que originem ociosidade ou subutilização de recursos obtidos a duras penas.

Ao reconhecer e proclamar a obrigação que têm as nossas universidades de participar mais ativamente do esforço comunitário pelo desenvolvimento social e econômico, parece-me conveniente deixar bem claro que julgo não dever essa participação consistir na implantação de serviços custeados pela própria universidade para execução de tarefas não educacionais, como tem ocorrido entre nós, sobretudo nas regiões mais pobres do país. Estaríamos assim desviando os escassos recursos destinados ao ensino superior para manter empreendimentos que, embora úteis e mesmo necessários, devem encontrar outras fontes de financiamento na comunidade.

Após esta introdução de caráter genérico, passo agora a discutir a responsabilidade das escolas superiores no desenvolvimento da política de saúde da região onde se situam. Pressupõe a implantação dessa política,

---

(\*) Magnífico Reitor da Universidade Federal da Bahia.

evidentemente, o intuito declarado e eficaz, da parte das autoridades competentes, de planejarem o melhor aproveitamento dos recursos de várias categorias, entre nós habitualmente diminutos em relação às vastíssimas e urgentes necessidades no setor saúde. Também aqui, por motivos óbvios, procuraremos traçar limites e fixar atribuições.

Não poderá, é claro, caber à universidade, instituição nitidamente educacional, a **iniciativa** da elaboração de plano de saúde para a região onde se situa. Planos dessa natureza terão obrigatoriamente de abranger a integração de serviços sob a responsabilidade administrativa e financeira de órgãos muito diversos e habituados a trabalharem sem coordenação alguma no âmbito regional.

Por outro lado, compete aos Governos Estaduais a parcela maior das tarefas de execução da política de saúde. Torna-se, pois, natural reservar a esses governos estaduais, a iniciativa de conclamar os que servem no território em apreço, cabendo-lhes também a coordenação dos trabalhos de planejamento que deverão envolver a participação dos órgãos federais, estaduais, municipais, das organizações paraestatais e dos serviços particulares institucionalizados que operam na região.

Uma vez sensibilizado o ambiente e desencadeadas as tarefas de planejamento, caberá à universidade, em diferentes fases do trabalho, participação da maior valia, nas quais dificilmente poderá ser substituída por entidades de outra espécie.

Na fase preliminar de levantamentos com vistas para a elaboração dos planos, dever-se-ão encontrar no âmbito da universidade resultados aproveitáveis de pesquisas anteriormente realizadas, isto é, trabalhos de investigação que incidam sobre questões relativas à saúde da coletividade, alguns figurando em teses, outras em revistas médicas ou até em simples exercícios curriculares. Aliás, os órgãos responsáveis pela promoção e pelo financiamento da pesquisa, nas nossas universidades, deveriam invariavelmente traçar diretrizes em que figurasse com clareza a preferência pelo estudo de problemas regionais, entre eles os pertinentes à da saúde coletiva na mesma área, em vez de encorajarem apenas a investigação de assuntos que importam mais à saúde individual e dizem respeito a entidades mórbidas de ocorrência menos freqüentes e de distribuição geográfica universal, cujo conhecimento interessa também a países que dispõem de recursos mais fartos para a investigação científica.

Tão propícias são as condições da universidade para a realização de muitos dos estudos imprescindíveis ao planejamento de saúde, que se poderiam suprir freqüentes lacunas nas informações procuradas, mediante a encomenda pelo Estado de trabalhos a serem realizados pelas entidades universitárias.

A participação da universidade na elaboração do plano de saúde deverá envolver, nas suas diferentes fases, várias das unidades que a integram. Assim, professores e alunos dos cursos de Arquitetura, Engenharia, Odontologia, Medicina, Enfermagem, Nutrição, Serviço Social, Ciências Sociais, Administração, hão de sentir-se motivados pela discussão de aspectos diversos desse plano. Poderão os professores e alunos dos vários cursos mobilizar informações utilíssimas e condições materiais de trabalho indispensáveis ao esclarecimento de dúvidas que surgirão no espírito dos encarregados das tarefas de planejamento. A participação dos estudantes valerá no caso também como ponto de partida para o interesse maior que venha a manifestar ao longo de toda a sua vida profissional, pelos problemas da coletividade onde vierem a exercer a profissão.

Merece comentários muito especiais a contribuição da universidade para um dos aspectos da elaboração dos planos de saúde de âmbito estadual ou regional. Refiro-me à assistência médica, parcela dos empreendimentos sociais no setor saúde em que as nossas universidades participam em escala relativamente grande e de modo direto na própria execução dos serviços.

Estabeleceu-se, de modo geral, nos nossos hospitais universitários, a tradição de se firmarem critérios de atendimento primordialmente subordinados aos interesses do ensino e da pesquisa. Não poderá essa atitude,

aliás, resistir a argumentação razoável. Em sua defesa tem-se invocado a circunstância de serem esses serviços totalmente financiados pelos recursos governamentais destinados à educação. Sentem-se, por isto, alguns chefes de serviço, professores universitários, descomprometidos em relação às prioridades que deveriam ser impostas pelos problemas sanitários de maior vulto na comunidade, uma vez que parcela alguma dos recursos que utilizam provém do orçamento dos órgãos de saúde.

São múltiplos e variados os inconvenientes que resultam dessa total desvinculação entre os serviços universitários de assistência médica e o restante da rede regional de unidades sanitárias. Poder-se-á mesmo dizer que, enquanto persistir esse estado de coisas, dificilmente se poderá prever contribuição eficaz das universidades para o desenvolvimento da política de saúde.

Aliás, a alta prioridade que se pretende atribuir nos hospitais universitários aos casos clínicos de suposto interesse para o ensino, é com grande freqüência também posta à margem devido às pressões sociais decorrentes da iniludível carência de serviços assistenciais no país. Na ausência de integração na rede regional de unidades sanitárias, ficam os serviços universitários sujeitos à solicitação premente de doentes que ali vão ter espontaneamente, sem nenhuma triagem anterior. Muitos dos doentes examinados não poderão considerar-se de particular interesse para o ensino e a pesquisa, nem tão pouco se incluem entre os mais indicados para atendimento em unidades tão caras e complexas como soem ser os hospitais de ensino. Daí resulta considerável baixa no rendimento dos seus serviços atravancados de pacientes que seriam seguramente melhor atendidos se freqüentassem unidades situadas na própria vizinhança, onde seria mais simples e barata a assistência necessária.

Se quisermos no futuro suprimir situação dessa ordem, geradoras de desperdício perfeitamente evitável, terão as universidades de rever os objetos e as funções dos hospitais de ensino, integrando-os nos planos de saúde de âmbito estadual ou regional, onde figurarão com atribuições correspondentes à grande concentração de recursos humanos e materiais altamente especializados que ali se encontram, e que não se deverão obstruir com o atendimento indiscriminado de pacientes ali chegados sem a devida orientação.

Dentro desse entendimento, e obedecendo ao princípio da regionalização dos serviços, poderá o hospital de ensino, além de atender aos pacientes exigindo cuidados mais complexos e para lá remetidos após triagem em outras unidades, também estar aberto à primeira consulta por parte de habitantes de zona adjacente cuidadosamente demarcada. Em outras palavras, caberá no próprio prédio do hospital a existência de um centro de saúde que sirva à área integrada no plano de regionalização dos serviços comunitários.

De outro lado, por motivos sobejamente conhecidos, vêm as faculdades de medicina, nos últimos cinco anos, acolhendo turmas de alunos cada vez mais numerosas. A presente situação financeira das universidades torna de todo impossível aumentar o número de leitos mantidos pelas próprias dotações orçamentárias, de modo a situar-se a proporção aluno/leito em nível satisfatório, permitindo as oportunidades de aprendizado que vinham sendo oferecidas em muitas de nossas escolas. Para sustar a queda gradual dos padrões de ensino, cabe também examinar a possibilidade de se articularem as faculdades com os serviços estaduais de saúde, para que nesses se venham a instalar dispositivos didáticos que permitirão aumento considerável da capacidade docente das escolas mediante pequeno acréscimo de despesa. Colocar-se-á, destarte, o estudante em contato direto com o sistema de assistência compatível com as limitações de ordem financeira do ambiente onde irá exercer a profissão. Será essa ainda outra forma pela qual a universidade, presente nas unidades sanitárias estaduais, graças a esses dispositivos didáticos, poderá contribuir de modo regular e sistemático para a política de saúde a ser implantada na região onde se situa.

Em resumo, pois, o plano de saúde elaborado pela iniciativa das autoridades estaduais e com a participação de vários setores da universidade, envolverá a redefinição dos objetivos dos hospitais de ensino, os quais serão integrados na rede regional de saúde e se ocuparão quase exclusivamente com o atendimento de pacientes que necessitem dos recursos altamente especializados e custosos ali concentrados. A experiência

relativa às situações clínicas mais freqüentes e menos complexas irá o estudante colher em unidades sanitárias do Estado devidamente solucionadas, onde se instalarão dispositivos didáticos sob a orientação da escola.

Reconhecendo, embora, as grandes dificuldades na implantação de programa desse gênero, devo, contudo, insistir em que o passo preliminar e essencial à sua eventual adoção terá de ser a clara demonstração da parte dos organismos estaduais de que estão dispostos a promover a integração dos serviços presentes no território em apreço e mantidos por diferentes entidades do Governo, da previdência social e da iniciativa particular. Se, em algum lugar do Brasil, vier a preparar-se plano tecnicamente bem orientado, com a participação da universidade ali existente, e esta recusar-se a integrar os seus serviços de assistência médica na rede regional de unidades médico-sanitárias, caberá então a mais severa crítica à instituição que assim proceder. Enquanto perdurar a total ausência de coordenação dos serviços de saúde verificada em todo o território nacional, a participação das universidades na política de saúde será forçosamente limitada. Torna-se até mesmo difícil, senão impossível, propiciar aos estudantes a oportunidade de acompanhar serviços comunitários racionalmente organizados, condição essencial para sensibilizá-los quanto aos magnos problemas de saúde que afligem as nossas populações, e para informá-los devidamente sobre como encaminhar a solução desses problemas em termos de coletividades.

Ao atribuímos aos Governos Estaduais a responsabilidade primordial na elaboração dos planos de saúde, não pretendemos excluir nem reduzir a importância do papel que cabe a este respeito ao Governo Federal. Traçando diretrizes gerais, às quais deverão atender aos planos de âmbito estadual e regional, e oferecendo assessoria técnica do mais alto nível, lograrão os órgãos do Governo Federal evitar distorções, abusos, e omissões altamente prejudiciais.

Debatemos, aqui, a participação da universidade no planejamento da política de saúde. No tocante à implementação do plano estadual ou regional, deve a universidade estar em condições de prestar ampla assessoria, sempre que solicitada, aos órgãos encarregados das atividades normativas e executivas, assim como nas de avaliação dos programas. Supõe-se que a universidade disponha de ampla reserva de recursos humanos especializados, os quais serão mobilizados oportunamente para colaborar nos serviços comunitários que deles necessitem.

Os órgãos encarregados das tarefas executivas deverão ainda recorrer à universidade sempre que desenvolverem programas de treinamento em serviço, cursos de especialização e de atualização para pessoal de nível superior e curso de formação para pessoal de nível médio.

Na dependência do vulto que venham a assumir na região, os programas dessa natureza, poderão ficar a cargo do Departamento de Medicina Preventiva e Saúde Pública ou poderá justificar-se a existência de uma Escola de Saúde Pública no âmbito da Universidade. No caso, importa sobretudo que existam essas atividades e que sejam adequadas às necessidades do meio e perfeitamente articuladas com os órgãos de saúde. A estrutura a ser adotada dependerá, em grande parte, da magnitude da tarefa a cumprir. Cabe, ainda, mencionar outra forma pela qual as universidades poderão concorrer para a melhoria dos serviços comunitários de saúde, na região onde se situam.

Simultaneamente com a colaboração no planejamento e na execução dos trabalhos de assistência médica, poderão também as universidades contribuir de modo indireto para o aprimoramento da política de saúde na sua área de influência, participando em programas limitados de desenvolvimento comunitário, cuidadosamente planejados objetivando efeitos de demonstração, de ensino e de pesquisa. Isto é, em uma ou duas comunidades, a universidade instalaria dispositivos didáticos que permitissem aos alunos participar ativamente de serviços ali mantidos pelos órgãos do Governo ou por instituições particulares. Não se cuidaria, nesses programas, de criar serviços supérfluos e demasiado caros, que logo se tornariam artificiais em relação às conhecidas limitações de ordem econômica e social das nossas populações. Devidamente selecionada a comunidade, nela se trataria de “normalizar” os serviços, fazendo-os funcionar racionalmente e de modo compatível com

as disponibilidades financeiras dos órgãos que já os vinham custeando, sem que a universidade procurasse canalizar recursos extraordinários além dos estritamente necessários para as atividades de ensino e pesquisa.

Assim como, por melhores que sejam os professores, é absolutamente impraticável ensinar medicina clínica, com a devida eficiência, sem que o estudante freqüente serviços hospitalares de bom padrão, também não se poderá jamais ensinar os princípios de medicina comunitária sem proporcionar ao aluno a vivência em serviço da saúde pública orientado corretamente e adequado às condições sócio-econômicas regionais.

O caráter multidisciplinar, já preconizado quando nos referimos aos debates relativos ao Plano Regional de Saúde, deverá estar presente neste empreendimento desde o início dos trabalhos. Assim, o pessoal docente e discente dos cursos de Arquitetura e de Engenharia estudará os aspectos positivos e negativos do plano de urbanização da comunidade, e discutirá os problemas habitacionais ali existentes, inclusive do ponto de vista sanitário. De grande interesse será ainda a participação de pessoal das escolas de Odontologia, de Enfermagem, de Medicina, de Nutrição, Serviço Social, assim como dos cursos de Ciências Sociais e de Administração.

Inquéritos realizados nessas áreas, mediante cuidadoso processo de amostragem, poderão suprir lacunas consideráveis nas informações acerca do estado de saúde das nossas populações e orientar estudos ulteriores em outras regiões. Não apenas se prestariam os serviços ali existentes para que os estudantes viessem a conhecer mais de perto a vida das nossas comunidades, como também a eles se poderiam apresentar soluções simples e baratas para várias das suas dificuldades, as quais dependam de melhor equacionamento dos problemas e de providências compatíveis com as limitações da sua economia. Ainda mais, autoridades governamentais de âmbito municipal e estadual ali poderiam encontrar informações úteis que facilitassem decisões a eles afetas.

Seria até mesmo conveniente se cada universidade viesse a encarregar-se de estudos desse gênero em uma comunidade em zona urbana e outra em zona rural, cada qual com população que arbitrariamente estamos preferindo que oscile em torno de 50 mil habitantes.

Entre as mais importantes vantagens que decorreriam de programas desse tipo, deverá figurar a do convívio dos estudantes universitários, desde cedo na sua formação, com o pessoal técnico auxiliar indispensável ao desempenho das tarefas cometidas aos profissionais de nível superior. Iria o estudante assim, aprendendo no campo a importância do apoio do pessoal de nível médio. E a universidade perceberia melhor do que até agora, a necessidade de participar no treinamento desse pessoal. Tais fatores concorreriam seguramente, a prazo mais longo, para que venha a merecer a devida atenção, no futuro, a criação de melhores condições de treinamento, de trabalho e de remuneração para o pessoal de nível médio imprescindível à implementação de qualquer política de saúde racionalmente orientada.

Caso venham diversas unidades brasileiras, situadas em regiões diferentes do país, a admitir o valor de tais programas e a incluí-los entre as suas realizações, deverá a comparação entre as informações acumuladas, graças aos trabalhos escolares empreendidos em comunidades de características distintas, servir para esclarecer e orientar as autoridades responsáveis por decisões de caráter administrativo.

A simples enunciação das idéias que acabo de expôr se constitui a mais vigorosa demonstração da importância de reuniões como esta, em que se juntam responsáveis pelos problemas de Saúde e de Educação para discutirem soluções de interesse da comunidade. Quero, pois, ao encerrar minhas palavras, louvar a iniciativa da qual resultarão, seguramente, conclusões e recomendações da mais alta importância para a formação do pessoal indispensável à preservação e à restauração da saúde da população brasileira.

## CONCLUSÕES

Dr. Manoel José Ferreira (\*)  
(Relator-Geral)

### Tópico 1

#### **O profissional de saúde de que o país necessita.**

No consenso dos Grupos de Trabalho os programas de saúde devem ser desenvolvidos por equipe pluri-profissional cuja composição variará em função dos aspectos predominantes dos problemas de saúde, da influência dos fatores sócio-econômicos e da evolução científica e tecnológica.

Como principal característica do profissional de saúde pública, foi indicada a aquisição de conhecimentos específicos em curso de pós-graduação que o capacite a encarar os problemas de saúde comunitários em seus múltiplos aspectos.

Os grupos admitiram não serem suficientemente conhecidos os recursos humanos no setor saúde e concordaram com a necessidade do levantamento de tais dados como etapa fundamental para a elaboração de programas globais ou regionais. Os resultados desses estudos permitirão a definição de áreas prioritárias de formação profissional e a melhor adequação dos currículos de graduação.

Na atual conjuntura, a formação profissional não está orientada para a solução dos problemas de saúde do País, em virtude de estrutura curricular pouco flexível e ainda não ajustada à demanda quantitativa de recursos humanos.

### Tópico 2

#### **Pessoal de nível médio e auxiliar**

Os grupos, em sua maioria, entenderam que o pessoal auxiliar se distribui em dois níveis educacionais – médio e elementar – aceitando alguns, no entanto, a inclusão, no nível médio, de duas categorias: auxiliar de nível ginásial e técnico de nível colegial.

Apontaram também a importância da formação orientada no sentido de conferir, em cada etapa educacional (primário-elementar, ginásial-auxiliar e colegial-técnico), uma capacitação para o trabalho.

Tendo considerado insuficientes as informações sobre disponibilidade e rendimento de pessoal auxiliar, condicionaram seu melhor conhecimento à realização dos levantamentos anteriormente referidos.

No equacionamento do preparo desse pessoal, foi ressaltada a importância de recrutamento local, descentralização do treinamento e atualização do pessoal existente.

De maneira geral, os grupos de trabalho consideraram que, embora não se conheçam bem as possibilidades do País para treinar pessoal auxiliar, quantitativa e qualitativamente, existem recursos potenciais de treinamento, cuja melhor utilização dependerá dos resultados dos levantamentos indicados.

---

(\*) Professor "Honoris Causa" da Fundação Ensino Especializado de Saúde Pública.

A preparação do pessoal auxiliar deve ser de responsabilidade dos serviços de saúde e entidades educacionais na área da saúde, contando, quando necessário, com a assistência das Escolas de Saúde Pública e observadas as normas gerais estabelecidas em nível nacional.

No que se refere ao treinamento do pessoal auxiliar, foi aconselhado objetivar não apenas a execução mecânica de tarefas específicas, mas também o mínimo de conhecimentos básicos que o capacitem a ter consciência do trabalho que lhe é atribuído.

### Tópico 3

#### **Responsabilidade do Ministério da Saúde na formação e aperfeiçoamento de pessoal.**

Na definição das responsabilidades institucionais assinalaram que ao Ministério da Saúde cabe, essencialmente, estimular o desenvolvimento de recursos humanos de acordo com as necessidades do País; dar assistência técnica e financeira aos órgãos educacionais; preparar pessoal de alto nível para tarefas de planejamento; e formar elementos capacitados para treinamento de pessoal auxiliar.

Para a preparação do pessoal auxiliar referido, reconheceu-se que a responsabilidade do Ministério da Saúde deve consistir na assistência técnico-financeira aos órgãos locais e regionais de saúde capazes de organizar centros de treinamento.

Como medida disciplinadora de âmbito nacional caber-lhe-á a elaboração de normas de treinamento para a qualificação adequada desse pessoal.

Para a diferenciação do pessoal profissional em Saúde Pública considerou-se necessário estimular a realização de cursos de pós-graduação, especialização e atualização, a serem ministrados pelas escolas especializadas.

Admitiu-se ainda a estruturação de tais cursos nas Universidades, respeitados os requisitos mínimos a serem fixados pela Escola Nacional de Saúde Pública, conforme preceito legal.

O Ministério da Saúde deverá franquear todos os seus serviços, especializados ou não, inclusive Fundações a ele vinculadas, a todas as instituições de ensino no campo da Saúde, oferecendo amplas possibilidades para treinamento em áreas urbanas e rurais, em diferentes regiões do País.

Essas condições poderiam ser criadas através de convênios entre o Ministério da Saúde, a Previdência Social e instituições estaduais, municipais e particulares de Saúde, num esforço conjunto de integração das atividades médico-sanitárias, para obter melhores condições para o aprendizado.

### Tópico 4

#### **Responsabilidade das Universidades em uma Política Nacional de Saúde.**

Os grupos unanimemente preconizaram a participação das Universidades e Escolas Superiores no desenvolvimento da Política Nacional de Saúde, assinalando as linhas principais de sua ação na permanente realização de pesquisas das condições de saúde, no aprimoramento da metodologia de trabalho e de tecnologia adaptada à problemática regional e na produção adequada de recursos humanos, necessários à implementação dos programas de saúde. Ressaltou-se a importância do planejamento universitário na reformulação dos currículos e sua adequação ao mercado de trabalho, a criação de centros de desenvolvimento comunitários,

assim como a integração das atividades assistenciais nos programas de ação governamental em consonância com a realidade econômica do País.

Para maior utilização de informações sobre a realidade sanitária nacional, deverão as Universidades participar ativa e diretamente de inquéritos de saúde, contribuindo, através de seus órgãos especializados, para a análise, sob coordenação central e permanente, dos recursos humanos para as atividades de saúde.



**5ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE**  
(Brasília, 05 a 08 de Agosto de 1975)



## POLÍTICA DE FORMAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS PARA O SETOR SAÚDE

Edson Machado de Sousa  
Ministério da Educação e Cultura

### INTRODUÇÃO

A formulação de uma política de educação numa sociedade que vem atravessando profundas transformações em sua paisagem sócio-política-econômica e cultural não é tarefa fácil, principalmente se levarmos em conta que a educação é simultaneamente, um meio e um fim. É meio quando considera apenas os aspectos produtivos, de preparação de mão-de-obra para atendimento da demanda e da manutenção do “steady state” entre o sistema formador de recursos humanos e o sistema utilizador desses recursos. De outro lado, não se pode perder de vista, que a educação é também um fim, é consumo, é a melhor forma de proporcionar ao indivíduo a sua auto-realização. Sob esse aspecto, uma política de educação pressupõe uma filosofia da educação, edificada fundamentalmente sobre as bases vivas e caracteres contingentes da coletividade, auscultando mesmo as mínimas vibrações sociais, num comportamento “de baixo para cima” a fim de incorporar as grandes linhas de preocupação dessa coletividade.

De outro lado uma política de educação deve estar amparada numa política mais geral, para que as ações dela emanadas não venham a prejudicar ou mesmo conflitar com outros setores do desenvolvimento social.

Uma análise da evolução do sistema de ensino brasileiro mostra logo como cresceu de forma desarticulada de outros setores, sem atentar para a sua importância na transformação sócio-econômica do País. Esse crescimento gerou uma série de problemas, só corrigíveis mediante a adoção de planejamento realista e de visão globalizante.

São bastante conhecidas as distorções quanto à quantidade, onde de um lado há excessivo número de profissionais, e de outro, é inexpressivo o seu número. Ainda há pouco, detectou-se um acentuado número de vagas ociosas no ensino superior da região sudeste, principalmente na área de ciências humanas. As distorções são também de qualidade, pois é natural que um crescimento acelerado e muitas vezes aquém das reais possibilidades do sistema, provocasse grande heterogeneidade do nível do ensino o que não se confunde necessariamente com queda da qualidade. A questão da qualidade do ensino tem outro ângulo de consideração nem sempre devidamente colocado. Trata-se da adequação dos currículos seja aos reais reclamos da sociedade, seja ao novo clima em que se desenvolve o ensino. É preciso não esquecer que a super-qualidade é tão prejudicial quanto à sub-qualidade. Na avaliação da qualidade do ensino nem sempre é válido adotar padrões comparativos, mormente num país de tantas diversidades regionais que, por conseguinte, exige recursos humanos em níveis e tipos diferentes.

Há também distorções no que se refere à distribuição geográfica das instituições de ensino, tradicionalmente concentradas na faixa litorânea e no centro-sul do País.

Finalmente há distorções na composição da pirâmide educacional, com acentuada carência nos níveis intermediários, principalmente de auxiliares, técnicos e tecnólogos.

A atual política de educação do Ministério da Educação e Cultura vem procurando corrigir tais distorções, atuando com o objetivo de reajustar o sistema de educação para que possa oferecer respostas rápidas aos reclamos do processo de modernização do País, introduzindo para tanto uma sistemática de planejamento suficientemente flexível e aberta a inovações.

Uma pedra angular dessa política, no que se refere a educação profissional, é a progressiva articulação com outros Ministérios e órgãos públicos ou privados, com o objetivo de atender em tempo as necessidades do sistema utilizador, em quantidade e qualidade. Na área das ciências da saúde, essa articulação praticamente não tem história.

Todos nós sabemos que o exame sumário do quadro da saúde no Brasil coloca para o administrador público desafios imensos, quer em seus aspectos quantitativos (distribuição regional e setorial) quer, sobretudo, em seus aspectos qualitativos.

Dentre as inúmeras causas que concorrem para essa situação creio que não será demais apontar para a inadequação da maior parte do aparelho formador de pessoal e do de prestação de serviços, concebidos e organizados que foram a partir de modelos e procedimentos apropriados para contextos sociais, culturais e econômicos bem distintos da realidade passada e atual do Brasil. Conseqüentemente o profissional da saúde e os serviços por ele operados estão mais voltados para o atendimento individual, complexo e de alta especialização – e, por isso mesmo, acessível a poucos – do que para a saúde pública e os serviços de maior alcance e abrangência social. Na ausência de qualquer estímulo maior, exógeno, para uma mudança radical de estilo e comportamento, era inevitável que o sistema formador de recursos humanos permanecesse inteiramente voltado para as carreiras tradicionais, oferecidas com o conteúdo tradicional que as tem caracterizado.

Conseqüência dessa orientação do sistema até aqui vigente é a recente proliferação das oportunidades oferecidas para residência médica, com o conseqüente aviltamento e desvirtuamento das funções desse treinamento especializado. Se bem os críticos mais apressados pretendam atribuir esse fato à decantada queda de qualidade do ensino médico resultante da expansão não planejada dos estabelecimentos de ensino, é bom ressaltar que esta expansão se deu sob forte pressão social acionada não apenas pelas evidências de escassez de profissionais, mas também pelo alto conteúdo de prestígio social e “status” econômico que a profissão parecia conferir, decorrência da distorção antes apontada no sistema de prestação de serviços.

Caímos, assim, num processo de causação circular extremamente rígido, impermeável, que tendia a agravar as distorções existentes.

Esta situação levou o Governo a assentar a atual estratégia de ação nas seguintes proposições básicas:

- 1) É necessário modificar a tendência até agora observada de referir o problema da saúde principalmente à cura ou tratamento, mas dever-se-á orientá-la sobretudo para os serviços preventivos e de atenção coletiva;
- 2) O atual número de profissionais de saúde não atende às nossas necessidades médico-sanitárias, não só por quantitativamente deficiente como pela inadequada proporção entre os diversos tipos de profissionais necessários;
- 3) No estágio que se inicia, será executada política social articulada, que não constitua simples conseqüência da política econômica, mas objetivo próprio (II PND).

Com a criação do Conselho de Desenvolvimento Social efetivamente deu-se início a uma atuação integrada e a instituição do Sistema Nacional de Saúde deverá colocar ordem no que era antes um emaranhado de ações ora paralelas ora superpostas, com acentuado desgaste de recursos financeiros e humanos.

## O MEC E O SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE

As responsabilidades do Ministério da Educação e Cultura no contexto do Sistema Nacional de Saúde

estão claramente definidas na lei que acaba de ser sancionada. Além da incumbência básica relativa à formação regular dos profissionais de nível superior, assim como do pessoal técnico e auxiliar necessário ao setor saúde, caberá ainda ao Ministério incentivar e apoiar as instituições de ensino no sentido de participarem ativamente do processo permanente de avaliação e planejamento das atividades de saúde em âmbito regional.

Para o desempenho de suas funções, conforme já referido anteriormente, o Ministério da Educação e Cultura busca atualmente uma efetiva integração com os outros Ministérios com responsabilidade no setor, sendo oportuno destacar aqui, o trabalho que ora vem sendo desenvolvido conjuntamente com os Ministérios da Saúde e da Previdência e Assistência Social, visando configurar uma orientação comum para racionalizar a formação de recursos humanos para a saúde, em todos os níveis e tipos.

Como parte ainda dessa política de integração, deve ser realçado o protocolo assinado com o Ministério da Previdência e Assistência Social, que viabiliza a incorporação dos hospitais universitários na rede de prestação de serviços, concretizando desta forma uma antiga aspiração. Com isto se espera, de um lado, melhor adequação do ensino aos problemas mais prevalentes de saúde e, de outro lado, melhoria da qualidade dos serviços prestados à coletividade.

Procura o Ministério, com o mais vivo interesse, adequar a formação do pessoal de saúde aos reais problemas e necessidades de nossa população, promovendo experiências de desenvolvimento curricular e de novas metodologias de ensino e incentivando a criação de cursos em áreas não tradicionais.

Nesse sentido, torna-se importante não restringir a atuação do Ministério a umas poucas áreas profissionais habitualmente tidas como mais relevantes, mas visualizar todo o espectro de ocupações, tradicionais ou não, de interesse para a preservação e manutenção da saúde da população.

## **DESEMPENHO ATUAL E PERSPECTIVAS DO SISTEMA FORMADOR**

Parece conveniente apontar, nesta oportunidade, os resultados da atuação do MEC, nesse empenho por uma melhor adequação do sistema de formação de recursos humanos aos requerimentos do setor saúde.

Primeiramente, em relação ao ensino de 2º grau deverá ocorrer substancial incremento de formação de técnicos e pessoal auxiliar. O Conselho Federal de Educação já apreciou e aprovou currículos para oito modalidades de cursos de formação de técnicos e treze para a formação de auxiliares, em áreas que vão desde a Enfermagem até a Patologia Clínica e Histologia, passando pela Administração Hospitalar e a Documentação Médica.

A iniciativa da implantação desses cursos certamente não cabe diretamente ao Ministério, vez que a rede de ensino de 2º grau está precipuamente sob a jurisdição dos Estados. Mas cabe referir que uma das dificuldades para a disseminação dos cursos de técnicos e auxiliares de 2º grau reside na quase total ausência de tradição de cooperação entre os sistemas de ensino e os de assistência médico-hospitalar, nesse nível de ensino. Eis aqui um campo plenamente aberto às experiências e inovações por parte dos sistemas estaduais de saúde e de ensino.

Além da via regular de formação a nível de 2º grau a modalidade de ensino supletivo, particularmente o chamado supletivo profissional, poderia ser também amplamente explorada em certos casos com muitas vantagens, pela sua flexibilidade. Novamente aqui talvez esteja faltando capacidade de iniciativa da parte dos sistemas estaduais, que poderiam receber importante apoio de programas federais na área do Ministério do Trabalho.

Acreditamos que o entrosamento do ensino de 2º grau em sua forma regular e supletiva com o sistema de prestação de serviços poderá abreviar a superação da carência de recursos humanos nos níveis técnico e auxiliar, dotando o sistema prestador de serviços do pessoal de apoio necessário.

Quanto ao ensino superior, o comportamento atual do sistema garante, até 1980, o atendimento das necessidades profissionais em Medicina, Odontologia e Farmácia, tomando-se por base as metas recomendadas pelo Plano Decenal de Saúde para as Américas. Projeções realizadas indicam para o final da década um estoque de 102.000 médicos, 60.000 odontólogos e 20.000 farmacêuticos. Estimando-se uma população de 125 milhões de habitantes, teremos respectivamente, 8,2 médicos, 4,8 odontólogos, para 10.000 habitantes e quase 20 farmacêuticos para 100 médicos, índices que superam o proposto pelo Plano Decenal.

O mesmo não ocorre entretanto quanto à Enfermagem, em relação à qual se pode constatar acentuado déficit de profissionais. Tomando-se ainda por base a recomendação do Plano Decenal de Saúde para as Américas, teríamos em 1980, se mantido o atual ritmo de formação, um déficit de 38.600 enfermeiros. Entretanto o MEC já vem tomando providências não apenas para fomentar o aumento de vagas nos atuais cursos de enfermagem, como também para criar novos cursos, junto às instituições federais e em regiões ainda não servidas. O plano de implantação dos novos cursos de enfermagem já se encontra em plena fase de execução. A partir de 1976, o país contará com mais 13 cursos de Enfermagem, aumentando em 1/4 a oferta atual de vagas, salientando-se ainda que praticamente todas as unidades da federação estarão servidas.

Os cursos de graduação em Nutrição constituem outro problema que vem sendo devidamente considerado. Existem atualmente 8 instituições que ministram cursos de nutrição, sendo que a metade está localizada no Rio de Janeiro. Como os programas federais, principalmente o PRONAN (Programa Nacional de Saúde) e o PNS (Plano de Nutrição em Saúde) vão gerar demanda no setor, o MEC em articulação com o Instituto Nacional de Nutrição (INAN), vem estudando o problema, prevendo-se para 1976, um aumento da rede em pelo menos 50%. Juntamente com a Nutrição, vêm sendo feitos estudos sobre a Tecnologia de Alimentos, setor onde também se constata atualmente grande carência de especialistas. Torna-se necessário frisar que até agora não existiam no País cursos regulares de tecnologia de alimentos ou engenharia de alimentos. Recentemente elaborou-se projeto de currículo mínimo, já remetido ao exame do Conselho Federal de Educação. Constitui firme propósito do Ministério incrementar com a urgência que for possível a formação regular de engenheiros de alimentos, indispensáveis dentro do atual estágio do nosso desenvolvimento.

Outro tipo de profissional, que até então não vinha recebendo consideração à altura de sua importância, é o engenheiro sanitário, cuja formação passa a ser incrementada a nível de graduação. Pretende-se viabilizar ainda a formação regular de ecólogos, sendo que já se encontra em análise no Conselho Federal de Educação, proposta de currículo mínimo. Consideramos de suma importância a presença desses profissionais, principalmente se atentarmos para o fato de que a melhoria da saúde da população está sobremodo condicionada aos requisitos básicos de saneamento e de equilíbrio da comunidade biológica.

O reajuste do sistema formador de recursos humanos, tendo em vista a ascensão gradativa de sua qualidade e progressiva adequação às novas exigências coletivas, supõe também a preparação de outros tipos de especialistas predominantemente voltados para as tarefas de administração e planejamento.

No âmbito dos cursos regulares de graduação, a formação de administradores hospitalares, que ultimamente tem sido intensificada, desponta como de suma importância, já que os modernos complexos hospitalares dificilmente poderão ser geridos racionalmente, sem a presença desses especialistas. Cabe aqui destacar o esforço que vem sendo desenvolvido pelo Programa Nacional de Treinamento de Executivos, nos cursos de treinamento de administradores hospitalares ministrados em várias cidades do país. Por sua vez, acaba o MEC de instituir o Núcleo de Assistência em Administração Hospitalar, para treinamento gerencial e apoio administrativo às Instituições de Ensino Superior da área da saúde.

## O TECNÓLOGO NA ÁREA DA SAÚDE

Não obstante prever-se o atendimento satisfatório das necessidades em relação às principais profissões do setor saúde, continua a existir um inquietante vazio entre o técnico de nível médio e o superior tradicional, situação que vem obrigando a subutilização de profissionais tradicionais ou alternativamente o emprego de pessoas não devidamente preparadas. Vem-se procurando cobrir essa lacuna ocupacional com a criação de novas categorias profissionais (não é demais lembrar que é limitado o número atual de profissões de saúde) com características bastante diversas das existentes. Trata-se do tecnólogo, um profissional formado em menor tempo e detentor de um perfil profissiográfico acentuadamente operacional. No Plano Setorial de Educação e Cultura do MEC, há um projeto especificamente destinado a fomentar a formação desse novo profissional. Diversas experiências estão sendo levadas a efeito em outros setores, mormente no de ciências agrárias e tecnologia industrial.

Na área da saúde, apesar de já se ter dado início às primeiras experiências com os cursos de tecnólogo em Fonoaudiologia, Ortóptica, e mais recentemente Saneamento Ambiental, há atualmente um estudo em andamento, inclusive com a participação de peritos internacionais, que visa identificar na área da saúde os setores mais propícios à inserção de tecnólogos.

Não tem sido pacífica a introdução dos cursos de tecnólogos no sistema educacional brasileiro. Provavelmente não poderia ser de outra forma. Não conhecemos nenhuma história da educação, de nenhum povo, que registre o advento pacífico de inovações educacionais. É perfeitamente normal que toda inovação gere uma reação.

Estejam certos entretanto que a presença de tecnólogos no setor saúde não apenas se torna necessária, como se reveste de certa urgência. Virá de um lado, preencher um vazio ocupacional e, de outro, aliviar a pressão da procura pelas profissões tradicionais.

Além disso o tecnólogo, atuando numa faixa que liberará de muitas funções secundárias o profissional tradicional, contribuirá para aumentar-lhe a produtividade e, em consequência, tornar mais eficiente a prestação de serviços de saúde.

## PÓS-GRADUAÇÃO E QUALIDADE DO ENSINO

No que tange agora à qualidade do ensino, creio ser mais uma vez oportuno lembrar que este aspecto foi uma das primeiras prioridades relacionadas pela gestão atual, efetivamente concretizada com a criação do Conselho Nacional de Pós-Graduação e, recentemente, com a aprovação do Plano Nacional de Pós-Graduação.

No que se refere à área da Saúde, sabemos que o SNS requer de forma concreta e sem distorções, a preparação de pessoal de alto gabarito, a nível de pós-graduação. Nesse sentido pretende o MEC acionar, dentro do esquema previsto no PNpG, os mecanismos necessários para a transformação dos cursos de mestrado e doutorado em núcleos efetivos de formação de pessoal qualificado para o sistema de ensino superior e a pesquisa. Paralelamente serão ativados os cursos de aperfeiçoamento e especialização, através de programas específicos, para que possam atender de maneira mais eficiente e flexível as necessidades de treinamento profissional para o mercado de trabalho. Especificamente, para a área de saúde, prevê o Plano Nacional de Pós-Graduação, para o quinquênio 1975/1979, a preparação de 3.950 mestres e doutores, sendo 2.300 para o setor básico das ciências biomédicas e 1.650 para as áreas profissionalizantes da saúde.

Contudo, a melhoria da qualidade do ensino não se prende exclusivamente a cursos de pós-graduação, em sentido estrito ou em sentido amplo.

A adequação dos currículos às reais necessidades do País e, particularmente, das suas regiões fisiográficas é da mais alta importância. Há a urgente necessidade de as instituições de ensino refletirem realisticamente sobre o seu papel na região onde estão inseridas, no sentido de, efetivamente, cumprir sua vocação regional. Foi com base nesse raciocínio que o Ministério da Educação e Cultura reservou à extensão universitária um importante papel nos próximos anos, pois tem esta missão precípua de transformar o saber acadêmico numa experiência exata das coisas, introduzindo as instituições de ensino no seio da coletividade, e trazendo esta para o campus universitário num processo recíproco de realimentação.

O Plano de Extensão Universitária elaborado para o quinquênio 75/79 tem a função de impedir que os currículos se esterilizem e se desenvolvam à margem dos fatos sociais.

A qualidade do ensino condiciona-se igualmente ao aperfeiçoamento do processo de transmissão do conhecimento. Já se deu início na área da saúde à experimentação de novas tecnologias educacionais. Atualmente, cinco universidades e uma escola isolada estão desenvolvendo na área básica uma experiência que visa à reorientação do processo ensino-aprendizagem com vistas à melhoria do ensino ministrado. Trata-se da metodologia de ensino integrado que além de evitar superposições de conteúdo, o dispõe em uma complexidade crescente, mostrando a unidade da ciência na multiplicidade de suas abordagens.

Os resultados já obtidos são suficientemente animadores para que a experiência seja estendida ao ciclo profissional e atinja gradativamente todas as profissões da área da saúde. Essa experiência ensejou ainda a criação de órgãos de assessoramento pedagógico, compostos de pessoal multiprofissional, com o encargo de prestar assistência ao corpo docente.

## **HOSPITAIS DE ENSINO E FORMAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS**

Não poderia deixar de referir-me, finalmente, a uma das questões cruciais da problemática da formação de recursos humanos para o setor saúde: a articulação entre o sistema de ensino e a rede de assistência hospitalar à comunidade.

Creio que já é bastante conhecida a posição do MEC em relação à questão, mas não será certamente supérfluo resumi-la rapidamente nos seguintes pontos básicos:

- 1) O ensino não pode ser desenvolvido de maneira adequada exclusivamente dentro dos hospitais universitários, como também não deve ser feito apenas nos estabelecimentos hospitalares da comunidade;
- 2) O hospital universitário deve estar integrado ao sistema assistencial da comunidade, ocupando, a nível regional ou micro-regional, posição de hospital de base, tendo em vista os recursos humanos e materiais de que dispõem em geral;
- 3) Os hospitais gerais e especializados da rede Regional ou micro-regional devem estar disponíveis para utilização para fins de ensino, assegurados procedimentos adequados de supervisão docente das atividades dos alunos;
- 4) Dada essa integração hospital-ensino, o hospital universitário deve receber dos sistemas regionais ou micro-regionais de saúde adequada retribuição dos serviços que presta aos mesmos sistemas.



Parece-me que o grau de articulação desejável, segundo esses pressupostos, entre os sistemas de ensino e de prestação de serviços, ainda não foi atingido. Não obstante os progressos já alcançados entre as instituições e agências federais, particularmente após o protocolo MPAS-MEC, muito ainda resta fazer no âmbito das redes estaduais e municipais e, principalmente, no que respeita à situação dos estabelecimentos privados de ensino médico. Estes estabelecimentos vêm enfrentando dificuldades crescentes para oferecer adequado treinamento profissional, principalmente devido à precariedade das instalações e condições em que é oferecido o ciclo clínico da formação do médico.

**6ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE**  
(Brasília, 01 a 05 de Agosto de 1977)

**ASSUNTO:** Instituição do Grupo-Saúde Pública  
– Importância na Política de Desenvolvimento de Recursos Humanos para a Saúde

**CONFERENCISTA:** João Yunes

**ÓRGÃOS:** Secretaria Geral  
Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde  
Superintendência de Campanhas de Saúde Pública

## **I - INTRODUÇÃO**

A implantação do Sistema Nacional de Saúde, do Sistema de Vigilância Epidemiológica e a Modernização do Ministério da Saúde, instrumentos fundamentais para a compatibilização dos interesses nacionais no que se refere a saúde com a capacidade do setor, exigem um reposicionamento dos profissionais de Saúde Pública.

Por outro lado, o reconhecimento da estreita relação entre as ações de saúde e o estágio de desenvolvimento dos recursos humanos desse setor, assim como a compreensão de seu envolvimento num processo mais amplo, de implicações econômicas e sociais, evidencia o desafio a ser enfrentado pelo Ministério da Saúde de adaptar-se, a curto prazo, para dar cumprimento às suas recentes atribuições.

Nesse sentido, um dos requisitos básicos é o ajustamento da formação dos recursos humanos às peculiaridades do setor e sua contrapartida, no sistema prestador de serviços, é uma adequada utilização da força de trabalho egressa do sistema formal de ensino ou qualificada dentro do próprio setor.

Sob esse ponto de vista o Ministério da Saúde, nestes últimos anos, tem-se empenhado no sentido de um melhor aproveitamento de seus recursos humanos, de modo racional, procurando, inclusive, meios para estabelecer um processo salarial mais condizente com a ocupação em Saúde Pública.

Faz parte desse esforço empreendido a criação do Grupo-Saúde Pública, através do Decreto nº 79.456, de 30 de março do corrente ano e da Lei nº 6.433, de 15 de julho do mesmo ano, medida que assume posição estratégica para uma melhor utilização dos profissionais da área.

Todavia, mais importante que a criação formal do Grupo é o desempenho do seu papel na sociedade, de suas funções e, principalmente, do novo dimensionamento que podem adquirir as ações de saúde pública de alcance coletivo.

Neste documento procurar-se-á ressaltar alguns aspectos fundamentais da utilização dos recursos humanos em Saúde Pública, no Ministério da Saúde, e as diretrizes que orientaram a criação do Grupo.

## **II - PRESSUPOSTOS BÁSICOS**

A evolução institucional do Sistema Nacional de Saúde tem permitido estabelecer uma diferenciação clara entre ações de saúde de interesse coletivo e as de interesse individual. Entretanto, se em alguns momentos, quer pela metodologia, quer pelo substantivo da ação, torna-se evidente tratar-se de equacionamento de problemas que afetam o todo, em outros momentos essa clareza desaparece e os limites se sobrepõem aos das ações de interesse individual.

Enquanto as ações de saúde individual visam atender às necessidades sentidas, conscientes das pessoas, as ações de saúde coletiva, área mais difusa e complexa, buscam prioritariamente a satisfação de necessidades não sentidas das populações.

Da compreensão e aceitação desse aspecto decorrem conseqüências relativas à definição, amplitude e forma de realizar tais ações, tanto as de caráter coletivo como as de assistência individual.

De modo geral, a formação de recursos humanos procura atender às necessidades do mercado de trabalho. Na área da saúde, à medida que a oferta de serviços vai-se diversificando em áreas especializadas, o mecanismo formador de pessoal se prepara para oferecer ao mercado os especialistas procurados, portanto, considerados necessários. Na ausência de um planejamento adequado o atendimento tende a se tornar cada vez mais sofisticado, mais caro e mais distanciado dos problemas prevalentes nas populações, para uma faixa reduzida de usuários que podem pagar pelos bens e serviços disponíveis.

Nessa situação, o inverso também ocorre. A especialidade gera na sociedade uma demanda até então não evidenciada e a sociedade passa a pagar os novos serviços oferecidos pelos especialistas.

Desse modo, os esforços dispendidos na formação de pessoal na área da saúde têm sido levados, por essa dinâmica, para uma direção bastante distanciada das reais necessidades da população.

A preparação de pessoal de nível médio e elementar encontra-se relegada a treinamentos específicos, casuísticos, voltados para problemas imediatos, acarretando déficits consideráveis, sobretudo do ponto de vista qualitativo.

Outro aspecto importante a ser considerado no desenvolvimento das ações de Saúde Pública é o caráter multidisciplinar do conhecimento necessário à solução dos problemas, resultando na imperiosidade de uma atuação multiprofissional.

Esta assertiva baseia-se na premissa de que melhorar a saúde coletiva implica no desenvolvimento da capacidade do homem de estabelecer um relacionamento equilibrado com seu meio ambiente, entendido este como o conjunto de condições biológicas, econômicas e psicossociais, tornando-se mais rico e diversificado o prisma das ações de saúde, exigindo a conjugação dos conhecimentos e das práticas de vários ramos da atividade humana.

Assim, não se pode conceber a realização de Saúde Pública por uma única categoria profissional. As ações dos diferentes profissionais vão-se intercompletar, integrando uma orientação única, globalizante, quer na hierarquização das tarefas, quer na sua interação qualitativa.

A operacionalização de tal medida importa em duas medidas básicas: criação de uma demanda por essas ações e paralelamente o desenvolvimento de um programa de capacitação de pessoal.

A criação do Grupo-Saúde Pública faz parte da resposta do Ministério da Saúde a esse desafio. Esta medida representa um instrumento de reajustamento do sistema de absorção de recursos humanos em Saúde, tendo em vista as atuais exigências da sociedade brasileira e expressa a capacidade do Ministério da Saúde de orientar um processo de transformações que permitam tornar realidade a implementação do Sistema Nacional de Saúde.

### **III - CARACTERIZAÇÃO DO GRUPO-SAÚDE PÚBLICA**

A criação do Grupo-Saúde Pública consiste na constituição de duas Categorias Funcionais, a de Sanitaristas, de nível superior e a de Agente de Saúde Pública, de nível médio, ambas de caráter multiprofissional e com exigência de aperfeiçoamento contínuo.

Até se instituir um Grupo para promover ações de saúde pública não se pode ignorar a clientela dessas ações: as populações, com suas crenças, valores e atitudes. Se a toda ação corresponde uma reação, cumpre indagar sobre a forma como essas populações reagirão à presença desse Grupo e quais as representações sociais que se formarão sobre os profissionais de saúde pública, tanto como grupo quanto como categorias profissionais distintas. Pode-se presumir que, de início, o seu papel na sociedade seja pouco delineado, mas pela sua atuação tornar-se-á gradativamente mais distinto e ao mesmo tempo claramente relacionado com os demais papéis desempenhados por outros profissionais.

A composição do Grupo integrado por categorias ocupacionais responsáveis pelo desempenho de funções que vão desde as de nível operativo mais simples às mais complexas, traz em si, implícito, o conceito de globalidade e harmonia entre as partes.

O êxito no seu desempenho está fortemente relacionado à força do todo, decorrente do grau de integração de suas partes, da responsabilidade assumida individualmente, mas transformada em responsabilidade e consciência de grupo.

Nesse sentido, funções técnicas, administrativas e políticas estarão ocorrendo simultaneamente nos diversos níveis de atuação, embora com a predominância de umas sobre as demais, segundo o nível ou mesmo a ação. O desempenho dessas funções imprimirá uma imagem na população que elaborará sua representação social do profissional de Saúde Pública, podendo variar entre a imagem de um técnico, de um administrador ou de um político. Talvez nenhuma delas, por não se caracterizarem suficientemente e, neste caso, qual a outra? A de um Agente Social de Saúde? É necessário refletir sobre isso, pois essa imagem naturalmente influirá bastante na forma de reação das populações, na sua participação nos programas, na possibilidade de formação de novos valores, na substituição de hábitos, sem o que as ações de saúde de alcance coletivo ou não se realizam ou fazem-se precariamente, pois Saúde Pública se faz com a população.

Por outro lado, o profissional de saúde pública também forma a sua própria imagem e o faz tanto a partir da concepção do seu papel, quanto do reflexo da imagem projetada pelas populações.

Do exposto no presente trabalho, podem-se destacar alguns aspectos básicos que nortearam a caracterização do Grupo-Saúde Pública:

## **1. MULTIPROFISSIONALIDADE**

O Grupo-Saúde Pública constitui uma equipe de trabalho multiprofissional, com característica polivalente, integrado por duas Categorias Funcionais, uma eminentemente voltada para as atividades de planejamento, normalização, direção, supervisão e outra predominantemente executiva.

A primeira constitui a Categoria Funcional de Sanitarista, formada por categorias profissionais de nível superior consideradas indispensáveis ao desenvolvimento dos programas do Ministério. Fica desse modo implícito que a composição do Grupo vincula-se ao estágio em que se encontra a saúde da população, suas condições para enfrentar os problemas e a tecnologia disponível, ou seja, o estágio de desenvolvimento sócio-econômico-cultural do País.

Estão definidos como seus componentes os seguintes profissionais: médico, enfermeiro, odontólogo, assistente social, pedagogo, psicólogo, sociólogo, antropólogo, comunicador social, veterinário, engenheiro, economista, administrador, advogado, biomédico e agrônomo.

Na composição da Categoria de Sanitarista não foi considerado o nutricionista, pelo fato de a competência técnico-normativa desta área pertencer ao Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição, autarquia vinculada ao Ministério da Saúde.

A segunda, de Agente de Saúde Pública, compõe-se de categorias ocupacionais de nível médio, cuja qualificação profissional relaciona-se com as atividades de controle das grandes endemias e de vigilância sanitária, basicamente.

## **2. FUNÇÕES E ATRIBUIÇÕES**

O papel a ser desempenhado pelos componentes do Grupo-Saúde Pública, a partir de uma análise das atribuições e programas do Ministério da Saúde, permite identificar um conjunto de atividades passíveis de serem agrupadas em dois níveis: uma parte destinada ao cumprimento das ações normativas, outra à execução.

Conforme o âmbito de atuação, nacional, regional ou local, as funções desdobram-se, entre outras, nas seguintes atribuições:

1. Planejamento;
2. Organização e administração sanitárias;
3. Investigações e inquéritos epidemiológicos;
4. Desenvolvimento de pesquisas e estudos de caráter médico-sanitário;
5. Elaboração de planos e programas de saúde;
6. Estabelecimento de mecanismos de coordenação intersetorial;
7. Estabelecimento de mecanismos de atuação integrada de acordo com critérios de prioridades fixados na programação geral do Governo para o Setor Saúde;
8. Estabelecimento de normas e padrões;
9. Coordenação e avaliação de planos, programas, projetos e atividades;
10. Participação na elaboração da Política Nacional de Saúde;
11. Avaliação do estado de saúde da população e dos recursos científicos e tecnológicos disponíveis;
12. Assistência técnica aos Estados e Municípios;
13. Educação para a saúde;
14. Saneamento ambiental;
15. Controle sanitário de alimentos, drogas e medicamentos;
16. Fiscalização sanitária;
17. Vigilância Sanitária de fronteiras, portos e aeroportos;
18. Controle médico-sanitário de imigrantes;
19. Controle de endemias.

### **3. REGIME DE TRABALHO EM DEDICAÇÃO EXCLUSIVA**

As ações de Saúde Pública requerem, muitas vezes, atividades ininterruptas por períodos prolongados, deslocamentos imprevisíveis ou planejados, cujo cumprimento exige, além dos requisitos de formação, uma disponibilidade absoluta do servidor, ausência portanto de qualquer outro compromisso profissional.

O Sanitarista deve assim trabalhar em regime de dedicação exclusiva, ou seja, estar em condições de a qualquer momento entrar em ação e nela permanecer pelo tempo que se tornar necessário.

### **4. NÍVEIS DE ATUAÇÃO E LOCAIS DE EXERCÍCIO**

Para melhor entendimento do Grupo-Saúde Pública, abaixo estão relacionados os níveis geográficos onde atuarão os integrantes das Categorias Funcionais de Sanitarista e Agente de Saúde Pública.

**I - Nível de localização central:** Órgãos técnico-normativos e de Coordenação, como Secretaria Geral, Consultoria Jurídica, Secretarias Nacionais, Divisões Nacionais e Coordenadorias de Saúde (em Brasília ou provisoriamente no Rio de Janeiro).

**II - Nível de localização estadual:** Sedes das Diretorias Regionais da SUCAM, Delegacias Federais de Saúde e Inspetorias de Saúde dos Portos (nas capitais das Unidades da Federação).

**III - Nível de localização microrregional:** Distritos da SUCAM e subinspetorias de Portos e Fronteiras (no interior dos Estados e Territórios Federais).

No que se refere a composição da equipe de trabalho convém esclarecer que os integrantes da Categoria Funcional não precisam obrigatoriamente começar suas atividades na periferia para, depois, em fins de carreira, chegar aos níveis mais centrais.

Na implantação dos novos cargos será perfeitamente viável a existência de Sanitarista dos 4 níveis hierárquicos da Categoria Funcional, tanto num órgão periférico rural como na Consultoria Jurídica ou Núcleo Central de uma Secretaria Nacional.

Esse entendimento é muito importante para a Carreira pois permite que em quaisquer dos níveis da organização conte-se com pessoal experiente e principiante em perfeita articulação, facilitando a execução das atividades que dependam de hierarquização na distribuição de tarefas, aumentando as perspectivas observadas dos fenômenos de saúde.

### **5. MUDANÇA DE SEDE DE EXERCÍCIO E EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL**

O parágrafo primeiro do art. 9º do Decreto 79.456/77 procurou fixar um dos requisitos mais importantes para a efetivação da implantação da Categoria Funcional de Sanitarista.

A progressão funcional acarretará, sempre, mudança de sede de exercício do servidor.

Esse requisito tem por finalidade evitar o imobilismo do Sanitarista, já que o regulamento do Grupo-Saúde Pública permitirá que tanto no nível geográfico-periférico quanto no nível central trabalhem Sanitaristas das 4 classes da Categoria Funcional.

Obviamente se fosse possível progredir na carreira sem conhecer outros níveis de complexidade haveria uma tendência à excessiva imobilização num mesmo local.

Pelo Decreto, um Sanitarista do nível 7, ou mesmo da Classe Especial, pode trabalhar a nível de Distrito da SUCAM e um principiante do nível 4 pode desempenhar atividades na Secretaria Geral, por exemplo. Por isso somente um requisito básico como a obrigatoriedade da mudança de sede viria gerar condições para que o Sanitarista, ao habilitar-se a uma promoção, viesse a se dispor a prestar serviços num outro nível da escala hierárquica das ações de Saúde Pública ou em local diferente daquele onde se encontrava antes da promoção.

A obrigatoriedade da mudança de sede após a promoção visa colocar o Sanitarista no local onde necessariamente prestará melhores serviços à comunidade, de acordo com as suas habilitações profissionais geradas com a acumulação da prática do serviço e complementadas com os cursos previstos para os diversos níveis da Categoria.

A mudança obrigatória de sede para efeito de promoção visa também evitar o protecionismo que tenderia a favorecer aqueles que habitualmente preferem ficar no nível central, sem motivação para conhecer as realidades da periferia geográfica e adquirir percepções dos demais níveis da estrutura do Ministério.

A regulamentação do Grupo-Saúde Pública visará também diferenciar os interstícios mínimos para progressão funcional, exigindo mais tempo de serviço aqueles que estão no nível central, decrescendo esses prazos à medida que seus integrantes participem de ações nos níveis estadual ou microrregional.

Para passagem do nível 6 para nível 7 deverá haver inversão de tempo de interstício dando prioridade aqueles que já estão no nível central. Nesse caso, deverão cumprir interstício maior aqueles que se encontram na periferia.

Este aspecto visa dar prioridade para o encaminhamento dos Sanitaristas mais experientes para as atividades mais centrais do Ministério.

Finalizando este tópico convém esclarecer que essas proposições conceituais, que deverão se tornar realidade com a regulamentação do Grupo-Saúde Pública, visam unicamente a colocação do profissional em locais onde haja melhor aproveitamento dos seus serviços pela comunidade.

## **6. EDUCAÇÃO CONTINUADA**

A legislação pertinente ao Grupo-Saúde Pública estabelece, em linhas gerais, o aperfeiçoamento sistemático do pessoal.

Cumpra, pois, ao Ministério elaborar normas de procedimento para a operacionalização do processo de desenvolvimento dos recursos humanos integrantes do Grupo.

O aspecto educacional envolvido na institucionalização do Grupo apresenta peculiaridades que merecem considerações.

Situa-se no nível médio o pessoal com formação profissionalizante a nível de 2º grau, mediante o ensino regular ou pela via supletiva, incluindo o técnico pleno e o auxiliar.

Diante da realidade educacional das diferentes regiões do país e do nível de complexidade das tarefas a serem executadas foi incluída nessa categoria uma classe de servidores cujo preparo profissional se constitui



em simples qualificação para o trabalho, mediante treinamento em serviço.

Desse modo, a Categoria Funcional de Agente de Saúde Pública, no nível 1, prevê “treinamento especial em serviço” para o desempenho das variadas atividades desse nível, impondo-se em consequência programas múltiplos de treinamento, contendo todos, porém, uma parte comum visando à formação e ao desenvolvimento de uma atitude em relação a Saúde Pública como um todo.

A exigência no nível 2 é de “qualificação profissional específica”, além de escolaridade mínima de 1º grau.

O mesmo ocorre quando da passagem do nível 2 para o 3. Neste a exigência é de “habilitação profissional”, a nível de 2º grau.

Assim, o servidor iniciando sua vida funcional no nível 1 chega ao 3 através de uma série de programas de aperfeiçoamento e de execução de tarefas de crescente complexidade.

Em se tratando da Categoria Funcional de Sanitarista, o profissional ingressa no nível 4 mediante aprovação em curso de aperfeiçoamento em Saúde Pública, previsto no próprio processo de seleção. Durante o período de atuação nesse nível o servidor prepara-se-á do ponto de vista de educação formal, em curso de Saúde Pública, a nível de especialização para assumir as funções mais complexas estabelecidas para o nível 5.

Do nível 5 para o nível 6, além de outras exigências, há a de aprovação em curso de especialização em áreas de Saúde Pública relacionadas com as atividades que desenvolver o servidor, como por exemplo: Epidemiologia e Planejamento.

Finalmente, o servidor para chegar ao nível 7 deve possuir o grau de Mestre em Saúde Pública ou outros requisitos a serem estabelecidos em regulamento.

Decorre daí a necessidade de uma programação de cursos de forma a oferecer a todos os integrantes do Grupo as oportunidades de aperfeiçoamento do seu desempenho, como também para permitir sua progressão funcional. Estrangulamentos em qualquer ponto dessa cadeia imporão ao Grupo menor produtividade e, ao servidor, impossibilidade de acesso funcional.

Por outro lado, o cumprimento de todas as condições previstas permitirá ao Grupo-Saúde Pública atuar de forma coesa, com segurança profissional, e tornar as ações de Saúde Pública atraentes a profissionais até então alheios a área.

Fica constituído um mercado de trabalho organizado, como garantia para o alcance dos objetivos relacionados à Saúde Pública.

Ao instituir um sistema de progressão funcional exigindo aperfeiçoamento profissional através de cursos, teve-se a preocupação de estabelecer correspondência dessa capacitação no sistema formal de ensino.

Daí a importância de se especificarem os conceitos relativos a formação de pessoal incluída no processo:

- a) Aperfeiçoamento: pós-graduação, **sensu lato**, destinada a ampliação e atualização dos conhecimentos de profissionais graduados, através de curso ou atividade teórico-prática, com duração mínima de 180 horas-aula.
- b) Especialização: pós-graduação, **sensu lato**, realizada através de curso ou atividade com finalidade de aprofundamento de conhecimentos teóricos e práticos, em setores específicos do saber, com duração mínima de 300 horas-aula.

- c) Mestrado: pós-graduação, **sensu stricto**, que forma profissionais graduados conferindo-lhes o título de mestre ao término de um processo de ensino e pesquisa, regido por normas específicas.
- d) Habilitação profissional é o resultado de um processo por meio do qual uma pessoa se capacita para o exercício de uma profissão ou para o desempenho das tarefas típicas de uma ocupação. Para efeito do Grupo-Saúde Pública a habilitação profissional compreende a nível de 2º grau:

Técnico - habilitação plena, realizada através de curso completo de 2º grau, envolvendo uma parte de educação geral além de um conteúdo profissionalizante de no mínimo 900 horas, pelo sistema regular ou equivalente, mediante a via supletiva de ensino;

Auxiliar - habilitação profissional parcial, realizada através do cumprimento da parte de educação e de 300 horas mínimas de conteúdo profissionalizante pelo sistema regular ou equivalente pela via supletiva.

- e) Qualificação Profissional: “condição resultante da aprendizagem ou de cursos adequados a formação profissional de adultos, caracterizada pela comprovação efetiva de que o trabalhador está realmente capacitado para o exercício completo de uma ocupação bem definida na força de trabalho. Desta forma, a aprendizagem e os cursos de formação profissional de adultos constituem o processo e o método; a qualificação profissional é a resultante” (Anexo B do Parecer 45/72 - Conselho Federal de Educação).

Especificamente para o Agente de Saúde Pública a qualificação profissional abrange dois níveis:

- a) qualificação para a realização de tarefas elementares (borrifação de casas com inseticidas, aplicação de larvicidas, coleta de amostras de materiais para exame de laboratório, etc.), mediante o treinamento em serviço;
- b) qualificação profissional para a realização de tarefas de complexidade maior que as do nível anterior (supervisionar as ações do agente de nível A, abastecer os postos de notificações, preparar meios de cultura, etc.), mediante cursos ou programas de treinamento específico.

## 7. INCENTIVOS FUNCIONAIS

Pelas exigências que lhe são feitas atribuiu-se à Categoria de Sanitarista, de acordo com a Lei nº 6.433/77, além da gratificação por atividade, a gratificação de 20% pelo regime de dedicação exclusiva. Acresce a isso o fato de ficarem incorporados aos salários os incentivos relativos a dedicação exclusiva, para os servidores que à data da aposentadoria contarem, pelo menos, cinco anos de percepção deste incentivo.

Será regulamentada, também, a gratificação por exercício em determinadas zonas e locais, segundo os critérios básicos do Decreto-lei nº 1.341/74.

## IV - A IMPLANTAÇÃO DO GRUPO-SAÚDE PÚBLICA NO MINISTÉRIO DA SAÚDE

Assinado o Decreto nº 79.456/77, constituindo o Grupo-Saúde Pública e encaminhado pelo Excelentíssimo Senhor Presidente da República ao Congresso Nacional o projeto de lei, fixando os respectivos vencimentos, voltou-se o Ministério da Saúde para os estudos e providências necessárias à sua implantação.

Constituiu o Senhor Ministro, pela Portaria nº 175, de 19 de maio do corrente ano, um Grupo de Trabalho com a finalidade de apresentar a composição, em termos do quantitativo necessário segundo a formação profissional e qualificação exigida, para as duas Categorias Funcionais, bem como orientar a sua implantação.

A partir de estudos das competências, programas, projetos e atividades das diversas Unidades do Ministério, estimou-se a lotação ideal do Grupo-Saúde Pública, documento este que, após aprovação, servirá de base ao processo de implantação do Grupo.

Deixam o Decreto e a Lei em aberto alguns aspectos a serem estabelecidos em regulamento. Os estudos necessários a tal regulamentação já estão sendo elaborados, citando-se a definição das especificações de classes, dos critérios para seleção e classificação, de requisitos para a progressão funcional.

Os documentos definitivos serão formalizados em articulação com o Departamento de Administração do Serviço Público - DASP.

## **V - CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A criação do Grupo-Saúde Pública corresponde a uma longa aspiração dos profissionais que militam nessa área.

Veio atender a uma necessidade do Ministério, de orientar um processo de mudanças comportamentais em seus quadros de servidores, para tornar realidade a implantação do Sistema Nacional de Saúde.

Representa um instrumento capaz de promover correções de uma série de distorções constatadas na formação e utilização dos recursos humanos que atuam na área.

A ação desse Grupo não é isolada, mas constitui um elo na cadeia de ações desenvolvidas em todo o território nacional, a maior parte, portanto, a cargo e sob a responsabilidade das Secretarias Estaduais de Saúde.

As ações do Grupo-Saúde Pública devem-se ampliar através das ações dos Estados; e à medida que os recursos humanos responsáveis pela Saúde Pública, a nível central e a nível estadual, apresentarem semelhança na sua formação, na sua composição, no seu enfoque, mais rápida e economicamente poderão estas ações se desenvolverem e alcançarem melhores resultados.

Fica assim, registrada aqui, a sugestão de se constituir um grande Grupo-Saúde Pública, formado pelo Grupo do Ministério da Saúde e Grupos nos Estados e Territórios, no âmbito das Secretarias de Saúde.

## **BIBLIOGRAFIA**

LEI Nº 6.229, DE 17.07.1975

DECRETO Nº 79.456, DE 30.03.77

LEI Nº 6.433, DE 15.07.77

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CULTURA  
“OPERACIONALIZAÇÃO E IMPLANTAÇÃO DO PLANO NACIONAL DE  
PÓS-GRADUAÇÃO” – BRASÍLIA, 1975.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CULTURA  
“DO ENSINO DE 2º GRAU (LEIS – PARECERES)” – BRASÍLIA, 1975.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CULTURA –  
“ESTUDO SOBRE A FORMAÇÃO E UTILIZAÇÃO DOS RECURSOS HUMANOS  
NA ÁREA DA SAÚDE” – BRASÍLIA, 1976.

**7ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE**  
(Brasília, 24 a 28 de Março de 1980)



## **PAINEL**

### **RECURSOS HUMANOS PARA OS SERVIÇOS BÁSICOS DE SAÚDE**

Presidente: Dr. Germano Mostardeiro Bonow  
Secretário de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul

Moderador: Dr. Frederico Simões Barbosa  
Professor da Universidade de Brasília

### **AÇÃO INTEGRADA MINISTÉRIO DA SAÚDE/SECRETARIAS DE SAÚDE NA CAPACITAÇÃO DE RECURSOS PARA OS SERVIDORES BÁSICOS**

LIA CELI FANUCK  
Secretária de Recursos Humanos  
Ministério da Saúde

O tema proposto para este painel e, nele, a forma de atuação na área de recursos humanos recomendada para o desenvolvimento de programas junto aos estados decorre, basicamente, da nova postura do Ministério da Saúde que vem sendo imprimida às suas relações com as secretarias de saúde, consubstanciada nas diretrizes básicas traçadas para a gestão dos assuntos de saúde.

Se distintos e particulares são os problemas de saúde identificáveis em cada estado, singulares e diferenciadas são as características de seus recursos humanos e, dentro desta perspectiva, entende a Secretaria de Recursos Humanos, por coerência com a ação global do Ministério da Saúde, devam ser tratados os problemas e propostas de trabalho aí contidos.

Significa esta linha de ação que os projetos e atividades serão formulados em cooperação técnica com as secretarias de saúde, compreendendo-se por cooperação a ação conjunta desenvolvida, participativamente, pelo Ministério e pelas secretarias, consideradas, prioritariamente, as necessidades e as possibilidades, medidas que marcarão o nível de participação no processo de desenvolvimento de recursos humanos para o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde.

Não existe, **a priori**, nenhum projeto elaborado e nem esboçado. O trabalho que a Secretaria de Recursos Humanos vem se propondo a realizar junto aos estados terá como ponto de partida a realidade concreta dos serviços de saúde, o estágio em que se encontra cada secretaria, as condições existentes para a implementação do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde e, sobretudo, a ordem de necessidades detectadas seja pelo próprio órgão estadual ou auxiliado pelo Ministério da Saúde.

Esta mesma linha de ação que se está imprimindo às relações com os estados, vem sendo buscada intraministério, através da coordenação de todos os serviços e setores que atuam, de alguma forma, em programas para o desenvolvimento de recursos humanos.

A coordenação, ainda em fase inicial, tem como objetivo não a centralização do processo na Secretaria de Recursos Humanos, mas, sim, que a atuação integrada proposta pelo Ministério seja efetivamente viável e que, em todas as áreas, a mesma estratégia seja adotada, possibilitando a unidade que está a exigir a solução para os problemas de saúde vividos pelas populações do País.

Ainda na esfera do Ministério da Saúde, está presente a integração de ações com a Fundação Instituto Oswaldo Cruz e, em particular, com a Escola Nacional de Saúde Pública, na constante busca de somar esforços e recursos para, pelo mútuo e recíproco apoio, alcançar um melhor desempenho junto aos estados.

A preocupação maior está na obtenção de uma coerência que permeie toda a atuação do Ministério da Saúde, no objetivo fundamental que é fortalecer as secretarias como órgãos executores do Sistema Nacional de Saúde e do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde.

Desde a proposição do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde, a preocupação que tomou os grupos constituídos para o estudo da proposta está ligada à definição dos recursos humanos. Estes últimos são entendidos como o instrumento fundamental para a operacionalização do programa e viabilização do processo de mudança e como os próprios agentes desta mudança, alcançando, como resultado, uma prestação de serviços efetivamente dirigidos às necessidades de saúde das populações usuárias.

Se bem definidas e estabelecidas estas necessidades e as ações fundamentais que comporão os serviços básicos a serem prestados, teremos clara a identificação das categorias profissionais essenciais ao desenvolvimento do programa e os pré-requisitos indispensáveis para o desempenho das referidas ações.

Na exposição de abertura desta 7ª Conferência foi o programa definido como “o conjunto integrado de serviços, prestados às pessoas e às comunidades e para a melhoria do ambiente, necessário à promoção de saúde, à prevenção das doenças, ao tratamento das afecções e traumatismos mais comuns e à reabilitação básica de suas conseqüências”.

É diante e sobre este marco referencial que deverão ser definidas as características dos recursos humanos para o programa. Não se deve levar em conta nessa definição e no próprio delineamento do perfil profissional de cada categoria as particularidades e dificuldades regionais, sobretudo tratando-se de pessoal de nível elementar e médio para os quais se mostra inexecutável a vinculação rigorosa entre a escolaridade e o exercício funcional. Em verdade o conjunto de serviços, conteúdo do programa, não está a exigir recursos humanos de alta qualificação técnica.

Aqui nos defrontamos com uma das questões que antecedem os próprios programas de capacitação de recursos humanos e que constituem um desafio à tentativa de encontrar soluções. Temos assim, por responder, alguns questionamentos fundamentais, enunciados a seguir.

1) Não é o nível de capacitação técnica que garantirá maior êxito para os serviços, mas, sim, o grau de inserção desses no contexto social das comunidades.

Trata-se antes de preparar recursos humanos aptos a participarem do processo como agentes articuladores entre os serviços e a comunidade, pois que não se mostram tão incontornáveis as dificuldades técnicas identificadas para a prestação destas ações fundamentais que compõem o essencial deste programa. Cabe ressaltar, no entanto, que grande parte das atividades de saúde tem sido marcada pelo fracasso, até o presente, pela falta de interação com as populações-alvo das soluções e metas propostas.



2) Questão aqui colocada em segundo lugar, mas que se reveste da mesma relevância, é a que propõe “a **substituição da especialidade pela generalidade**”.

Ora, se aos profissionais especializados asseguram-se melhores salários, distinguidas promoções, educação continuada e escolha para o exercício de suas funções, isso significa claramente dizer que o caminho para o crescimento e o desenvolvimento profissional é a especialização. Para a rede de serviços básicos, fulcro de todas as prioridades e atividades do Ministério da Saúde, segundo demonstram as diretrizes aqui apresentadas, não se mostram relevantes as especializações. Entretanto, o programa defronta-se com a contradição da realidade do mercado de trabalho que está a privilegiar claramente as especialidades, sobretudo no campo da assistência médica, fazendo com que os programas de saúde sejam derrubados pela prática da medicina assistencial, onde permanece inarredável a hegemonia do médico.

Essa limitação é transmitida para os serviços de saúde fazendo com que, equivocadamente, centralize também na figura do médico não só a organização dos serviços como a própria organização da carreira do profissional de saúde. Como esta 7ª Conferência propõe-se muito mais ao debate do que às exposições acadêmicas, lança-se o tema à discussão.

3) Outra questão a ser solucionada é o desempenho dos recursos humanos de nível médio e elementar, sobretudo nas localidades em que se mostra difícil ou mesmo impossível de ser pretendida a participação nos serviços do profissional de nível universitário.

Não é suficiente falar em delegação de funções para o pessoal não-universitário; é imprescindível reconhecer efetiva e concretamente o papel que desempenham estas categorias no programa. Entretanto, este reconhecimento deverá ser transposto do discurso para a prática, pois só na prática se conferirá credibilidade real a esse pessoal de formação simplificada junto às populações usuárias dos serviços de saúde. E isto significa que as unidades de serviço desprovidas do profissional médico possam contar com as mesmas condições de prestação de serviços à população, não sendo prejudicadas cumulativamente pela falta de medicamentos e incapacidade de outro atendimento que não seja de vacinação.

É indispensável que se pense nestes recursos humanos, na sua preparação, na sua educação continuada e, sobretudo, na credibilidade de seu trabalho junto à comunidade. Este pensar não pode ser orientado pelos mesmos critérios e padrões estabelecidos para as regiões onde os profissionais com graduação na área biomédica estão disponíveis e em excesso relativamente ao mercado de trabalho.

Somente uma postura de desmonopolização do saber permitirá uma participação produtiva e crescente destes recursos humanos de nível elementar e médio, constituindo diretriz da Secretaria de Recursos Humanos este compromisso de transferência do conhecimento. Tal atitude envolve também uma descentralização do poder, representando, portanto, um processo de democratização do subsistema de recursos humanos.

4) Como modificar a formação profissional para que a graduação prepare recursos humanos adequados às necessidades de serviço?

Considerando que são os serviços que devem orientar o mercado de trabalho, pois que este último só terá oferta para profissionais aptos a desempenharem as atividades em que se subdividem os mencionados serviços, não é a formação que modificará a situação e sim a significação que representar o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde dentro do mercado.

As universidades deverão rever seus currículos e prioridades, no objetivo do preenchimento das exigências e ofertas do mercado de trabalho. Paralelamente a esta colocação, existe uma proposta alternativa na qual se busca uma aproximação entre a graduação e a prática dos serviços de saúde, através dos projetos de integração docente-assistencial. Dentro desses projetos o aluno é colocado em direta relação com a problemática

de saúde concreta das nossas populações e uma perspectiva global lhe é apontada, onde a doença aparece vinculada aos demais fatores que compõem o contexto social e não como fato isolado decorrente apenas de causas biológicas.

Estes argumentos alinhados servem apenas de pontos de reflexão para que a análise e o debate não repousem apenas sobre aspectos superficiais, como seria a simples discussão de uma reforma curricular.

A conclusão a que nos conduzem estes apartes levantados é de que a capacitação dos recursos humanos para o Programa Nacional de Serviços de Saúde não prescindirá e nem poderá prescindir das respostas às questões aqui colocadas. Os debates que venham a ser desenvolvidos pelo grupo que optou pelo subtema Recursos Humanos para os Serviços Básicos representarão, sem dúvida, valiosa colaboração à elucidação dos problemas propostos.

## O INAMPS NA FORMAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS PARA OS SERVIÇOS BÁSICOS DE SAÚDE

HARRI GRAEFF

Presidente do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

É conhecido que a assistência aos enfermos, aos necessitados e indigentes constituiu base sobre a qual se ergueu o edifício da assistência social. No Brasil Colônia, a concepção de que o Estado, no Reino de Portugal, não se considerava responsável pela situação sanitária da população e nem era de suas atribuições o cuidado assistencial, fez com que, predominantemente, a assistência estivesse quase que exclusivamente entregue às ordens religiosas e que delas se originasse a implantação das primeiras organizações assistenciais, cujas linhas fundamentais subsistem através das santas casas de misericórdia, que ainda são responsáveis por grande parte dos cuidados médicos prestados no País. Ainda hoje, mesmo organizações leigas de assistência hospitalar mostram sinais inequívocos de ligação direta da assistência médica com as entidades religiosas, manifestada no trabalho hospitalar de irmãs enfermeiras.

A partir da primeira Casa de Misericórdia de Santos, em 1543, e da construção do primeiro hospital pelos Irmãos da Misericórdia do Rio de Janeiro, em 1582, multiplicaram-se as unidades assistenciais, com semelhança de origem e finalidade.

A partir desta assistência aos enfermos, necessitados e indigentes, instituíram-se no País as primeiras formas de seguro social, levadas a efeito por Dom Pedro II. Em 1888, instituiu-se a caixa de socorro para o pessoal de cada estrada de ferro; e, em 1889, o fundo de pensões para o pessoal das oficinas da Tipografia Nacional, transformando-se, assim, a assistência, de uma forma de caridade de fundo religioso para uma instituição social, leiga.

Seria longo descrever todas as etapas que o processo de seguro social percorreu até atingir seu atual estágio, bastando enumerar a criação de caixas de aposentadorias e pensões, a passagem destas para constituir institutos de aposentadorias e pensões, pela fusão dos quais se formou o Instituto Nacional de Previdência Social, acrescendo-se o Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural e colimando com a implantação do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social, com a criação de várias entidades entre as quais se situa o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Passou, assim, o Estado a assumir cada vez mais a assistência médica aos segurados da previdência e a ampliar a extensão desta assistência.

A necessidade de criação de um órgão destinado exclusivamente à assistência médica curativa, hospitalar, odontológica e farmacêutica, no âmbito da previdência social demonstrou, a toda evidência, que a assistência ao doente e a recuperação de sua saúde se constituem em preocupação constante de todos os formuladores da política de assistência social. É também reivindicação de todos os assistidos, transformando-se em um direito, caracterizado pela pressão social cada vez maior para que esta assistência se estenda a toda a população brasileira.

Como decorrência da incorporação da assistência médica, odontológica, hospitalar e farmacêutica aos direitos previstos pelo seguro social, embora com limitações impostas pela falta de recursos especificamente determinados, criou-se uma divisão na área de saúde, na qual cabem, predominantemente, ao Ministério da Saúde as ações de prevenção, e ao da Previdência e Assistência Social, as ações curativas. Não obstante, verificam-se áreas em que as ações preferenciais se invertem, haja vista a atuação, no âmbito das ações de medicina curativa, realizadas pelo ministério e secretarias de saúde e da previdência, nos trabalhos de prevenção.

É perfeitamente compreensível que se as ações de saúde da previdência social se centralizaram em ações curativas, foi para esta área que se dirigiram suas atenções, utilizando-se dos recursos humanos disponíveis,

formados pelas escolas médicas e outras.

Ocorre, entretanto, que esses recursos humanos, pela influência, nem sempre saudável, de outros países mais avançados, caracterizam-se pela excessiva especialização, daí resultando profissionais especializados, ao invés de médicos de formação generalista. A predominância dos especialistas gera distorções que vão desde a espécie de medicina oferecida, até os altos custos despendidos com a assistência médica e hospitalar.

Embora tenha, até recentemente, limitado sua atenção no campo de recursos humanos para a saúde ao aproveitamento dos recursos formados pelas escolas médicas, aos poucos, o INAMPS começa a definir o perfil de seu prestador de serviços e passa a modificar sua concepção, acompanhando os pontos de vista difundidos pelas organizações da área de saúde, que preconizam a formação de técnicos capazes de atender às necessidades básicas da população.

Neste sentido, pretende-se dar ênfase às ações que vão desde a promoção da saúde a cuidados assistenciais, primários, secundários e terciários. Para consecução deste objetivo, o médico não deverá mais realizar um trabalho isolado, mas liderar uma equipe multiprofissional em que as capacitações e responsabilidades serão diferentes, mas realizadas de forma integrada. Trata-se de realizar uma hierarquização das ações de saúde, que incluem, como já foi dito: **a) cuidados elementares**, que compreendem, entre outros, a educação para a saúde, transmitindo princípios de higiene, de nutrição, de imunização, de saneamento e executando ações correlatas; **b) cuidados assistenciais primários**.

É proclamado e reconhecido que a maioria dos pacientes que procuram atendimento médico apresenta patologias capazes de obter solução em nível ambulatorial. Apesar desta constatação, a prática vem mostrando que a atual sistemática de atendimento está sendo realizada por especialistas. Pretende-se, agora, que o atendimento passe a ser realizado, preponderantemente, por médico com formação ampla, capaz de atender patologias diversas, sem que isto implique em conhecimentos altamente especializados. Caber-lhe-á, ainda, reconhecer casos que necessitem assistência mais específica, envolvendo o encaminhamento a médicos especializados ou a internação hospitalar.

Para que esse objetivo, também pretendido pela previdência social, seja alcançado, será necessário que os responsáveis pela formação de médicos se mostrem receptivos e que se proceda à revisão dos atuais currículos médicos, nos quais se deveriam enfatizar as áreas de medicina preventiva, clínica geral, tocoginecologia, cirurgia geral e psiquiatria, capazes de dar formação que permita, desde logo, ao profissional, o exercício da profissão médica, dentro da realidade social que irá encontrar.

Enquanto não se realizem as condições para que tal formação se efetive, o INAMPS procurará, como etapa intermediária, implantar equipes médicas generalistas, formadas de médicos especializados em cada uma das áreas básicas. Estas equipes representarão, em seu conjunto, o mesmo papel de um médico generalista.

Resumidamente, os profissionais capazes de atender às necessidades básicas dos pacientes, deveriam ter:

- uma sólida preparação científica e técnica, que proporcione a compreensão do ser humano como uma unidade biológica, psíquica e social;
- aceitação de um conceito integral de Medicina, compreendendo a promoção, proteção, recuperação e reabilitação de pacientes;
- consciência médica voltada para o trabalho em grupo e dirigida para a assistência elementar e primária.

A contribuição do INAMPS no campo dos recursos humanos carrega consigo o comprometimento assi-

nalado pelas circunstâncias apontadas. Dita contribuição se materializa na oportunidade que proporciona aos estudantes de Medicina de viver e constatar, a partir do quarto ano curricular, a realidade assistencial previdenciária, através de estágios em unidades de emergência e em postos de assistência médica, ocasião em que lhes é dado participar da resolução de problemas de saúde de assistência ambulatorial. Há também 711 estágiários de cursos de auxiliares de enfermagem, técnicos de empresas, técnicos de laboratórios e técnicos de raios X. Esta primeira etapa se prolonga, após o término do curso médico, através de residência médica em hospitais próprios do INAMPS, com a duração de dois anos, cujo ingresso se verifica mediante concurso público.

Até 1979, a residência médica era realizada em todas as áreas especializadas, passando, no corrente ano, a admitir médicos apenas em cinco áreas básicas, como uma etapa intermediária à definição de um currículo para a formação de médico generalista, na qual se acham incluídos 1529 médicos. Além da residência médica, há 168 técnicos de enfermagem, farmácia, nutrição, odontologia e serviço social realizando residência em suas respectivas áreas.

Por outro lado, como experiência pioneira nesta área de formação, o INAMPS criou, no ano passado, em colaboração com a Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, os programas de residência em medicina social. Estes programas se ampliarão e, em 1980, serão elevados para 10, oferecendo 120 vagas a médicos, enfermeiros, assistentes sociais, odontólogos, nutricionistas e farmacêuticos-bioquímicos, dele participando instituições localizadas em São Luiz, Fortaleza, Paraíba, Salvador, Belo Horizonte, Rio de Janeiro, São Paulo e Porto Alegre. Neste sentido foram realizados concursos em que foram aprovados 106 candidatos.

Cabe, ainda, citar que, por sua representação na Comissão de Residência Médica, o INAMPS participa na formulação de diretrizes que regem a formação em nível de pós-graduação de profissionais médicos.

Além da área médica, o INAMPS vem ampliando sua atuação na formação de pessoal paramédico, através de sua Escola de Auxiliares de Enfermagem, com 160 alunos, devendo no corrente ano implantar mais quatro escolas em diversos estados brasileiros. Procura o INAMPS, com esta atuação, diminuir o déficit que se registra em todo o País neste setor, embora não seja esta função de sua competência específica.

Por fim, deve ser dito que, através dos centros de estudos existentes em seus serviços, o INAMPS vem proporcionando a seu pessoal técnico e administrativo a possibilidade de continuamente reciclar seus conhecimentos: promovendo realizações de natureza científica e cultural, bem como proporcionando a seus técnicos a oportunidade para a realização de estágios, cursos ou residências no exterior.

Ao encerrar esta exposição, que necessitou ser condensada em função do tempo disponível, deve ser lembrado que, pelas próprias características de sua atuação, voltada, até o momento, mais para as ações curativas do que as preventivas, bem como voltada para a solução de problemas de saúde de natureza primária, secundária e terciária, pode parecer que o INAMPS preocupa-se mais com estas atividades do que com as ações básicas, o que o teria levado a descurar-se dos recursos humanos para os serviços básicos de saúde. De certa forma tal aconteceu, determinado pela própria natureza do campo de sua competência. Mas não se pode deixar de considerar que, por mais extensa e abrangente que sejam as ações básicas de saúde, sempre ocorrem alterações graves de saúde individual que fogem, nas condições atuais de conhecimento, a qualquer prevenção e que a pessoa humana atingida pela doença tem direito a ser assistida, e que esta circunstância constitui um direito fundamental. Em sentido mais amplo, não se pode, porém, afirmar que as ações básicas de saúde sejam estranhas ao INAMPS, pois que, diretamente, através de alguns programas próprios, bem como, indiretamente, através de repasse de recursos a outros órgãos governamentais da área de saúde e de ensino contribui, com muita ênfase, para as ações básicas de saúde.

# RECURSOS HUMANOS DE ENFERMAGEM E SERVIÇOS BÁSICOS DE SAÚDE

LYGIA PAIM

Professora de Enfermagem da Universidade Federal do Rio de Janeiro

## 1 - INTRODUÇÃO

É no entendimento de que a oferta de serviços básicos de saúde representa uma das oportunidades de viabilização do compromisso social que todos os profissionais de saúde precisam assumir junto à população brasileira que os recursos humanos de enfermagem, quer os preparados pelo sistema formal de ensino, quer o grande contingente de não profissionais que, circunstancialmente, exercem, de fato, a enfermagem em nosso País, sentem-se na obrigação de contribuir efetivamente. É compreendendo que a proposta de serviços básicos de saúde significa uma convocação geral a todos os trabalhadores de saúde, que também a Enfermagem sente-se convocada. Ademais, a implantação de serviços básicos de saúde faz vislumbrar ao pessoal de enfermagem uma excelente oportunidade de uma bem mais plena utilização de seus recursos humanos a serviço das comunidades, especialmente no aproveitamento de pessoal de nível médio, e o de nível elementar preparado em serviço. Essa expectativa está fundamentada em sólidos princípios de democratização da saúde, e deve vir a eliminar toda a pressão, até então existente, pela crença de suposto saber de uns e a conveniência de admitir a incapacidade de outros. Com isso pode ocorrer o fim de algumas atitudes monopolizadoras entre os trabalhadores da área de saúde, no que tange à cerrada delimitação de atividades num mesmo campo de ação. Esses e outros aspectos da questão saúde fazem com que seja gerada uma desaceleração do processo de extensão de cobertura à população, conquanto as atividades essenciais fiquem obstaculizadas na aquisição de maior nível operacional, em razão de excessiva luta por prerrogativas de cada profissional.

É chegada a hora de entender que as atividades essenciais que compõem a oferta de serviços básicos de saúde não deverão ser motivo de uma divisão de trabalho desigual e retalhada entre os profissionais das equipes.

## 2 - QUANTITATIVOS DE RECURSOS HUMANOS DE ENFERMAGEM

Até o momento, todos os esforços feitos no Brasil para atingir as metas quantitativas de pessoal de enfermagem, estabelecidas no II Plano Decenal de Saúde para as Américas, certamente chegam a 1980 exigindo novas estimativas. Isto porque a determinação de 4,5 enfermeiros e 14,5 pessoal auxiliar de enfermagem para 10.000 habitantes teria que ser reestudada, de vez que àquela época do estabelecimento de tal meta não se teve em conta a estratégia de desenvolvimento da assistência primária de saúde, e no caso do Brasil não se teve em conta a categoria de atendentes de enfermagem, que foram quase 70% do total das categorias existentes.

Esta colocação corresponde a dizer que novas considerações sobre quantitativos de recursos humanos de enfermagem deverão ter em conta:

- todas as categorias que exercem a enfermagem, incluídos os atendentes de enfermagem;
- a estratégia de serviços básicos de saúde e sua relação com todos os demais níveis hierarquizados do atendimento;
- a reorganização da estrutura hierarquizada dos serviços de saúde.

Quaisquer metas quantitativas serão bem mais realísticas se tiverem em conta a resposta à indagação de qualidade: o que irá fazer o pessoal de enfermagem, pressupondo que este pessoal participará de todos os níveis hierarquizados de prestação de serviços de saúde?

À medida em que se tentam respostas para a presente indagação, pode-se antever que enfermeiros poderão atuar em nível primário, prestando atendimento de enfermagem direto à população através de atividades como: atendimento a gestantes e puérperas, atendimento a recém-nascidos, atendimento a crianças, atendimento de adultos em situações menos complexas, atendimento em situações de emergência, atendimento em situações de doenças infecto-parasitárias, atendimento de grupos de diabéticos, grupos hipertensos, e tantas outras atividades essenciais a serem desenvolvidas no nível primário, garantida a referência aos demais níveis conforme a necessidade de cada situação.

Além dessas atividades é possível antever a co-participação de enfermeiros nas equipes multiprofissionais em atividades continuadas de treinamento e apoio técnico às equipes de execução de todos os níveis.

Por sua vez o pessoal auxiliar de enfermagem atuando em todos os níveis deixa antever a sua máxima participação no apoio técnico e no treinamento que poderão vir a desempenhar, junto aos agentes locais de saúde, em nível elementar.

Referências desse teor são as que necessariamente deverão ser consideradas ao estabelecer metas quantitativas quanto a recursos humanos para serviços básicos de saúde.

E tudo isso tem implicações com as diretrizes da formação e as da utilização de pessoal de enfermagem.

Basicamente o sistema formal não dispensará o nivelamento do conhecimento sobre serviços básicos de saúde para todos os cursos de formação de pessoal – o domínio do conhecimento relativo à execução de atividades essenciais à saúde da população não pode nem deve ser de alguns apenas, mas um domínio obrigatório de todos os que lidam com a saúde da população.

Por outro lado, a legislação do exercício profissional de enfermagem no País, terá que ser revisada se realmente houver a intenção de obter a ampla e efetiva participação desse pessoal nos programas que conduzem à extensão de cobertura de saúde da população. No momento a referida lei não leva em conta a existência de técnicos de enfermagem, que vêm sendo formados no sistema regular desde 1968, fora os muitos já com esta denominação por aprovação em exames de suplência profissionalizante. Além disso, a referida lei desconhece os atendentes de enfermagem, e estes vêm exercendo, de fato, atividades nesse campo de atuação.

### **3 - QUALITATIVOS DE RECURSOS HUMANOS DE ENFERMAGEM - PARA QUE?**

Convém ter em conta que serviços básicos de saúde não significam serviços de baixa qualidade e que é fundamental a manutenção de um nível mínimo aceitável de segurança ou o aceitável quanto à exposição a riscos para a população assistida. Isso significa que é requerida a presença de pessoal auxiliar habilitado junto ao nível elementar, para garantir a esse nível o mínimo aceitável de segurança através da assistência direta em situações que fogem à competência do nível elementar, e para assumir responsabilidade por atividades de apoio técnico àquele nível, representado esse apoio pela supervisão e treinamento. Certamente a formação das equipes dependerá dos recursos disponíveis e das necessidades locais. Entretanto, assim como pode ser apontado um rol de atividades caracterizadas como essenciais para o nível mínimo aceitável de saúde da população, de modo semelhante parece ser de todo conveniente que se especifique o mínimo requerido de pessoal auxiliar habilitado a dar suporte e treinamento direto em serviço ao pessoal de nível elementar. Essa colocação contraria a idéia daqueles que, extremadamente, entendem que os agentes locais de saúde terão como

bastante a cobertura técnica de profissionais habilitados com atuação no nível primário em exercício nos centros de saúde e ou unidades mistas e ambulatorios. Certamente estariam estes mantendo contato com os agentes locais, não fosse por outra razão, seria pelas próprias referências que esses agentes fariam, mas resta esperar que uma implantação de serviço básico dessa natureza, um apoio técnico mais disponível, um treinamento mais continuado e uma coordenação das atividades técnicas mais presente devam ser levados a efeito com o apoio do pessoal auxiliar. Do contrário, estaríamos entendendo que só teríamos a dar, nada a receber. A presença maior possível de pessoal auxiliar habilitado exercendo a responsabilidade de desenvolver atividades de apoio técnico e treinamento junto aos agentes locais em atendimento à comunidade pode representar, também, que o sistema formal de prestação de serviço não se basta e que alcançará melhores níveis de completude à medida em que estiver perto, recebendo e valorizando as possíveis aquisições culturais de saúde já feitas pela comunidade a que se junta.

É nessa hora que encontramos um a questão aberta para recursos humanos de enfermagem, como também para outros profissionais de saúde. Recursos humanos de enfermagem para que?

O que nos ocorre como possível resposta é que, como muitos outros, o pessoal auxiliar de enfermagem contribuirá diretamente para a manutenção desse mínimo aceitável de segurança ou máximo possível de isenção de riscos ao nível elementar de prestação de serviços básicos de saúde, através de treinamento e supervisão continuada a esse nível. Nesse aspecto, cabe ressaltar que é reconhecida a experiência que enfermeiros de diversas partes do mundo têm demonstrado em desenvolver programas dessa natureza junto ao pessoal auxiliar, em serviço de saúde. Entretanto, a ocupação desse espaço de treinamento e supervisão não nos parece privativa de uma entre todas as categorias de profissionais de saúde.

Ao contrário, não é difícil entender como é de todo desejável que, dada a natureza do treinamento polivalente que se presume deva ter o agente local de saúde, que esse treinamento fique sob a sustentação de equipes multiprofissionais compostas naturalmente de acordo com os recursos e as necessidades que vão se revelando ao longo do processo continuado de prestação desses serviços.

Para tanto, no que se refere a recursos humanos de enfermagem para serviços básicos de saúde terão que ser revisadas muitas posições, a fim de que esse grupo preste uma contribuição mais efetiva aos propósitos da proposta de novas diretrizes de saúde.

Em resumo, tão profunda reformulação não poderá deixar de trazer, em si mesma, propostas de reformulação de outras diretrizes, quais sejam, as de formação de pessoal de enfermagem nas categorias reconhecidas pelo sistema formal, e as de reformulação da lei do exercício da enfermagem (que foi aprovada em 1955 e, entre outras dificuldades, não inclui o técnico de enfermagem), e, sobretudo, aquelas que darão sustentação para manter um elevado nível de prestação de serviço de enfermagem através de um rigoroso programa de educação continuada, qualquer que seja a forma proposta.

Esses são alguns dos muitos aspectos de uma questão tão importante. Como o sistema de saúde não sobrevive isoladamente, suas modificações terão que alterar outros sistemas, principalmente o sistema educacional, particularmente o sistema formal de preparo de recursos humanos de enfermagem, em seus objetivos de conteúdos teórico-práticos. Também a oferta de empregos, hoje concentrada em hospitais, teria que ser revisada para atender às propostas dos serviços básicos de saúde. Mas, sobretudo, as modificações teriam que partir de nós mesmos, profissionais de nível superior da área de saúde, que temos nos confundido no tempo e circunstâncias e nos interessado, muitas vezes, por uma posição nossa enquanto profissionais na estrutura social, mas nem sempre muito preocupados com o compromisso social de ter uma visão de saúde coletiva como é a proposta maior de serviços básicos de saúde.

Saúde para todos, no mais breve tempo possível, em nosso País. Aceitar essa posição, todos sabemos, não significa preparar recursos humanos capazes apenas de prestar atendimento técnico de saúde, mas vitali-



zar um preparo de recursos humanos capazes de participar da questão social maior relativa a problemas de saúde coletiva.

Este parece ser o chamamento, a convocação geral a que o pessoal de enfermagem, ao lado de outros trabalhadores do setor saúde, só poderá dizer SIM.



## O MÉDICO E OS SERVIÇOS BÁSICOS DE SAÚDE

JOÃO CARLOS SERRA

GUIDO PALMEIRA

Sindicato dos Médicos do Rio de Janeiro

### 1 - INTRODUÇÃO E MÉTODO

A sociedade brasileira está passando por um período de profundas transformações das relações econômicas e sociais. Tal situação influencia de forma marcante a situação de saúde; cria novas necessidades e novos valores; modifica o papel social do médico; faz desaparecer as antigas formas de trabalho médico, criando condições para que novas formas se desenvolvam.

O ensino médico também sofre inúmeras modificações; entretanto, as escolas médicas não estão formando profissionais que possam atender às necessidades de saúde da população. Há necessidade de médicos gerais e formam-se especialistas; é necessário ampliar as ações preventivas e os novos profissionais estão voltados para a terapêutica; é necessário dedicar maior atenção aos problemas coletivos de saúde e o médico está orientado para os problemas individuais.

Nas últimas décadas tem havido uma crescente preocupação no sentido de modificar os padrões tradicionais do ensino médico “com a esperança de capacitar profissionais capazes de superar os defeitos do sistema no qual trabalham e proporcionar mais e melhores serviços à população” (1). De modo geral os resultados obtidos têm sido limitados, e as teorias em que se baseiam têm sido criticadas e ampliadas.

Andrade (2) introduziu a noção de “marco conceitual” e estabeleceu sua relação com o modo de se exercer a medicina e com o processo de formação do médico. Segundo o autor, “as pessoas desempenham suas funções de acordo com um marco conceitual mais ou menos definido, que na maioria das vezes é estabelecido por uma série de influências ambientais, entre elas as educacionais”.

Por exemplo, o médico liberal-especialista atua de acordo com um marco conceitual que entende: a) o homem como ser essencialmente biológico e seus órgãos e aparelhos como entidades mais ou menos isoladas; b) a doença como desvio (de caráter individual) de uma norma padrão, demonstrável pelos métodos científicos; c) o sistema de atenção à saúde como um grupo de instituições isoladas; d) a profissão como de caráter liberal; etc. Como conseqüência, tal profissional irá valorizar o ato médico individual sobre o coletivo, a terapêutica sobre a prevenção, a especialização sobre a formação geral, os métodos sofisticados sobre os simplificados, a medicina liberal sobre a assalariada, a concorrência sobre o trabalho em equipe; etc.

O mesmo autor afirma que o marco conceitual da educação médica “é a resultante da interação entre diversos fatores e influências” (1), como se pode ver na figura 1. Analisaremos alguns destes fatores, com o objetivo de determinar o marco conceitual próprio do ensino médico das faculdades brasileiras, e relacioná-lo com o marco conceitual que dirige as ações do médico generalista.

### 2 - INFLUÊNCIA INTERNACIONAL

Após a Segunda Guerra Mundial, “se produziu uma mudança radical nas relações de dependência econômica e cultural dos países latino-americanos” (1), que se traduziu pela queda da influência européia e o surgimento da influência norte-americana.

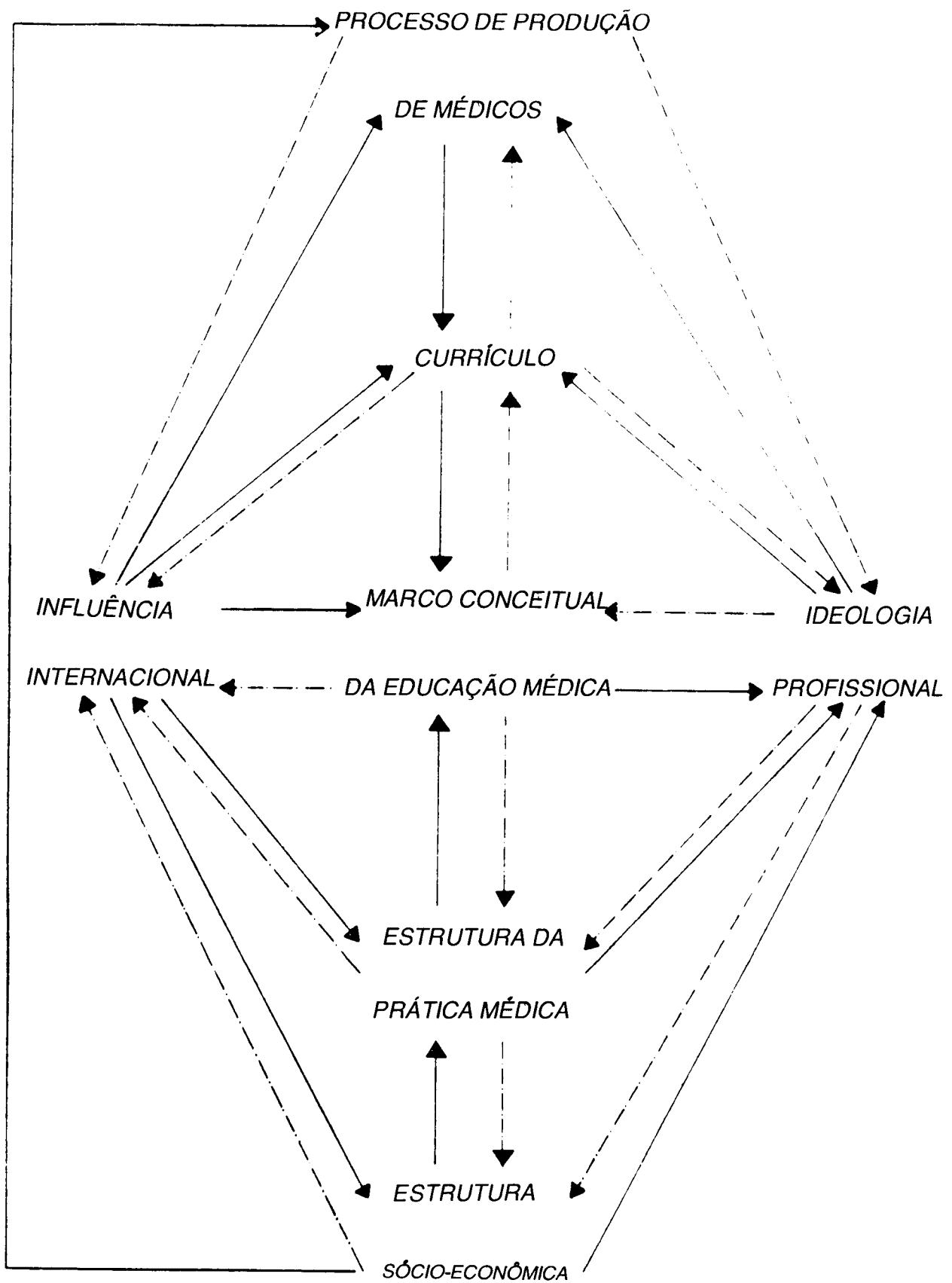


Figura 1 - Relações externas do marco conceitual da educação médica em países dependentes. (As setas cheias indicam a direção da influência dominante.)

No Brasil, essa mudança acompanhou-se do incremento da indústria e do crescimento econômico do país; paralelamente à queda gradativa do valor real dos salários e conseqüente piora das condições de vida e saúde da maioria da população.

No que diz respeito ao setor saúde, não é desconhecida a influência das indústrias de equipamentos hospitalares e de medicamentos, no sentido da sofisticação dos métodos diagnósticos e terapêuticos, isto é, tais empresas exercem influência no sentido de incrementar o setor sofisticado de serviços, em detrimento da saúde da população, como veremos adiante.

Por demais conhecido é o papel de geração e difusão de conhecimentos especialmente a nível de publicações técnico-científicas, hoje quase que inteiramente controladas e manipuladas pelas indústrias farmacêuticas multinacionais.

A influência direta sobre o ensino médico se dá por vários mecanismos. A universidade perde seus compromissos tradicionais, adquirindo a função de preencher as necessidades de mão-de-obra capaz de incorporar a ideologia e as técnicas importadas. “Limita-se a ser mais um órgão de repetição e difusão do saber elaborado em outra realidade, e muito pouco tem contribuído para a integração de suas nações à civilização industrial como sociedades contemporâneas, mas, sim, para torná-las mais eficazes como entidades dependentes” (4).

A importação do modelo de organização departamental, o sistema de créditos, a semestralização dos cursos, o estímulo à criação de novas escolas de Medicina (implantadas de acordo com normas recomendadas por organismos internacionais), verificado no Brasil nas últimas décadas, são exemplos da influência estrangeira direta sobre a estrutura do ensino.

Um estudo do então Departamento de Assuntos Universitários do Ministério da Educação e Cultura refere que “no Brasil, os profissionais de Medicina formados numa estrutura copiada de países desenvolvidos são orientados para a especialização, para a terapêutica, para as doenças degenerativas, e para o liberalismo profissional. Por todos esses motivos, seus conhecimentos e seus interesses raramente coincidem com as necessidades da população de um país em desenvolvimento” (5).

Em resumo, a influência estrangeira se faz sentir direta e indiretamente através da estrutura econômica e social, das relações do processo de produção de médicos, da estrutura da prática médica, etc., no sentido da formação do especialista e no estabelecimento do marco conceitual próprio desse profissional.

### **3 - A ESTRUTURA DA PRÁTICA MÉDICA**

#### **3.1 - Características Gerais do Setor Saúde**

Arouca identifica uma “composição dupla” do setor saúde, traduzida por “uma medicina de baixa densidade de capital e grande extensão social, precariamente organizada”, ao lado de “um setor de alta densidade de capital, pequeno alcance social, e, no entanto, padrão internacional” (6).

Em outras palavras, podemos descrever dois setores de atenção à saúde, de características opostas, que, somados, respondem de um modo ou de outro às necessidades do sistema econômico-social dominante. O primeiro utiliza inúmeros especialistas e técnicos, métodos diagnósticos e terapêuticos sofisticados, instalações e serviços luxuosos; apresenta custo elevado e alta circulação de capital; destina-se a atender a uma pequena parcela da população, socialmente privilegiada, que apresenta predominantemente patologias degenerativas e metabólicas (características dos países desenvolvidos). O segundo utiliza serviços mal instalados, deficientes em pessoal e material, onde o atendimento é precário e predominantemente sintomático; requer me-

nor circulação de capital e destina-se a atender a uma grande parcela da população, explorada economicamente, que apresenta doenças carenciais e infecto-contagiosas (características dos países subdesenvolvidos).

Os diferentes setores se organizam e se desenvolvem em função dos interesses econômicos que representam. “Os serviços de saúde atendem principalmente às necessidades dos grupos sociais de maior poder, cuja satisfação é politicamente prioritária... Respondem também aos interesses conjugados dos produtores de insumo e dos produtores de serviço... Suas pautas de conduta e os valores dominantes não têm compromisso com a saúde da população” (7).

Impõe-se assim o desenvolvimento do setor de alta densidade de capital, da medicina dita mercantilista, privada, sofisticada, voltada para a terapêutica, para a atenção individual e para as doenças degenerativas. Amplia-se o sistema gerador de lucros às empresas médicas privadas e à indústria de materiais e medicamentos.

A demanda de saúde das classes desfavorecidas, com maiores determinantes sociais e econômicos, que requer ações de prevenção e proteção, e que não se enquadra no sistema gerador de lucros, é atendida através de organismos estatais, e na medida do crescimento das formas de pressão social próprias dessas classes.

As intervenções do Estado, no entanto, inclinam-se para o setor de recuperação e para a compra de serviços das empresas médicas privadas, favorecendo também, aqui, a obtenção de lucros, muitas vezes em detrimento da qualidade do serviço prestado, ou através de práticas fraudulentas, conforme a observação de inúmeros autores, como Merhy (3), Gentile (8 e 9), Griz (10) e Santos (12).

### **3.2 - O Papel Social do Médico e o Mercado de Trabalho**

O desenvolvimento da técnica e das especialidades médicas, associado à perda progressiva do poder aquisitivo da população, trouxe como consequência uma profunda transformação do papel social e das condições de trabalho do médico. Cresceram os sistemas de seguro de saúde, através do aparecimento ou ampliação de empresas privadas e estatais. Ao mesmo tempo, diminuiu o número de profissionais que trabalham em consultório próprio e aumentou o número de assalariados, empregados de empresas particulares ou funcionários dos serviços estatais.

O que se verifica é que “a concentração capitalista, acrescida das superespecializações, está impondo realmente uma transformação do exercício profissional: substituição do médico artesão ou liberal pelo de equipe e assalariado” (11).

Podemos separar as modalidades do trabalho médico, cabíveis ao atual sistema de saúde, e relacionar o mercado de trabalho que se apresenta a cada grupo.

As empresas privadas têm por objetivo fundamental o lucro financeiro, obtido através do incremento da medicina especializada (que consome remédios e técnicas caras) e da diminuição das despesas com a assistência, com prejuízo da qualidade dos serviços e aumento da exploração do trabalho médico assalariado. Os profissionais empregados por estas empresas devem não só estar voltados para a medicina especializada como aceitar a cumplicidade de práticas antiéticas e fraudulentas, sujeitar-se a péssimas condições de trabalho e a uma remuneração irrisória.

Os funcionários das empresas públicas encontram-se em situação semelhante, posto que a política oficial de saúde tenda à privatização, ou seja, “o Sistema Nacional de Saúde favorece a sustentação e ampliação das empresas médicas privadas, estabelecendo assim o lucro como parâmetro primeiro da política nacional de saúde. A resultante deste fato se reflete fortemente na qualidade de assistência médica prestada às populações e também nos níveis salariais e nas condições de trabalho do médico servidor público” (10).

Do exposto se depreende que: a) embora exista uma grande necessidade de médicos de formação geral, e de serviços voltados para os problemas das classes desfavorecidas, o mercado de trabalho está voltado principalmente para a satisfação da medicina de mercado, sofisticada e especializada, que atende às necessidades das classes dominantes; b) a “estrutura da prática médica” reforça o marco conceitual que orienta a educação médica no sentido da formação de médicos liberal-especialistas.

#### **4 - IDEOLOGIA PROFISSIONAL**

As características individuais dos alunos ao ingressarem na escola médica influenciam sua formação profissional. A idéia que o calouro tem do médico, de sua função social, de suas relações de trabalho, etc. orienta os objetivos profissionais e dirige os interesses para as diferentes especialidades e habilidades profissionais (ver Cruz (13)).

A quase totalidade dos estudantes de Medicina são representantes das classes sociais favorecidas, que entendem o médico a partir do profissional liberal que atende à demanda de saúde dessas classes, isto é, aquele voltado para a saúde individual, para a terapêutica, para a medicina especializada e de mercado.

Não resta dúvida de que durante o curso o aluno recebe novas informações, toma contato com novas realidades, enfrenta diferentes dificuldades, etc. Todos estes fatores colaboram para que a visão inicial se desenvolva e para que, muitas vezes, se modifique o tipo de atividade ou a especialidade pretendida no início do curso: “La manera de comportarse de los profesores, los intereses que los animan, el regimen de méritos de acuerdo al cual se valoriza su actuación, las relaciones entre ellos y con los estudiantes, proyectan una imagen que, en medida variable, contribuye a plasmar un modelo que orienta las expectativas personales de cada alumno em particular” (14).

Uma vez que o corpo docente pertence à mesma classe dominante e, na maioria dos casos, é o agente da medicina liberal e sofisticada a que nos referimos, a tendência à especialização não é combatida, mas, sim estimulada.

Na realidade, a maioria do corpo docente das faculdades de Medicina “exerce na prática subespecialidades das respectivas especialidades (que lecionam); assim, entre as razões principais da decisão de especializar-se, há evidências de que a liderança de alguns docentes pode exercer decisiva influência no encaminhamento vocacional e profissional do aluno” (15).

Deste modo, a universidade mostra-se incapaz de proporcionar ao estudante uma visão crítica da realidade profissional, e as modificações que veiculam são superficiais ou limitam-se à escolha de uma ou outra especialidade.

De tal exposição resulta que, de modo geral, o estudante de Medicina, ao iniciar o curso, já apresenta uma tendência a incorporar conceitos característicos da medicina liberal e especializada; e que as influências exercidas durante o curso de graduação – através da orientação geral do currículo, dos programas das disciplinas e do comportamento dos docentes – em muitas ocasiões reforçam este marco conceitual, acentuando a tendência à especialização.

#### **5 - CURRÍCULO**

Inúmeras tentativas de modificação curricular foram introduzidas em várias universidades com vistas à

formação de médicos gerais – Universidade de Brasília (16), Universidade de São Paulo (17), Universidade Federal de Minas Gerais (15). Todas essas modificações destacam a necessidade de integração entre ensino e assistência, de integração “horizontal e vertical” dos currículos, de ampliação e incentivo ao estudo das ciências sociais e do comportamento, etc.

Em nosso entender, a dissociação entre o ensino e o trabalho tem grande importância na gênese das contradições entre o ensino e a assistência, entre o ciclo básico e o ciclo clínico, ou entre as diferentes disciplinas do currículo. “O modo de produção de médicos, predominante em nossa época, é o da formação em grupos, separados do trabalho médico e dedicados exclusivamente a estudar (...) sua forma particular de organização é a escola de medicina, com uma estrutura administrativa e um sistema de governo separado das instituições de atenção médica” (18). A escola situa-se frente ao trabalho como não-trabalho e o trabalho se situa frente à escola como não-escola” (19).

Essa dissociação permite que o ensino se desenvolva a partir de um modelo artificial, afastado da realidade do ato médico individual ou coletivo. O aluno dedica os primeiros anos da formação aos fenômenos gerais estudados pelas ciências básicas (ciclo básico). A esse nível, os fenômenos não são considerados em sua aplicabilidade prática, ou relacionados com a realidade – de caráter particular – do indivíduo doente, uma vez que o aluno não entra em contato com o paciente. Durante o ciclo clínico, passa a receber informações teóricas, ordenadas em função de diferentes disciplinas (orientadas por agentes de medicina especializada) voltadas especificamente para os detalhes de determinados órgãos ou sistemas, sem considerar os outros fatores que compõem a realidade do indivíduo doente. As atividades desenvolvidas neste período são consideradas práticas pedagógicas, isto é, o estudante não é envolvido no processo de atenção; sua relação com o paciente se faz unilateralmente (a fim de identificar um processo ou observar um fenômeno); suas ações não estão voltadas para as necessidades de saúde do paciente e não implicam em qualquer responsabilidade neste sentido. Em última instância, o estudante permanece afastado da realidade do ato médico e das necessidades de saúde da população.

Como vemos, a estrutura de ensino, como está organizada, se mostra deficiente no sentido de preparar o futuro profissional e oferecer-lhe segurança para assumir responsabilidades concretas em uma realidade da qual fazem parte o sistema de atenção à saúde e as condições de saúde da população. Um grande número de alunos, procurando sanar essas deficiências, procura instituições não universitárias para trabalhar como estagiários, na maioria das vezes, servindo de mão-de-obra barata em clínicas particulares, voltadas inteiramente para o lucro, que apresentam serviço de qualidade discutível e valorizam a medicina especializada.

A divisão do currículo em ciclos, departamentos e disciplinas é consequência, entre outras coisas, da predominância de normas pedagógicas, segundo as quais o aprendizado é um processo analítico, dedutivo, que se faz do geral para o particular. Na realidade tal estrutura curricular reforça alguns conceitos que se identificam com a atuação do médico liberal-especialista, quais sejam: a) a idéia de que há um limite preciso entre o normal (ciclo básico) e o patológico (ciclo clínico); b) a idéia de que o homem é um ser eminentemente biológico, cujos órgãos, sistemas ou aparelhos existem como entidades separadas (disciplinas) e adoecem – logo devem ser tratados – de forma mais ou menos individualizável.

O ensino centrado predominantemente em hospitais (cuja participação no contexto das ações de saúde é bastante limitada) afasta o aluno da realidade nosológica; dificulta a observação dos estágios evolutivos da doença (exceto durante o período de internação) e a identificação de seus determinantes sócio-econômico e ambientais. Ao mesmo tempo reforça a idéia de doença como episódio individual; de atenção à saúde como atividade descontínua (exercida apenas durante a internação) e predominantemente terapêutica; e do hospital como instituição auto-suficiente, isolada do resto do sistema de atenção.

A difusão do conceito de que o homem é um ser “biopsicossocial” determinou a introdução do estudo das ciências sociais e do comportamento nos currículos; na maioria das vezes, através de departamentos ou



disciplinas de medicina preventiva. Desta forma, as demais unidades do currículo mantêm a atitude organizadora, que valoriza os aspectos biológicos (medidos e controlados por técnicas de laboratório), relegando a segundo plano a relevância dos fatores psicossociais. Conseqüentemente, os novos conceitos não são incorporados ao processo de ensino, e os padrões de conduta que deles resultam não se desenvolvem.

Em outras palavras, a “indispensável abordagem da Medicina do ponto de vista social, que nada mais deve ser do que uma atitude constante assumida pelos professores, é objeto de atenção de disciplinas estanques, criadas como uma maneira de aliviar os demais docentes dessas responsabilidades” (15).

## **6 - O MÉDICO QUE SE QUER FORMAR**

Nos últimos anos, verificou-se um importante aumento da demanda de serviços de saúde por parte das classes que se encontram impossibilitadas de comprar serviços à medicina especializada. Inúmeros fatores podem ser enumerados para justificar este aumento: a) o encarecimento das ações de saúde proporcionado pelo incremento da técnica e da sofisticação; b) o crescimento quantitativo das classes pobres, e a queda dos níveis de qualidade de vida e saúde, conseqüentes ao “modelo de desenvolvimento” adotado; c) o reforço do “conceito de que a saúde é um direito básico de todos os povos, que alimenta a justa exigência de melhores e mais amplos serviços de saúde” (20); etc.

Esse aumento de demanda teve como resposta inicial o incremento do sistema previdenciário estatal (INPS), com aumento da cobertura e da compra de serviços às empresas privadas. Ainda na tentativa de corrigir as grandes diferenças entre os vários grupos sociais sem tocar nas causas determinantes, que estão ao nível da produção, os organismos estatais buscam soluções centradas em fórmulas custo-benefício, isto é, programas que, tendo um custo menor possível, ofereçam rendimento máximo.

## **7 - CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE**

“Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país podem manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade”, conforme definição da Conferência de Alma-Ata, em 1978, a qual instou por um novo enfoque de saúde e um novo critério de serviços, a fim de reduzir a distância, que separa os “privilegiados” e os “carentes”, para obter uma distribuição mais eqüitativa dos recursos de saúde e alcançar um nível de saúde que permita aos cidadãos desfrutar uma vida social e economicamente produtiva.

Essa mesma conferência frisou que os cuidados primários de saúde são parte integrante do processo de desenvolvimento sócio-econômico. Logo, as atividades do setor saúde nos níveis nacional, intermediário e comunitário ou local devem ser coordenadas com as dos outros setores sociais e econômicos, tais como a educação, a agricultura, a pecuária, o abastecimento de água a domicílio, a habilitação, os transportes de massa, as comunicações e a indústria. Devem as atividades de saúde ser desenvolvidas conjuntamente com a adoção de medidas tais como a melhoria da nutrição, especialmente a materno-infantil, o aumento da produção e do emprego e uma distribuição mais eqüitativa da renda pessoal; o combate à pobreza e a proteção e a melhoria do meio ambiente. E em especial, no Brasil, a reconquista da garantia e estabilidade no emprego.

A ênfase aos cuidados primários pede que o médico geral tenha sua atenção voltada para os problemas coletivos, que entenda a atenção à saúde como uma atividade contínua; que possa relacionar os problemas de saúde com as condições de vida das classes desfavorecidas, a que são destinados os programas, e ao mesmo tempo requer conhecimentos nas áreas de saúde pública e administração em saúde.

O trabalho do pessoal auxiliar pressupõe que o médico generalista assuma características como “aceitar plenamente o exercício de várias ações simples (tradicionalmente monopolizadas pelos médicos) por auxiliares (...) participar do treinamento de outros profissionais” (26), etc.

Para possibilitar a participação ativa da população nas ações de saúde, ao nível que se propõem alguns programas, o médico geral que opera as unidades periféricas deve entrar em contato mais íntimo com a população, acatando as formas populares de entender e agir diante dos fenômenos relacionados à saúde e doença. O relacionamento médico-paciente deve ser estabelecido sob uma relação diferente da tradicional, em que “o médico assume o papel dominante e toda a ênfase é colocada na relação de dependência do paciente no tocante ao médico” (26). Faz-se necessário, portanto, rever os conceitos tradicionais de saúde e doença, procurando um intercâmbio entre a medicina popular e a oficial, isto é, o médico deve abandonar qualquer atitude autoritária, desde aquela presente na relação médico-paciente, até aquela que se dá entre a ciência institucional e a cultura popular.

O médico geral ou de família\* é diferente daquele profissional liberal de alguns anos atrás, depositário de todos os conhecimentos e práticas, que desenvolvia seu trabalho isoladamente. Ao mesmo tempo, o novo médico generalista utiliza técnicas, aplica conhecimentos e traça objetivos, diferentes dos do médico especialista, e também é diferente o marco conceitual que orienta as ações de um e de outro.

Assim podemos afirmar que “um médico generalista, capaz de prestar assistência primária de saúde e de exercer a medicina comunitária (...) deverá aplicar, na realização de seu trabalho, conhecimentos básicos das ciências do comportamento e da realidade sócio-econômica que o envolve bem como exercer atitudes críticas permanentes em relação à dinâmica nosológica e aos sistemas existentes de prestação de serviços de saúde (...) o médico deve ser formado na consciência da relatividade de seu papel na solução de problemas de saúde e da necessidade de desenvolver atitudes favoráveis ao trabalho integrado com outros profissionais” (15).

Tal médico terá suas ações orientadas de acordo com um marco conceitual que entende o homem como ser biopsicossocial; a doença como uma “norma biológica que foi recusada pela vida” (25) e não como ausência ou desvio de uma norma padrão; o hospital ou posto de saúde como parte integrante de um sistema de atenção organizado; o paciente como agente ativo nas ações de saúde, etc.

## 8 - PROPOSTAS

O currículo é apenas um dos elementos que interferem no estabelecimento do marco conceitual da educação médica. Na verdade, grande parte desses elementos estão historicamente determinados, de modo que a escola de Medicina não dispõe de poder suficiente para alterar o marco conceitual da educação médica, predominante no momento, que exerce influência para a formação de especialistas. As modificações curriculares justificam-se, no entanto, pelo desenvolvimento de novos conceitos (sobre saúde e doença ou sobre a natureza do homem) e surgimento de propostas alternativas de modelos de atenção (medicina comunitária), conseqüentes ao aguçamento das contradições que compõem a crise do setor saúde (6). Observe-se que o sistema

---

\* O termo família é aplicado aqui não para referir-se à unidade de clientela, mas, sim, como unidade própria da generalidade, pois no interior da família encontramos ambos os sexos, os representantes de vários grupos etários, o que condiciona a integração das áreas materno-infantil, clínica de adultos, pequenas cirurgias e, facultativamente, cirurgia geral (12).

alternativo proposto inclui a participação de especialistas, e logo é necessário que as escolas possam formar não só médicos gerais como profissionais especializados.

Para formar um médico geral, o marco conceitual que orienta as ações deste profissional deve poder materializar-se na estratégia de ensino. Para tal é necessário “em primeiro lugar, que as unidades curriculares do plano de estudos e os critérios que regem sua definição (critérios para a organização do conhecimento) coincidam e reforcem o marco conceitual; em segundo lugar, que a ordem e o conteúdo das unidades curriculares, assim como suas relações internas, as atitudes dos docentes e o ambiente educacional também guardem relação com o marco conceitual” (12).

Relacionamos a seguir algumas sugestões de caráter geral, que acreditamos serem básicas para que esta materialização possa se dar. Por outro lado, torna-se indispensável que as universidades analisem cuidadosamente as modificações postas em prática em outras instituições, assim como os resultados obtidos, para definir aquelas melhor indicadas em seu caso particular.

1) Revisão da organização curricular, buscando a integração que elimine “o esquema clássico que separa o ciclo das ciências básicas do clínico, introduzindo simultaneamente a aprendizagem do abstrato e geral, e sua aplicação no concreto e particular” (27).

2) Revisão do modelo didático que separa o ensino do trabalho, permitindo que o aluno se envolva na realidade do ato médico, participando ativamente e assumindo responsabilidades de forma gradativa.

3) Estabelecimento de um critério para a divisão das unidades curriculares que não implique em separar os aspectos biológicos dos sociais e psicológicos, a medicina preventiva da curativa, o normal do patológico, etc.

4) Modificação dos critérios de elaboração dos programas das unidades curriculares de modo a centralizá-los em um organismo único, diminuindo o poder dos chefes de departamento e titulares.

5) Estabelecimento de um vínculo entre a escola e a estrutura de atenção à saúde, de modo que o hospital-escola esteja incorporado a um sistema hierarquizado de serviços, a fim de possibilitar que o aluno entre em contato com a realidade de saúde da população, desenvolvendo seu aprendizado nos diferentes níveis do sistema.

6) Introdução do estudo das ciências sociais e do comportamento, bem como o da medicina preventiva, incorporando essas noções a todas as unidades do currículo.

7) Ampliação do corpo docente, de modo que este passe a incluir preferentemente médicos de formação geral, além de profissionais de outras áreas.

8) Revisão da relação entre docentes e discentes centrada na dominação do primeiro pelo segundo, de modo que a aprendizagem se faça de maneira criativa e não meramente repetitiva.

9) Deve-se ainda subordinar a estrutura administrativa à educativa, tornando-a maleável e flexível, e suprimindo “a atual estrutura conflitante de poder entre a faculdade e seus diversos subsectores” (15).

## 9 - CONCLUSÕES

Não poderíamos terminar este trabalho sem enfatizar o aspecto caótico e desesperado que se incorporou a estes jovens médicos formados nos últimos anos, que, de uma forma ou outra cientes das necessárias trans-

formações que devem ser operadas na atenção à saúde, não encontram resposta não só para seus anseios sócio-econômicos, como também para a colocação de seus serviços em benefício da sociedade.

Mais de 40 mil médicos em todo o Brasil estão alijados de um emprego condigno, revoltados não só com suas dificuldades, como com as sórdidas fraudes e deformações a que na maioria das vezes têm de se sujeitar na prática da medicina mercantilista, atualmente quase que exclusiva fonte de colocações no mercado no Brasil. No Rio de Janeiro, em função da desproporcional relação entre a oferta e a procura, na maioria das empresas médicas o nível médio de rotatividade de médicos é de 8 a 10 meses, chegando mesmo a atingir 4 meses em algumas empresas.

Das próprias condições do que ainda podemos chamar **Plano Nacional de Doença**, da revolta da população, a principal financiadora deste sistema, assim como do ritmo lento imposto às tentativas de transformações necessárias aos interesses de saúde da população e desta grande parcela da classe médica transformada e identificada como bode expiatório. Dos mecanismos de geração de lucros ou estatísticas oficiais de uma assistência médica ineficaz, podemos infelizmente prever como presenciar que o desrespeito, a desconfiança e o descrédito podem transformar a situação da assistência médica em algo tão assustador como a atual marginalidade e violência dos centros urbanos.

## REFERÊNCIAS

1. ANDRADE, Jorge. Marco conceptual de la educación médica en la América Latina. *Educación Médica y Salud* 12 (1):1-19; 12 (2): 149-166; 12 (3): 223-252, 1978.
2. ———. La estrategia educacional en el plan de estudios. *Educación Médica y Salud* 5 (2): 151-164, abr./jun. 1971.
3. MERHY, Emerson. Democracia e saúde. *Saúde em Debate* (4): 7-13, jul./set. 1977.
4. RIBEIRO, Darcy. *A universidade necessária*. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1969.
5. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CULTURA. Departamento de Assuntos Universitários. Comissão de Ensino Médico. *Documentos do ensino médico*. Brasília, 1978. 150 + 28 p. (Documento nº 1: Expansão da rede escolar, p. 1-59).
6. AROUCA, Sérgio. Introdução à crítica do setor saúde. *Nemesis* (1) 1975.
7. ALVES, Marta. A saúde pública em questão. *Saúde em Debate* (4): 73-80, jul./set. 1977.
8. MELLO, Carlos Gentile de. *Saúde e assistência médica no Brasil*. São Paulo, CEBES/Hucitec, 1977. 273 p.
9. ———. A Formação do médico generalista e a medicina previdenciária. *Saúde em Debate* (7/8): 30-38, abr./jun. 1978.
10. GRIZ, Gilberto. Perspectiva da profissão médica face à política de assistência médica governamental. *Saúde em Debate* (7/8): 52-54, abr./jun. 1978.
11. FARIA, Álvaro de. Socialização da medicina. *Saúde em Debate* (7/8): 25-29, abr./jun. 1978.
12. SANTOS, Néilson Rodrigues dos. Contribuição ao entendimento do novo médico geral ou de família. *Saúde em Debate* (7/8): 39-43, abr./jun. 1978.
13. CRUZ, Emirene M. T. Navarro da. Sextanistas de medicina e o local pretendido de instalação para o exercício profissional. In: CONFERÊNCIA PAN-AMERICANA DE EDUCAÇÃO MÉDICA, 6. e CONGRESSO BRASILEIRO DE EDUCAÇÃO MÉDICA, 14. Rio de Janeiro, 1976. *Anais*. Rio de Janeiro, Associação Brasileira de Educação Médica, 1976, p. 393 (resumo).
14. PRIMERA reunión sobre principios básicos para el desarrollo de la educación médica en la América Latina y el Caribe; informe final. *Educación Médica y Salud* 10 (2): 109-139, 1976.
15. UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. *Diagnóstico do ensino médico da UFMG*. Belo Horizonte, 1972.
16. LOBO, Luis Carlos Galvão & FERREIRA, José Roberto. La carrera médica en la Universidad de Brasília. *Educación Médica y Salud* 4 (4): 310-327, out./dez. 1970.

17. NA FACULDADE de Medicina da USP. *Saúde em Debate* (2): 48-53, jan./mar. 1977.
18. LOLIO, Cecília Amaro de. A escola médica necessária. *Saúde em Debate* (2): 16-25, jan./mar. 1977.
19. GARCÍA, Juan César. *La educación médica en la América Latina*. Washington, Organización Panamericana de la Salud, 1973. 430 p. (Publicación científica, no. 255).
20. AMÂNCIO, Aloysio. Saúde, saber médico e recursos humanos. *Saúde em Debate* (1): 48-49, out./dez. 1976.
21. UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO. *Programa de saúde comunitária; integração do ensino ao sistema assistencial em comunidade urbano-rural*. Recife, 1975.
22. PELLEGRINI FILHO, Alberto. Propostas de modelos de saúde. *Saúde em Debate* (7/8): 14-17, abr./jun. 1978.
23. LOUREIRO, Sebastião. Saúde comunitária. *Saúde em Debate* (1): 38-40, out./dez. 1976.
24. PAIM, Jairnilson Silva. Medicina comunitária: introdução a uma análise crítica. *Saúde em Debate* (1): 9-12, out./dez. 1976.
25. AROUCA, Anamaria Tambellini. Medicina de comunidade: implicações de uma teoria. *Saúde em Debate* (1): 20-23, out./dez. 1976.
26. AMÂNCIO, Aloysio & QUADRA, Antonio Augusto F. Educação médica, relação médico paciente (política de saúde: o pólo dominado). *Saúde em Debate* (5): 18-20, out./dez. 1977.
27. GARCIA, Juan César. Paradigmas para la enseñanza de las ciencias sociales en las escuelas de medicina. *Educación Médica y Salud* 5 (2): 130-150, abr./jun. 1971.



## DEBATES EM PLENÁRIO

**O Dr. Jairnilson Paim** – A 7ª Conferência Nacional de Saúde explicita novas intenções governamentais para reorientação da estrutura de prestação de serviços de saúde no Brasil. Neste particular, o reforço à integração entre atividades curativas e preventivas, individuais e coletivas, e a ênfase aos serviços básicos passam a sugerir novas redefinições na política de formação de recursos humanos.

Consideramos isso bastante interessante, ainda que esteja sendo feito com algum atraso. Todavia, a expectativa dos que integram os chamados aparelhos de formação de recursos humanos, já que no plano das intenções parece haver um certo consenso quanto à necessidade de mudança, é de como se pretende, objetivamente, facilitar tal processo de mudança. Por exemplo, o que se refere ao financiamento de atividades docentes, de investigação e de serviços nos organismos responsáveis pelo preparo de recursos humanos, qual a perspectiva de fortalecimento desses recursos nos departamentos de medicina preventiva e escolas de saúde pública, nos departamentos de recursos humanos dos ministérios da Saúde e Assistência e Previdência Social e das secretarias estaduais e municipais de saúde? Esta nos parece uma questão muito concreta para ser resolvida, caso se repense em novas modalidades de produção de recursos humanos em saúde. Daí o fato de estranharmos, por exemplo, não termos na mesa um representante do MEC que pudesse também dizer como este órgão estaria disposto a privilegiar os aparelhos formadores de recursos humanos para as áreas básicas de saúde.

**A Dra. Lia Celi Fanuck** – No que se refere ao Ministério da Saúde, a totalidade dos recursos disponíveis na Secretaria de Recursos Humanos está exclusivamente alocada para a formação, treinamento, preparação e educação do pessoal considerado fundamental para o desenvolvimento do programa de serviços básicos. Nossa atuação, nesse sentido, está reduzida a financiar exclusivamente programas que se destinem ao fortalecimento das secretarias de saúde, no sentido de serem estas os órgãos executores do programa de serviços básicos de saúde.

**Um participante** – Creio não ser a pessoa mais indicada para falar sobre formação de recursos humanos, especialmente a nível de universidade, mas, como a pergunta formulada me chamou a atenção, tomei a liberdade de pedir a palavra.

Perguntou-se o que fazer para mudar a atual formação dos currículos médicos de outras áreas, e eu diria que essa transformação só vai ocorrer se realmente houver uma pressão de todas as áreas interessadas sobre as escolas formadoras de médicos. Essa pressão pode ser exercida através de entidades associativas, sindicatos e associações médicas e, também, através de órgãos governamentais. Afirmei aqui que o INAMPS está procurando definir o perfil do médico que ele necessita para o seu trabalho, para a execução das ações que lhe competem. Naturalmente, esse posicionamento deverá ser levado ao Ministério da Educação e Cultura, baseado na experiência de que a assistência médica está, atualmente, praticamente entregue à área especializada e de que há necessidade de médicos para acompanhar a nova corrente que está se esboçando neste País. Desde muito que lutamos para que se modificassem os currículos médicos, para que se formassem médicos generalistas e que houvesse a possibilidade do médico formado nas faculdades ter condições para atender a generalidade do que ocorre na prática. Portanto, só a pressão de todas as classes interessadas pode mudar esse sistema, caso contrário não haverá modificação.

**Um participante** – A respeito da formação desse sistema de ensino, algumas contribuições e até experiências têm sido tentadas, mas considerados os programas e serviços tais como vêm sendo propostos. Assim são consideradas as experiências do exterior, o que ainda não dá a mínima segurança aos estudantes. Um outro aspecto é a curriculomania, se assim podemos chamar. Todo mundo reforma currículo, mas isso não tem levado a fatos concretos.

**O Deputado Ubaldo Dantas** – Gostaria de perguntar à Dr<sup>a</sup>. Lia Fanuck, em relação ao seu depoimento sobre a integração do Ministério da Saúde com as secretarias de saúde, qual o papel da Fundação SESP, que possui modelo próprio e que atua nos estados onde não há PIASS (chamado até de PIASS dos ricos), onde não há uma participação tão integral com as secretarias no recrutamento, seleção e prazo de treinamento dos recursos humanos, onde o que é auxiliar de um não o é de outro?

Foi comentada neste plenário, e elegantemente comentada, pelo Secretário-Geral do Ministério da Saúde, Dr. Mozart de Abreu e Lima, a não oportunidade para se desenterrar cadáveres, e também quero participar desse intuito, desse desejo e dessa oportunidade. Mas, pergunto agora ao Dr. Harri Graeff, inclusive elogiando-o pela posição assumida, que prega o ministério único como evolução das atividades de saúde no Brasil, se isso pode não significar nada, a não ser a criação de uma nova burocracia?

**A Dr<sup>a</sup>. Lígia Paim** – Afirmou-se que o mínimo de segurança aceitável estaria apoiado nos níveis de primeiro e segundo graus, ou seja, pessoal de enfermagem de nível elementar apoiando os níveis de primeiro e segundo graus. Ocorre que, ao dizer isso, pensamos nas dúvidas que vêm surgindo, de que nesse nível não seria necessário nenhum pessoal técnico diretamente no local. Quando colocamos isso também queremos saber onde estão os recursos financeiros, bem como as outras fontes de apoio social. Na profissão, por exemplo, de técnico de enfermagem, que não é regulamentada, formam-se, anualmente, no Brasil, com a suplência profissionalizante, oito mil técnicos, os quais são empregados em outras atividades que não as da saúde. E, quando em atividades da saúde, são empregados como atendentes de enfermagem não qualificados. Portanto, o que vamos fazer com esses recursos humanos? Eles estão aí, e o mercado de trabalho não toma conhecimento deles.

Outro problema se refere à lei que regulamenta o exercício da profissão e que não inclui o técnico de enfermagem. A retribuição financeira também é muito irregular, pois não está presa à própria proposta, e os recursos humanos estão por aí, diluídos e subutilizados.

**O Dr. Harri Graeff** – Em primeiro lugar, quero agradecer a oportunidade, que me é dada neste momento, de poder responder a assunto que já foi tratado em outra reunião, à qual não pude comparecer. O assunto aqui proposto é muito polêmico e sei perfeitamente que há correntes de opinião de natureza diversa, às vezes opostas, antagônicas e, muitas vezes, ferrenhamente antagônicas. Refiro-me às correntes que defendem, uma, a privatização da assistência médica, e outra, a sua estatização.

Li, na imprensa, declarações a respeito do seguro-saúde e devo dizer que a idéia que expus realmente foi a de que haja recursos definidos para assistência médica à população brasileira, assistência esta de qualquer natureza e à qualquer nível. Isto não acontece atualmente porque os recursos que são postos à disposição do INAMPS, que é conhecido como o primo rico da assistência médica brasileira, e que na verdade faz um esforço terrível para conseguir manter em dia seus compromissos, não são suficientes.

Perguntado sobre qual seria a solução para os problemas de falta de recursos na área de saúde, respondi que achava que um seguro-saúde estatal seria a solução. E este seguro-saúde estatal não é novidade nenhuma, pois já existe em países europeus, como, por exemplo, na Alemanha, onde há um seguro estatal pago pela empresa a operários que tenham até um certo nível de renda. Acima desse nível, cada pessoa tem de fazer seu seguro em empresas seguradoras privadas. Na França também existe um seguro estatal, no qual há participação do segurado no custeio dos serviços de saúde.

E, com a objetividade que penso caracterizar bem minhas palavras, digo que não acredito em assistência médica de qualquer natureza sem recursos claramente definidos, porque os recursos postos à disposição da área que tenho a honra e a responsabilidade de dirigir são considerados como acessórios, ou seja, não são definidos. Recebemos até 25 por cento da arrecadação e, se tivéssemos neste País a infelicidade de uma grande catástrofe, em que milhares de pessoas ficassem inválidas, e se correspondesse ao INPS pagar o seguro e be-



nefícios sociais, não sobriariam recursos para a área médica, porque a previdência social brasileira visa predominantemente a fornecer os benefícios sociais, tais como auxílio-doença, pensão, aposentadoria, auxílio-natalidade, auxílio-reclusão, etc.

No meu trabalho, dentro da singeleza e concisão com que o apresentei, abordei de relance esse fato, dizendo que, apesar dos recursos limitados (para que se tenha idéia, no corrente ano, tivemos um acréscimo no orçamento de apenas 25 por cento, quando sabemos que a inflação foi da ordem de 59 por cento), estamos abrangendo cada vez mais uma população que cresce 3 por cento ao ano e que, através de programas de integração, estamos repassando recursos para outros órgãos. Quem repassa os recursos para o programa PIASS é a previdência social, e também repassamos recursos, indiretamente, para a área de ensino, através de convênios com hospitais universitários.

O fato, pois, de ter me manifestado a favor de um seguro-saúde, é por ser este uma forma que entendo válida, e, sem pretender ser futurólogo, acho que se não houver a definição dos recursos de saúde, vamos ter um grave problema dentro de algum tempo. Por mais que se queira e que os nossos desejos sejam de que as coisas não cresçam, os preços vão crescer; por mais que não se queira utilizar aparelhos sofisticados, tais aparelhos serão utilizados e, como médico, entendo que não se pode negar o direito a uma pessoa que necessite dispor do uso de tais aparelhos.

Nos custos que são propostos para financiamento da assistência médica, hospitalar, farmacêutica e odontológica, deve haver percentuais que também permitam a cerca de 20 por cento da população, que vão necessitar não só de cuidados primários mas também de cuidados secundários, dispor de recursos para tal. Isso não significa que deva ser feito pela área privada ou pela área estatal. Apenas, na minha opinião, acredito na livre escolha, embora saiba que isso fira interesses que muitas vezes não são os da classe.

Devo dizer que, na minha modesta experiência, tendo tido a oportunidade de participar na formulação de um programa de assistência médica ao homem do campo, quando na Associação Médica do Rio Grande do Sul, e também porque durante 15 anos tive a satisfação de ser um médico generalista de pequena localidade do interior do nosso País, acredito ser possível criar um sistema de trabalho de livre escolha. E se o afirmo é porque tenho uma experiência de 5 anos e sei que esse sistema funciona realmente. Aos homens do campo do Rio Grande do Sul, Santa Catarina e, agora recentemente, aos do Paraná e Minas Gerais, está se dando a possibilidade de escolher o seu hospital, o seu médico.

Creio também que no custeio dos serviços de saúde deve haver participação da pessoa de acordo com sua renda. Aqueles que nada podem pagar, nada devem contribuir. Mas aqueles que têm algum recurso devem contribuir acessoriamente para a manutenção do sistema de saúde e assistência médica, porque senão assistiremos, como vimos assistindo, às distorções nas áreas de hospitalização e também na procura de exames sofisticados.

O fato, pois, de ter me manifestado pelo seguro-saúde não significa que essa seja a política que o INAMPS vai seguir. O INAMPS segue a política do governo, a política do Presidente João Figueiredo, e as diretrizes de seu Ministro, o Dr. Jair de Oliveira Soares. Manifestei opinião pessoal porque me foi perguntado, como pessoa, e não como Presidente do INAMPS, naquele momento. Também entendo que, enquanto ficamos discutindo teorias, o povo sofre. E quanto a essa assistência que aí está, eu, como Presidente do INAMPS, devo afirmar que não estou contente. Tampouco meus auxiliares ou a população estão. Já afirmei, quando assumi a presidência do INAMPS, que tínhamos uma assistência que desagradava a todos – ao governo, aos prestadores de serviço e aos que a recebem. Creio que está na hora de reformularmos algumas coisas. Neste sentido, o INAMPS, embora se diga o contrário, tem procurado integrar suas ações com as do Ministério da Saúde e, desde a época em que começou essa integração, constante de seu programa de ação, aprovado há cerca de um ano, já demos alguns passos iniciais.

Há quase um ano, temos, na Secretaria de Saúde do Rio Grande do Sul, um convênio-piloto de integração de ações de saúde. E, por feliz coincidência, está em nossa mesa, como presidente da mesma, o Dr. Germano Bonow, Secretário de Saúde daquele estado, que já colocou cerca de 400 unidades de saúde para atendimento primário da população. É este, pois, o plano que pretendemos estender para todo o País, sob a égide dos ministérios da Saúde e da Previdência e Assistência Social.

**O Deputado Ubaldo Dantas** – Perguntaria o que tem a ver essa posição assumida pelo senhor, até como pessoa física, com o que está acontecendo realmente em relação aos serviços básicos. Seria uma felicidade se Vossa Senhoria pudesse, durante esta Conferência, afirmar a liberação de recursos para esse programa. Tive a oportunidade de estar presente no gabinete do Senhor Ministro da Previdência, quando da visita do presidente da CONTAG e presidentes de federações de trabalhadores na agricultura, dos estados de Santa Catarina e Paraná e, na ocasião, pedi ao Senhor Ministro para fazer a misericórdia de não ampliar essa extensão de serviços para os trabalhadores da agricultura, como já foi feito no Rio Grande do Sul, onde o participante chegava ao ponto de, através de sua renda familiar e no uso da livre escolha de médicos e hospitais, pagar para um parto simples a quantia de 26 mil cruzeiros.

**O Dr. Harri Graeff** – Respondendo a esta última parte, acho que o sistema não tem culpa de que pessoas o usem indevidamente. No sistema não há esse tipo de contribuição. A contribuição é pequena, de acordo com a possibilidade de renda das pessoas. Se houve isso, houve abuso de quem o praticou. O INAMPS, nem eu, que muitas vezes tive a oportunidade de devolver importâncias cobradas indevidamente, concordaríamos com isso. Penso que qualquer sistema é corrupto na medida em que as pessoas o são. Não há nenhum sistema perfeito se as pessoas não são honestas, mas me causa uma certa preocupação dizer que esse sistema está falido e que não o estendamos a outros estados do País. Tive a oportunidade, quando se extinguiu o FUNRURAL, de ver a Federação dos Trabalhadores Gaúchos e a Federação das Associações Rurais, inclusive sindicatos, solicitarem ao governo que não se extinguisse o FUNRURAL. Então, causa surpresa que o sistema seja tão ruim assim e que todos o queiram conservar.

Tenho repetido que essas cobranças indevidas não representam o sistema, elas não são a base do sistema. A nossa participação em serviços básicos é grande. No PIASS nós repassamos recursos, não executamos a ação. Se está havendo falhas no PIASS não é por causa do INAMPS. O PIASS está entregue às secretarias de saúde dos estados. Muitas vezes, temos enormes dificuldades em conseguir que as secretarias nos provem que o serviço foi realizado. Portanto, não é o INAMPS que não atende às ações básicas. O INAMPS tem atuado nas ações básicas de saúde e tenho aqui uma coleção de notícias dos meses de janeiro e fevereiro de 1980, publicadas pela imprensa, em que posso ler várias notas a respeito: “O INAMPS alerta contra verminose e mostra como combater a doença”, “INAMPS acredita que a medicina preventiva agora será uma realidade”, “Dentes mal cuidados prejudicam a saúde, dizem técnicos do INAMPS”, “INAMPS começa vacinação contra pólio no litoral” (Rio de Janeiro), “INAMPS participa da campanha contra pólio”, “INAMPS prestou 70 mil informações em janeiro à população”, “INAMPS vacina crianças contra pólio e sarampo”. Estas são ações básicas de saúde.

Transformarmos metade de nossos recursos, que chegam à ordem de 450 milhões de cruzeiros, para a formação de pessoal, prestigiando a área profissionalizante, criando novas escolas de enfermagem, criando uma residência de medicina preventiva social e também oferecendo estágios a médicos em áreas de ambulatórios, enfermagem, nutrição, assistência social, etc. O INAMPS não tem essa competência de estar formando pessoal; mas, sensível aos problemas do Brasil, está empregando dinheiro, que poderia ser empregado em assistência médica, na formação de técnicos de nível médio e nível profissionalizante, visando a cobrir essa deficiência que aí está. Além disso, temos nova orientação, a do Ministro Jair Soares, e que está sendo aplicada ao INAMPS de um ano pra cá. Tivemos, assim, de enfrentar uma série de problemas, desde os de estrutura interna até os de política assistencial e não é possível, em um ano, e talvez nem o seja em três, quatro ou cinco, desmanchar tudo o que se criou, visto que é muito difícil desmanchar direitos adquiridos. Quando se toca em qualquer área para desmanchar o direito de qualquer um, a primeira coisa que acontece é a manchete em

jornal, e a segunda, é a campanha de descrédito contra as pessoas que estão procurando resolver tais problemas.

O que eu gostaria de deixar claro, nesta Conferência, é que nós acreditamos na integração de esforços, só que não vamos poder fazer isso de uma hora para outra. O que temos a oferecer é o trabalho, para que se melhore o que aí está, através de modificações paulatinas, a fim de chegarmos ao que se pretende. Este é o ponto de vista que defendemos com empenho.

**Um participante** – No início da exposição, quando se falou nesse tipo de integração, de cooperação técnica com as secretarias de estado, formulamos a proposta de trabalho interministerial. Está se iniciando agora, na segunda quinzena de abril, um primeiro seminário para a integração das ações de recursos humanos desenvolvidas por quem atue no Ministério, independente do vínculo com a Secretaria de Recursos Humanos, com a participação da SUCAM e da Fundação SESP.

**O Dr. Carlos Gentile de Mello** – O Dr. Mozart de Abreu e Lima recomendou ontem que não desenterrássemos defuntos, e continuo dizendo que não vou fazê-lo. Mas acho a história muito importante, embora já se diga que carece a história de capacidade didática. Falou-se na formação de médicos generalistas, e ouvi, com muito respeito, que o Dr. Harri Graeff, quando investido no cargo de presidente da Associação Médica do Rio Grande do Sul, postulou, reiteradas vezes e com empenho, a formação de médicos generalistas. Acontece que, em 1948, o Plano SALTE já encarava a necessidade de formação de médicos generalistas. E isso não vem ocorrendo, apesar do empenho manifestado em várias oportunidades. Devemos, então, ter a humildade de parar e meditar sobre o porque desses apelos não serem atendidos. Será que é o mercado de trabalho? Por exemplo, só apareceu o geólogo depois da Petrobrás, o engenheiro nuclear, depois da Nuclebrás, e assim por diante. Será que a tabela de honorários médicos se desvaloriza ao máximo na medida em que a prática médica se aproxima da generalidade e se valoriza quando se aproxima da especialidade? Será que isso tem influência? E, fugindo aos padrões convencionais, o que não é minha norma, perguntaria ao Prof. Frederico Simões Barbosa sobre sua experiência, já que, numa Conferência Nacional de Saúde, pensar em apelos líricos para a modificação da estrutura do ensino médico é realmente um espanto. Como estudioso dos problemas de assistência médica da previdência social, durante muitos anos ouvi repetir que os institutos de aposentadoria e depois o INPS não tinham por objetivo prestar assistência médica e, sim, prestar seguro social, aposentadorias, pensões, auxílios, etc. Acontece que, como estudioso, e sem querer desenterrar defuntos, mas recorrendo à história, lembro de 1923, da Lei Elói Chaves, que criou as caixas de aposentadoria. Depois de ter sido informado de que o objetivo da previdência social não era o de prestar serviços médicos, li, perplexo, a referida lei, que diz que são benefícios da previdência: primeiro, a assistência médica; segundo, o fornecimento de medicamentos; terceiro, aposentadorias, e quarto, pensões. Então, nessa altura dos acontecimentos, eu me pergunto: mudou? Tudo indica que não, porque se tivesse mudado eu perguntaria: se não é atribuição da previdência prestar assistência médica, por que o faz?

Quero, ainda, aproveitar a 7ª Conferência Nacional de Saúde para declarar que sou favorável à livre escolha, porque livre escolha significa liberdade para o paciente escolher o médico, liberdade para chegar ao meu hospital em Ipanema e dizer: eu quero ser operado pelo Dr. José Hilário. Isto é livre escolha. Pagamento por unidade de serviço é outra coisa. O que acontece é que, em nome da liberdade, implanta-se e defende-se um sistema corrupto, seja no Brasil, na Itália, nos Estados Unidos, no Piauí ou no Maranhão.

**O Dr. Harri Graeff** – Em primeiro lugar, gostaria de deixar claro que, em nenhum momento, manifestei que tivesse sido paladino das reivindicações para que se criassem condições para formação de médicos generalistas. Apenas, quando presidente de uma associação médica, interpretei o pensamento dominante de todo o grupo.

O Dr. Carlos Gentile de Mello tem razão quando indaga que se não é a assistência médica uma das finalidades da previdência social por que é então realizada? Na verdade, isso está escrito na lei: a assistência mé-

dica será dada com os recursos disponíveis, até o limite de 25 por cento. Há pouco manifestei-me contrário a tal fato. Entendo que a assistência deva ter recursos definidos e não sobras. Não consegui entender até hoje porque isso é feito, e já que a assistência médica faz parte realmente das obrigações que a previdência assume com seus segurados, não vejo porque deva ser feita com recursos disponíveis. Acho que os recursos deveriam ser definidos, até um determinado limite e, quando esse limite não fosse mais suficiente para cobrir as despesas, que houvesse uma forma de se conseguir mais recursos. Penso que naquela proposição em que falei de seguro-saúde está implícito isso, visto que o seguro-saúde implica em um orçamento determinado só para a saúde, o qual não poderá ser desviado para outros fins. Tenho também minhas dúvidas sobre o pagamento por unidade de serviço. Penso que a unidade de serviço é uma forma simbólica de expressar o pagamento. Poderíamos também fazer uma tabela de preços que não falasse em unidade de serviço, mas que dissesse, por exemplo, que uma septotomia custa tantos cruzeiros. Portanto, penso que, de alguma forma, o serviço tem de ser pago. Ou é pago por serviço prestado ou por empresa. O que não pode acontecer é que médicos e técnicos da área da saúde trabalhem de graça, pois eles também têm seus compromissos. Concordo ainda com o Dr. Carlos Gentile de Mello quando ele se refere à preferência que se dá a serviços especializados. Naquele sistema do FUNRURAL em que o pagamento não é feito através de subsídio global e em que os atos médicos têm valor de acordo com demanda, o serviço de médico clínico está praticamente ao mesmo nível do serviço especializado do cirurgião e outros. Não vejo porque a hora de serviços de um técnico, só pelo fato de pertencer a uma categoria considerada socialmente como sendo mais importante (e entendo que todas as categorias médicas, quaisquer que seja, têm uma importância equivalente no sistema) seja privilegiada. Isto é decorrência do valor social que se dá a muitos trabalhos médicos. É quase como uma concordância dar **status** ao médico de acordo com o serviço que ele presta. Espero poder corrigir isso, se me for dada a oportunidade, fazendo com que todos recebam igualmente por trabalho médico, dentro de suas capacitações sem distinções de um ou outro.

**O Dr. Carlos Almeida Sampaio Ferreira** – Expressando uma opinião pessoal, enfatizaria, nesta oportunidade, que a FSESP, apesar de tudo que se tem feito para provar o contrário, é parte integrante e integrada do Ministério da Saúde. Diria que a integração já está feita; apenas é necessário que se utilize essa integração para o bom êxito dos programas. Lembraria ainda que o campo de estágio e preparo em serviços, na Fundação SESP, está aberto a todas as instituições. Apenas para citar, estão em preparo, no momento, em Governador Valadares, treze inspetores de saneamento da Secretaria de Saúde da Bahia e dois da Prefeitura Municipal de Camaçari, onde se situa o pólo petroquímico. Em gestões anteriores, nós preparamos auxiliares de epidemiologia e até hoje estamos recebendo pessoal das escolas de enfermagem das universidades Católica e Federal da Bahia, em nossas unidades, para estágio em serviço, para treinamento por um período de 30 a 45 dias. Diria ainda, para terminar, que quanto ao fato de se deixar na plateia a idéia de que a Fundação SESP executa um programa PIASS rico, ser necessário, para chamar um serviço de caro, que houvesse uma comparação entre os custos iniciais e os custos finais, para, aí sim, comprovar se o PIASS/FSESP é rico ou se é apenas um PIASS que realmente vem empregando honesta e decentemente os seus recursos, para proporcionar um bom atendimento às áreas rurais.

**O Deputado Ubaldo Dantas** – Minha intenção foi deixar bem clara a mesma coisa em relação à Fundação SESP, inclusive o elogio a ela. Sou testemunha da qualidade e da eficiência de seus serviços, mas reconheço o alto custo dessa qualidade, que torna difícil sua adoção, mesmo como exemplo. Talvez até viesse a ser aplaudida a idéia de se seguir, nos próximos trinta anos, o modelo SESP. Mas onde conseguir os recursos para isso? a Fundação SESP justifica-se pelo seu próprio tamanho reduzido, não tendo crescido no espaço. E, se crescesse, seria uma contradição para o próprio Ministério da Saúde e, a esta altura, também para o Ministério da Previdência e Assistência Social.

**Um participante** – Faço parte de um grupo de estudos que discute a participação comunitária nas ações básicas de saúde e, diante dessa adoção, ou extensão, dos serviços básicos de saúde, pergunto se não caberia nesta oportunidade discutir também a preparação de recursos humanos/população, que é justamente a que vai beneficiar, utilizar, participar e realizar essas ações simplificadas de saúde, a nível das comunidades rurais e

das periferias dos pequenos e grandes centros urbanos. Isto porque, até agora, ouviu-se, em relação à preparação dos recursos humanos, o técnico. E parece-me que essas ações simplificadas de saúde seriam desenvolvidas a nível da comunidade, onde os técnicos atuantes se preocupariam em preparar esses recursos humanos/população que irão participar de uma forma consciente na realização e execução dos serviços básicos de saúde.

**Um participante** – Na verdade, foi dito na exposição que não era o nível técnico nem o de capacitação técnica o que nos preocupa. O que está se tentando definir é o perfil do profissional para o programa dos serviços básicos de saúde. E se enfatizou que víamos como aspecto principal ou como característica principal desses recursos humanos a sua capacidade de integração com as comunidades. Não estamos pensando em incorporar recursos da comunidade, gratuitamente, ao programa. Não é mão-de-obra gratuita que se quer. Quando se fala em participação da comunidade não é tanto a respeito da qualidade dos recursos humanos, mas sim da qualidade de participação, definição do programa, definição de serviços que atendam às necessidades identificadas pela própria população e avaliação dos programas desenvolvidos. Acho que ficou uma lacuna quando se falou no pessoal de nível médio e elementar, o qual não precisaria necessariamente ser vinculado ao serviço, mas que, atuando em saúde, recebesse também um respaldo da instituição oficial.

**O Dr. Hélio Fraga** – Não poderia ficar calado ao verificar que, nesta 7ª Conferência Nacional de Saúde, se tratou de serviços básicos de saúde, sem que se tenha feito menção à mais nobre e importante experiência de saúde que existe e que é a da Fundação SESP e a do Serviço Nacional de Tuberculose.

Quero lembrar que a Fundação SESP está a comemorar 40 anos e que aqui está o Dr. Ernani Braga, que deu dez anos de sua vida à Fundação SESP. Se a Fundação SESP é uma experiência da maior importância em áreas específicas do Brasil, gostaria de dizer que o Serviço Nacional de Tuberculose, cuja atuação foi lembrada aqui pelo Dr. Marlow, também vai para 40 anos e também tem atuado a nível nacional.

Na ocasião em que fui diretor do Serviço Nacional de Tuberculose, de 1964 a 1969, foi introduzido um trabalho sobre tuberculose nas 155 unidades da FSESP, simplesmente através de uma integração, em que o Serviço Nacional de Tuberculose fornecia todo o **know-how** e a FSESP toda a infra estrutura de que dispõe.

Queria dizer que existe neste País, no Rio Grande do Sul, um programa de tuberculose que é um dos melhores do mundo. Mas não se argua que é o Rio Grande do Sul, porque no Norte do País, em regiões das mais pobres, está sendo implantado um sistema de tratamento de curta duração que é uma conquista muito importante, do ponto de vista científico e social. Em nenhum país do mundo, exceto naqueles de dimensões pequenas, está se fazendo a implantação desse tratamento. Pois bem, por onde começou a implantação desse tratamento de curta duração, que tem a maior importância para este País, do ponto de vista sócio-econômico? Pela região Norte, nos estados do Ceará e do Piauí.

Portanto, são serviços que possuem há trinta anos a experiência de como se fazer trabalhos de integração, de como se trabalhar no meio brasileiro, levando-se em consideração a situação histórica do Brasil, sua evolução, a psicologia de seu povo, sua ecologia. Seria, então, o caso de se indagar: como se pode programar serviços básicos de saúde no Brasil sem lançar mão da experiência enorme que existe dentro do Ministério da Saúde e que está à sua disposição, inclusive sob o ponto de vista da organização? Permitam-me, pois, trazer este conhecimento para a assembléia, pois, não se pode ignorar o patrimônio de conhecimentos que existe neste País, a respeito desse tipo de trabalho, pois estaríamos deixando de incorporar a maior reserva de subsídios e de conhecimentos que existem entre nós.

**O Dr. Frederico Simões Barbosa** (Moderador) – Em primeiro lugar, estou extremamente satisfeito por coordenar esta reunião, lamentando apenas não ter havido mais tempo para as discussões. Quero mencionar alguns pontos que foram pouco tratados aqui e fazer um ligeiro resumo da reunião, porquanto tocamos em assuntos realmente importantes, como, por exemplo, a formação de pessoal em diferentes níveis. Outros as-

suntos foram debatidos ligeiramente, como o da formação do elemento mais primário da atenção, que é o chamado auxiliar de saúde, um nome aliás que não soa muito bem para definir o mais importante elemento da equipe de saúde e importante pelo número que vão constituir em todo o país.

Teremos, em 1980, cerca de 60 milhões de pessoas na área rural que, somadas com aquelas que vivem marginalizadas, não somente geograficamente, mas socialmente, nas periferias das cidades e nas zonas urbanas, exigirão a formação de um número ainda desconhecido de auxiliares de saúde. De modo que sei que aqui se discutiu um problema muito importante, como o da readaptação de pessoas dispersas em áreas territoriais e que poderiam realmente atuar como auxiliares de saúde (fico empregando este nome enquanto não houver um outro melhor). Este é um assunto, então, que merecia uma análise muito particular. Chegamos até a discutir, talvez muito ligeiramente, a graduação e a pós-graduação em forma de residência, sendo que a pós-graduação formal, através de mestrados e doutorados, não chegou a ser debatida.

Mencionou-se aqui a ausência de um elemento do Ministério da Educação e Cultura, que poderia abordar melhor esses assuntos, mas tivemos uma conferência magnífica, a do Ministro Eduardo Portella, que tocou em aspectos bastante importantes dessa integração indispensável entre os serviços básicos de saúde e o Ministério da Educação, entre outros.

A legislação também é outro assunto extremamente importante para definir os novos profissionais de saúde. Temos de criar, efetivamente, novos profissionais de saúde, mas com um perfil completamente diferente daquele que conhecemos. A legislação, portanto, tem de sofrer modificações profundas, que permitam ao indivíduo de nível médio receber, conforme foi mencionado, atribuições especiais, dentro de seu perfil profissional.

A Fundação Oswaldo Cruz foi citada como órgão importante no conjunto da formação de recursos humanos para a saúde, a nível primário e em outros níveis.

Também há que se fazer profundas modificações nas universidades, não apenas simples modificação de currículo – há reformistas inveterados que procuram reformar currículo mudando disciplina de lugar, etc., e alguns já foram até batizados de curriculomaníacos – mas, sim uma mudança profunda, atingindo a raiz do problema e identificando as questões de ordem social, de política econômica, de política de produção.

Acredito que estamos em um momento único da saúde brasileira e que jamais chegamos, como agora, à crista da onda. E não é modismo de um ministro ou de outro, nem uma atitude isolada ou de grupos, mas uma onda universal a que ninguém pode fugir.

Evidentemente, temos de investir em pesquisas operacionais de saúde e para isso vamos precisar de recursos humanos qualificados, com a importante visão de estudar modalidades de atenção; e são esses professores que irão formar os outros indivíduos, os outros profissionais que deverão atuar a nível de atenção, particularmente, no nosso caso, de atenção primária de saúde.

Chamo a atenção para o problema dos departamentos de medicina preventiva, que foram aqui mencionados como pouco privilegiados e que são, vale a pena que se acentue isto, até desprestigiados. Outro problema que é da maior importância é o que se refere a núcleos de iniciação, de experiência, de integração docente-assistencial. Gostaria de repassar rapidamente sobre isto, mostrando que o papel da universidade não tem sido – é preciso que se diga com franqueza – o de agente de mudança. A universidade sempre se colocou alheia, acima de tudo isso; sempre se colocou numa situação de elitismo essencial, vivendo acima dos problemas, enquanto que os serviços sempre tiveram contato com as comunidades. Parece-me que o mais importante, conforme foi definido num documento recente elaborado por um grupo de peritos, por solicitação do excelentíssimo senhor Ministro da Previdência, a respeito da regionalização dos serviços na região de influência de Brasília, é que se defina uma área de integração docente-assistencial. Definida esta área e dada a responsabi-

lidade a cada universidade, a cada escola médica, de atuar nesse sistema, teremos então a nossa universidade, que é aquela que vai atuar no teatro da vida, na própria comunidade. Só assim poderemos realmente integrar os serviços com o aparelho formador.

Quero lembrar também que não é a universidade o único órgão formador de recursos humanos. As atribuições dos institutos devem ser bem definidas, assim como o problema da reciclagem do ensino continuado e da aprendizagem em serviço. Fiquei surpreso ao ouvir aqui que 70 por cento da formação de auxiliares de enfermagem e atendentes é feita através da educação informal, e nós não podemos desprezar esta experiência. Evidentemente, o papel da comunidade, desde o planejamento do serviço até sua participação efetiva, é da maior importância na integração docente-assistencial.

Gostaria de responder a uma pergunta feita pelo Dr. Carlos Gentile de Mello, especificamente sobre a formação de médicos generalistas. É evidente que os cuidados primários de saúde implicam na formação de uma equipe completa de saúde, integrada também com outras áreas, como a das ciências sociais, a da educação, a da agricultura, etc. É muito importante que todos esses setores se mobilizem para a formação das equipes que vão atuar nas áreas de saúde, e eu diria que, apesar de já há muitos anos se falar em médico generalista, isso nunca foi feito, ou porque nunca modificamos nossas raízes ou porque viemos atuando através de raízes tradicionais oriundas da Europa, conforme foi mencionado aqui quando se fez o histórico da situação da saúde no Brasil. Nós criamos toda uma sociedade que é um modelo da sociedade européia e com influências marcantes da situação americana, com todas as suas conseqüências e inconseqüências. Tudo isso fez com que o mercado de trabalho viesse a funcionar em torno desse sistema que aí está.

A mudança, portanto, se fará lentamente, ou menos lentamente, ou mais rapidamente, mas se fará, porque acredito que essa vaga mundial é incontrolável e os cuidados primários de atenção à saúde são um mecanismo muito importante para se processar esta mudança. Sei que haverá reações claras ou dissimuladas contra esse propósito, e sei que haverá reações visando a deturpar o sentido da atenção primária. Alguém, inclusive, mencionou que a iniciativa privada já está chegando a esse campo, que se poderá, talvez, amanhã, definir como Atenção Primária S.A.

Parece-me que outro problema importante aqui levantado é o da atenção primária de saúde isoladamente. Sozinha, e se não se articular realmente com os níveis de atenção secundária e terciária, ela ficará um pouco capenga. Mas acho que ela é primária e é primeira também, no sentido de que se comece pela atenção primária, porque realmente vai envolver a grande massa da população brasileira e propiciar uma experiência bastante longa. Vamos depender da formação de recursos humanos, que exige tempo e que, evidentemente, para um país como o nosso, é realmente muito curto. Por isso, temos de ingressar neste campo o mais rapidamente possível. Congratulo-me com esta Conferência Nacional de Saúde porque pela primeira vez foi focalizado assunto da maior importância e, além do mais, por ter sido isso especificamente designado, o que mostra o interesse dos órgãos oficiais, do governo, dos ministros e outras autoridades que aqui compareceram no sentido de tornar realidade a atenção primária à saúde. Este assunto, como era de se esperar, tão bem apresentado pelos painelistas, suscitou indagações da maior importância e da maior oportunidade. Quero também me congratular com todos os presentes pela liberdade e cordialidade com que foram tratados assuntos de tal complexidade e sujeitos a tanta polêmica. Espero que nos encontremos brevemente, em outras reuniões que serão absolutamente necessárias para a condução desse processo que, a meu ver, virá trazer novas perspectivas para a saúde no País.

**O Dr. Germano Mostardeiro Bonow (Presidente)** – Para complementar e encerrar esta reunião, gostaria de dizer ao Professor Fraga que em nosso estado, o Rio Grande do Sul, os serviços de saúde vêm sendo organizados e desenvolvidos há alguns anos baseados na experiência dos dois serviços por ele citados, que são a Fundação SESP e o Serviço Nacional de Tuberculose.

Gostaria também de expressar de público a nossa preocupação com a formação de médicos generalistas,

e acreditamos que cabe a nós, instituições que empregam esses profissionais, que exijam cada vez mais, para o ingresso nessas instituições, que os colegas sejam generalistas. Creio que o mercado de trabalho será um dos fatores que deverão regular esse tipo de profissional.

Gostaria também de dizer da satisfação que temos pelo trabalho conjunto dos dois ministérios, Previdência e Assistência Social e Saúde, o que faz com que nós, da Secretaria de Saúde e Meio Ambiente do Rio Grande do Sul, consigamos manter, dentro dos nossos quadros, os profissionais generalistas e que também possamos vir a ter cargos de carreira dentro da nossa secretaria, que permitam o acesso dos profissionais da área de saúde a cargos mais elevados.

O que norteia também a nossa secretaria e os nossos serviços é o fato de que não vigora dentro da nossa instituição – e não vigorará – o pagamento por prestação de serviço. Digo também agora, e gostaria de deixar como mensagem aos participantes da Conferência, preocupações nossas, que dirigimos secretarias, sobre dois assuntos especificamente relacionados com os trabalhos de secretarias de saúde. Um deles é que me parece que nem todos os colegas sanitaristas e profissionais de saúde pública pensam de uma forma idêntica e conceituam da mesma maneira o que são serviços básicos de saúde, o que é atenção primária de saúde. Também gostaria de mencionar que uma das preocupações em nosso estado tem sido a de que um dirigente de um dos serviços de saúde não seja só o responsável pela unidade, pelo posto, mas sim pela saúde da população à qual está ligado esse posto, pela saúde da comunidade.

E, ao encerrar, em nome da comissão organizadora, gostaria de agradecer ao Dr. Frederico Simões Barbosa pela moderação deste painel, à Dra. Lia Fanuck, à Dra. Lígia Paim, ao Dr. João Carlos Serra e ao Dr. Harri Graeff e, em especial, aos participantes, pela paciência com que nos ouviram. Muito obrigado.

## CONCLUSÕES

### SUBTEMA Nº 3

#### Desenvolvimento de Recursos Humanos para os Serviços Básicos de Saúde

#### Grupos 7 e 8

##### Facilitadores:

Adalberto Corrêa Café

Jairnilson Paim

Maria Aglaie Bandeira da Costa

Cláudio José Allgayer

##### Relator:

Léa Ferreira Camillo Coura

O grupo, após a identificação de cada um de seus participantes e eleitos o coordenador e o relator, decidiu estabelecer uma agenda para a execução de suas atividades, baseada nos seguintes pontos:

- 1) Apresentação, pelos integrantes, de suas vivências em relação à problemática a ser debatida.
- 2) Discussão da conceituação básica expressa na documentação fornecida.



- 3) Estabelecimento de tópicos a serem focalizados com maior profundidade, a fim de trazer uma real contribuição ao tema que se propõe debater.
- 4) Apresentação de propostas.
- 5) Considerações finais.

## **1 - APRESENTAÇÃO DAS EXPERIÊNCIAS PESSOAIS**

Foram relatados pelos participantes as suas experiências e os problemas encontrados nas tentativas de levar a termo suas realizações.

## **2 - DISCUSSÃO DA CONCEITUAÇÃO BÁSICA**

Após amplo debate, decidiu-se, por consenso, ser válida a conceituação de serviços básicos de saúde, na sua abrangência, referida na conferência do Dr. Carlyle Guerra de Macedo e apresentada na página 5 do documento **Proposição de Diretrizes do Ministério da Saúde – Versão Preliminar**, e que toda a discussão tomaria como referência esta conceituação.

Recomendou-se, a seguir, de modo a facilitar a dinâmica do grupo e dar um maior rendimento ao trabalho, que os participantes evitassem agir como técnicos altamente especializados em suas áreas específicas de atuação.

## **3 - ESTABELECIMENTO DE TÓPICOS RELEVANTES**

Procurou-se fazer aflorar, através de discussão franca, os obstáculos e limitações que, na atual conjuntura, interferem na plena implantação do programa de serviços básicos de saúde, bem como os elementos propiciadores ao programa.

Tentar-se-á através do reconhecimento destes fatores, ainda que sumário, estabelecer propostas que serão explicitadas no item 4, visando a formular: a) políticas voltadas para formação de recursos humanos para serviços básicos de saúde; b) estratégias operacionais para a formação de recursos humanos na área.

A análise destes diversos fatores, no atual sistema de saúde do país, vai-nos permitir estabelecer algumas definições de políticas, a nível de governo e a nível de instituições, e os mecanismos (ou meios) necessários à sua consecução.

Considera-se, ainda, que o desenvolvimento de recursos humanos permeia toda a comunidade e que toda a população é, em potencial, recurso humano de saúde, dedicando uma especial atenção à valorização do pessoal do sistema tradicional de saúde, a par do formal, inserindo-o no Sistema Nacional de Saúde.

### **3.1 - Fatores Limitantes**

Merecem destaques alguns pontos identificados como relevantes e que tendem a obstar, em maior ou

menor grau, o programa de saúde a ser implementado:

3.1.1 - Política previdenciária vigente no País, pela qual grande parte dos recursos financeiros é destinada ao pagamento de serviços prestados pela rede privada, dificultando sobretudo a implantação do programa, ao lado de uma distorção do tipo de atividade, voltada principalmente para níveis de atendimento que não o primário, bem como a proposta de estabelecimento do seguro-saúde (reflexo na política nacional de saúde).

3.1.2 - Diversidade de instituições que interferem na formação e na prática das atividades, sem o interrelacionamento desejado (reflexo nas políticas institucionais).

3.1.3 - Falta de escalonamento de prioridades em relação à formação de pessoal para atuar na área de saúde, especialmente em serviços básicos (reflexo na política nacional de educação).

3.1.4 - Carência de recursos financeiros nas diversas áreas, limitando até mesmo a extensão de programas pioneiros, como o PIASS, com conseqüente evasão do pessoal comprometido e falência parcial do processo, culminando com a falta de recursos diretamente vinculados à saúde (reflexos na política econômica).

3.1.5 - Pressão gerada pelas diversas instituições e grupos sociais envolvidos, se modificadas as estruturas de saúde atuais (reflexo na política social).

3.1.6 - Diferentes níveis de exigências nas áreas urbanas (metropolitanas, em especial) e rurais, levando a diferentes técnicas de abordagem das comunidades, quer daquelas carentes, das periferias urbanas e das zonas rurais – com suas características culturais próprias, regionais e locais – a quem o programa prioritariamente se destina, quer as próprias comunidades urbanas que, direta ou indiretamente, serão atingidas pela implantação do programa (reflexo na política social).

### **3.2 - Fatores Facilitadores**

Como aspectos positivos, certamente agilizadores do programa, devem ser destacados:

3.2.1 - A carta de intenções, expressa na palavra do Excelentíssimo Senhor Presidente da República e nas Diretrizes do Ministério da Saúde, sugerindo que, na política governamental em curso, a implantação do Programa de Extensão de Saúde Através de Serviços Básicos é meta prioritária.

3.2.2 - O compromisso dos ministérios integrantes do Sistema Nacional de Saúde, expresso pela presença e pela palavra dos respectivos ministros de Estado.

3.2.3 - Projetos existentes, a nível interministerial, para ação comunitária a ser realizada com a participação de estudantes universitários e outros.

3.2.4 - Programas isolados de integração docente-assistencial, com o apoio de algumas secretarias estaduais e municipais de saúde, INAMPS e de outras instituições governamentais e privadas.

3.2.5 - Tentativas isoladas de regionalização de serviços de saúde, através de algumas secretarias de estado de saúde, visando a disciplinar a rede de serviços de saúde oferecidos à população em termos de uma necessidade crescente determinada pela demanda.

3.2.6 - Programas de atendimento da população a nível primário, com mobilização e participação comunitárias, apoiados por secretarias de saúde, universidades ou outras instituições.

3.2.7 - Tendência, na atual conjuntura nacional, em favorecer, através de medidas nas diversas áreas – incentivos agrícolas, colonização, incentivo à criação de cidades de porte médio – a fixação do homem ao campo.

3.2.8 - Atitude ativa dos estudantes de nível superior, especialmente das áreas de ciências da saúde e sociais, em promover, participar e avaliar programas de saúde com mobilização comunitária, no anseio legítimo de levar saúde e bem-estar às populações mais carentes.

3.2.9 - Mobilização dos grupos sociais organizados em torno de mudanças nas condições de saúde e nos próprios serviços de saúde.

## **4 - APRESENTAÇÃO DE PROPOSTAS**

### **4.1 - Política Visando à Formação de Recursos Humanos para Serviços Básicos de Saúde**

Serão apresentadas algumas diretrizes que deverão orientar a política nacional no sentido de permitir a real implantação do programa.

4.1.1 - Política institucional adequada ao programa, com articulação efetiva dos diversos setores envolvidos e definição de suas atribuições: integração racionalizada.

4.1.2 - Política nacional de educação adaptada às realidades nacional e regionais, favorecendo o conhecimento, em todos os níveis de ensino, das necessidades básicas de saúde.

4.1.3 - Política econômica, estabelecendo: a) prioridade para as áreas de saúde e educação, bens primários de um povo que se deseja participante do processo de desenvolvimento; b) responsabilidade do financiamento do programa pelos diversos órgãos e instituições envolvidos e alocação de recursos definidos para o setor saúde; c) política salarial justa, baseada na realidade econômica e social, para os profissionais de saúde em todos os seus níveis.

4.1.4 - Política social visando à mobilização dos grupos sociais no sentido do reconhecimento de seus problemas e necessidades em saúde, da sua participação na proposição de soluções e na avaliação dos resultados atingidos.

4.1.5 - Política nacional de saúde, evitando multiplicidade descoordenada de ações de saúde que levam ao emprego inadequado dos recursos existentes e, em consequência, à falência dos programas a serem estabelecidos, e estabelecendo as reais prioridades no setor.

### **4.2 - Estratégias Operacionais**

Serão relacionadas algumas linhas de ação destinadas a facilitar a execução das diretrizes mencionadas no item anterior. Estas estratégias operacionais, se implantadas, certamente servirão de verdadeiro suporte à execução e permitirão a continuidade do programa na sua plenitude.

4.2.1 - Fortalecimento de núcleos de formação de recursos humanos a nível central, quer federal, estadual ou municipal, e a nível das universidades, especialmente nos departamentos de medicina preventiva e/ou social e de saúde pública, com garantia de maior articulação entre o aparelho formador e o utilizador.

4.2.2 - Implementação dos programas de integração docente-assistencial já existentes e oferta de oportunidades para expansão da experiência.

4.2.3 - Implementação do ensino profissionalizante voltado para as realidades regionais, a nível de 1º e 2º graus, sem as distorções e equívocos já hoje diagnosticados.

4.2.4 - Formação, absorção e regulamentação, pela ação conjunta dos Ministérios da Saúde, Educação e Cultura e Trabalho, em caráter de urgência, de profissionais de nível médio e elementar, indispensáveis ao atendimento do programa e, mais que isso, às necessidades de um país em desenvolvimento.

4.2.5 - Formação de pessoal auxiliar de saúde (agente de saúde), através de recrutamento nas próprias áreas de desenvolvimento dos programas, com definição precisa dos critérios para seleção, através de participação da comunidade interessada no programa, a fim de assegurar a sua identificação com a população, e, em conseqüência, maior comprometimento. Absorção do agente auxiliar de saúde através de processo de estruturação da carreira de cargos e empregos, possibilitando sua inserção, permanência e progressão funcional, com remuneração condigna.

4.2.6 - Treinamento em serviço de acordo com as respectivas atribuições no programa, quer para graduados, não graduados e pessoal sem escolarização formal; quando inevitável o treinamento fora da área programática, obrigatoriedade de vinculá-lo ao retorno para a área, de modo a permitir a utilização dos beneficiados como agentes multiplicadores dos conhecimentos adquiridos, tornando o processo menos oneroso e mais dinâmico.

4.2.7 - Estímulo à implantação de programas de informação científica e tecnológica para a saúde, devidamente hierarquizados e integrados, e que sejam relevantes para a adequada implementação dos serviços básicos de saúde e, particularmente, para a formação de recursos humanos em todos os níveis.

4.2.8 - Estímulo à participação comunitária, através de educação participante, permitindo a seleção natural de seus próprios líderes e agentes de ligação no programa, respeitados ao máximo os seus valores culturais, suas crenças, e aproveitada, sempre que possível, sua **medicina popular**, destacando-se a importância da professora primária no processo.

4.2.9 - Participação crescente, continuada e racionalizada dos universitários nos serviços básicos de saúde, levando-os a conhecer, refletir e atuar sobre as condições reais de vida e saúde do povo.

4.2.10 - Incentivo à prática multiprofissional sem diferenças de **status** determinadas pela diversificada formação dos integrantes do programa, de modo a torná-lo eficiente e permitir sua continuidade.

4.2.11 - Reorientação da política de ensino superior, procurando adaptá-la às realidades regionais - sem descurar do conhecimento da problemática global do país - voltando-a para a formação mais geral, reservando as especialidades para o nível de pós-graduação.

4.2.12 - Supervisão dos programas, através de educação continuada, de modo a garantir a manutenção de seu fluxo e a permitir a sua permanente atualização; este processo de educação continuada deve ser preferentemente realizado por equipe multiprofissional.

4.2.13 - Racionalização e melhor aproveitamento visando à maior eficiência, dos recursos humanos e materiais já existentes para a execução do programa, mediante entendimentos entre as secretarias estaduais e as instituições que operam no setor saúde em benefício da comunidade.

4.2.14 - Reorganização dos serviços de saúde no sentido de facilitar o processo de regionalização, com

hierarquização de serviços baseada nas necessidades da população.

4.2.15 - Alocação definida de recursos financeiros para o setor saúde e especificamente para o programa no âmbito dos ministérios comprometidos, com garantia de repasse às secretarias e outras instituições.

4.2.16 - Atribuição, a cada instituição envolvida com o programa, de suas responsabilidades e de seu grau de compromisso, não só a nível de recursos humanos como de recursos materiais, aqui incluindo as dotações orçamentárias de cada uma para destinação específica.

4.2.17 - Política salarial adequada, considerados os diferentes níveis de atuação e profissionais, garantindo o estímulo à participação de todos no programa e, em consequência, a sua viabilidade.

## **5 - CONSIDERAÇÕES GERAIS**

O grupo acredita que a implantação dos serviços básicos de saúde, na forma de sua proposição, é uma proposta há muito almejada por setores significativos dos que militam na área da saúde. Todavia, reconhece inúmeros obstáculos à sua efetivação, na medida em que podem, potencialmente, contrariar interesses objetivos e materiais que caracterizam o atual modelo dominante de prestação de serviços de saúde no país, e, para superá-los, entende como fundamental a participação ampla e democrática de grupos organizados da sociedade civil.

Considera da maior importância para a consecução e o êxito do programa o compromisso real - não só o formal - de todas as instituições envolvidas.

Considera relevantes e imprescindíveis a mobilização e a participação comunitárias para o bom êxito dos objetivos propostos.

Confia plenamente em que a Nação Brasileira, com a premência necessária, saberá honrar os compromissos assumidos nesta 7ª Conferência Nacional de Saúde, norteada pelos princípios básicos da democracia e da justiça social.

**8ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE**  
(Brasília, 17 a 21 de Março de 1986)



## RELATÓRIO FINAL DA 8ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE

### INTRODUÇÃO

O presente relatório final reflete um processo de discussão que, iniciado nas pré-conferências preparatórias estaduais e municipais, culminou com a participação, na 8ª Conferência Nacional de Saúde de mais de 4.000 pessoas, dentre as quais 1.000 delegados. Este processo materializou-se nos textos, debates, mesas-redondas, trabalhos de grupos e seus relatórios, resultando neste documento aprovado na plenária final da Conferência.

As plenárias da 8ª CNS contaram com a participação efetiva de quase todas as instituições que atuam no setor, assim como daquelas representativas da sociedade civil, dos grupos profissionais e dos partidos políticos.

O documento apresentado para aprovação em plenária era o relato consolidado das discussões havidas durante três dias, nos 135 grupos de trabalho (38 de delegados e 97 de participantes), onde foram discutidos os temas: Saúde como Direito, Reformulação do Sistema Nacional de Saúde e Financiamento Setorial.

Estabeleceram-se, portanto, dois níveis de discussão: um que ocorreu durante os trabalhos de grupo, subsidiados pelas apresentações e mesas-redondas sobre os temas, e outro que se concretizou na assembléia final. O processo altamente participativo, democrático e representativo que permeou todo o debate na 8ª CNS permitiu um alto grau de consenso, caracterizando uma unidade quanto ao encaminhamento das grandes questões, apesar da diversidade de proposta quanto às formas de implementação.

A comissão relatora cumpriu rigorosamente o regulamento, incorporando todas as modificações aprovadas pela assembléia de delegados e assinalando apenas as contradições mais evidentes.

Para efeito de fidelidade ao rico processo de debate que ocorreu na Conferência, faz-se necessário destacar alguns pontos que, numa simples leitura das conclusões referentes aos três temas, não se revelam com a necessária ênfase:

1 - Em primeiro lugar, ficou evidente que as modificações necessárias ao setor saúde transcendem aos limites de uma reforma administrativa e financeira, exigindo-se uma reformulação mais profunda, ampliando-se o próprio conceito de saúde e sua correspondente ação institucional, revendo-se a legislação que diz respeito à promoção, proteção e recuperação da saúde, constituindo-se no que se está convencendo chamar de reforma sanitária.

2 - A questão que talvez mais tenha mobilizado os participantes e delegados foi a natureza do novo Sistema Nacional de Saúde: se estatizado ou não, de forma imediata ou progressiva. A proposta de estatização imediata foi recusada, havendo consenso sobre a necessidade de fortalecimento e expansão do setor público. Em qualquer situação, porém, ficou claro que a participação do setor privado deve-se dar sob o caráter de serviço público “concedido” e o contrato regido sob as normas do Direito Público. Em relação a esse tema, é impressão da comissão de redação que a proposição “estatização da indústria farmacêutica”, aprovada na Assembléia Final, conflita com esse posicionamento geral, por não ter sido objeto de uma discussão mais aprofundada.

3 - Outro tema bastante polêmico foi aquele relativo à separação da “saúde” da “previdência”. O entendimento majoritário foi o de que a Previdência Social deveria encarregar-se das ações próprias de “seguro social” (pensões, aposentadorias e demais benefícios) e a saúde estaria entregue, em nível federal, a um único



órgão com características novas. O setor seria financiado por várias receitas, oriundas de impostos gerais e incidentes sobre produtos e atividades nocivas à saúde. Até que se formasse esse orçamento próprio da saúde, a Previdência Social deveria destinar os recursos, que ora gasta com o INAMPS, para o novo órgão e ir retraindo-se na medida do crescimento das novas fontes.

4 - No tema financiamento houve alto grau de consenso sobre alguns princípios importantes que devem orientar a política de financiamento setorial, o relatório parece mais indicativo do que conclusivo, revelando que esta discussão exige um maior aprofundamento.

A comissão relatora observa que este relatório espelha fielmente o momento político materializado na 8ª CNS, sendo, mais que nada, o resultado coerente desse momento e devendo constituir-se em objeto de reflexão, visando, sobretudo, à continuidade do processo de reformulação setorial.

## **TEMA 1 - SAÚDE COMO DIREITO**

1 - Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida.

2 - A saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas.

3 - Direito à saúde significa a garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação de saúde, em todos os seus níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade.

4 - Esse direito não se materializa, simplesmente pela sua formalização no texto constitucional. Há, simultaneamente, necessidade de o Estado assumir explicitamente uma política de saúde conseqüente e integrada às demais políticas econômicas e sociais, assegurando os meios que permitam efetivá-las. Entre outras condições, isto será garantido mediante o controle do processo de formulação, gestão e avaliação das políticas sociais e econômicas pela população.

5 - Deste conceito amplo de saúde e desta noção de direito como conquista social, emerge a idéia de que o pleno exercício do direito à saúde implica em garantir:

- trabalho em condições dignas, com amplo conhecimento e controle dos trabalhadores sobre o processo e o ambiente de trabalho;
- alimentação para todos, segundo as suas necessidades;
- moradia higiênica e digna;
- educação e informação plenas;
- qualidade adequada do meio ambiente;
- transporte seguro e acessível;
- repouso, lazer e segurança;
- participação da população na organização, gestão e controle dos serviços e ações de saúde;

- direito à liberdade, à livre organização e expressão;
- acesso universal e igualitário aos serviços setoriais em todos os níveis.

6 - As limitações e obstáculos ao desenvolvimento e aplicação do direito à saúde são de natureza estrutural.

7 - A sociedade brasileira, extremamente estratificada e hierarquizada, caracteriza-se pela alta concentração da renda e da propriedade fundiária, observando-se a coexistência de formas rudimentares de organização do trabalho produtivo com a mais avançada tecnologia da economia capitalista. As desigualdades sociais e regionais existentes refletem estas condições estruturais que vêm atuando como fatores limitantes ao pleno desenvolvimento de um nível satisfatório de saúde e de uma organização de serviços socialmente adequada.

8 - A evolução histórica desta sociedade desigual ocorreu quase sempre na presença de um Estado autoritário, culminando no regime militar, que desenvolveu uma política social mais voltada para o controle das classes dominadas, impedindo o estabelecimento de canais eficazes para as demandas sociais e a correção das distorções geradas pelo modelo econômico.

9 - Na área de saúde, verifica-se um acúmulo histórico de vicissitudes que deram origem a um sistema em que predominam interesses de empresários da área médico-hospitalar. O modelo de organização do setor público é anárquico, pouco eficiente e eficaz, gerando descrédito junto à população.

10 - Este quadro decorre basicamente do seguinte:

- não prioridade pelos governos anteriores do setor social, neste incluído a saúde, privilegiando outros setores, como por exemplo o da energia, que contribuiu para a atual dívida externa;
- vigência de uma política de saúde implícita que se efetiva ao sabor de interesses em geral não coincidentes com os dos usuários dos serviços, acentuadamente influenciada pela ação de grupos dedicados à mercantilização da saúde;
- debilidade da organização da sociedade civil, com escassa participação popular no processo de formulação e controle das políticas e dos serviços de saúde;
- modelo assistencial excludente, discriminatório, centralizador e corruptor;
- falta de transparência na aplicação de recursos públicos, o que contribui para o seu uso dispersivo, sem atender às reais necessidades da população;
- inadequada formação de recursos humanos tanto em nível técnico quanto nos aspectos ético e de consciência social, associada à sua utilização em condições insatisfatórias de remuneração e de trabalho;
- controle do setor de medicamentos e equipamentos pelas multinacionais;
- privilégio na aplicação dos recursos públicos na rede privada de assistência médica, como também em programas de saneamento e habitação;
- interferência clientelística no que se refere à contratação de pessoal;
- excessiva centralização das decisões e dos recursos em nível federal.

11 - O Estado tem como responsabilidades básicas quanto ao direito à saúde:

- a adoção de políticas sociais e econômicas que propiciem melhores condições de vida, sobretudo para os segmentos mais carentes da população;
- definição, financiamento e administração de um sistema de saúde de acesso universal e igualitário;
- operação descentralizada de serviços de saúde;

- normatização e controle das ações de saúde desenvolvidas por qualquer agente público ou privado de forma a garantir padrões de qualidade adequados.

12 - Para assegurar o direito à saúde a toda a população brasileira é imprescindível:

- garantir uma Assembléia Nacional Constituinte livre, soberana, democrática, popular e exclusiva;
- assegurar na Constituição, a todas as pessoas, as condições fundamentais de uma existência digna, protegendo o acesso a emprego, educação, alimentação, remuneração justa e propriedade da terra aos que nela trabalham, assim como o direito à organização e o direito de greve;
- suspender imediatamente o pagamento dos juros da dívida externa e submeter à decisão da nação, via Assembléia Nacional Constituinte, a proposta de não pagamento da dívida externa;
- implantar uma reforma agrária que responda às reais necessidades e aspirações dos trabalhadores rurais e que seja realizada sob o controle destes;
- estimular a participação da população organizada nos núcleos decisórios, nos vários níveis, assegurando o controle social sobre as ações do Estado;
- fortalecer os estados e municípios, através de uma ampla reforma fiscal e tributária;
- estabelecer compromissos orçamentários ao nível da União, estados e municípios para o adequado financiamento das ações de saúde.

13 - É necessário que se intensifique o movimento de mobilização popular para garantir que a Constituinte inclua a saúde entre as questões que merecerão atenção prioritária. Com este objetivo, a partir da 8ª Conferência Nacional de Saúde, deverá ser deflagrada uma campanha nacional em defesa do direito universal à saúde, contra a mercantilização da medicina e pela melhoria dos serviços públicos, para que se inscrevam na futura Constituição:

- a caracterização da saúde de cada indivíduo como de interesse coletivo, como dever do Estado, a ser contemplado de forma prioritária por parte das políticas sociais;
- a garantia da extensão do direito à saúde e do acesso igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, em todos os níveis, a todos os habitantes do território nacional;
- a caracterização dos serviços de saúde como públicos e essenciais.

## **TEMA 2 - REFORMULAÇÃO DO SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE**

1 - A reestruturação do Sistema Nacional de Saúde deve resultar na criação de um Sistema Único de Saúde que efetivamente represente a construção de um novo arcabouço institucional separando totalmente saúde de previdência, através de uma ampla reforma sanitária.

2 - No nível federal, este novo sistema deve ser coordenado por um único Ministério, especialmente concebido para esse fim. Com este objetivo, o poder executivo deve encaminhar, a curto prazo, mensagem ao Congresso, garantindo-se, entretanto, que a reformulação proposta seja prévia e amplamente debatida por todos os setores da sociedade civil. A unicidade de comando deve ser reproduzida nos níveis estadual e municipal.

3 - O novo Sistema Nacional de Saúde deverá reger-se pelos seguintes princípios:

**a) referente à organização dos serviços**

- descentralização na gestão dos serviços;
- integralização das ações, superando a dicotomia preventivo-curativo;
- unidade na condução das políticas setoriais;
- regionalização e hierarquização das unidades prestadoras de serviços;
- participação da população, através de suas entidades representativas, na formulação da política, no planejamento, na gestão, na execução e na avaliação das ações de saúde;
- fortalecimento do papel do município;
- introdução de práticas alternativas de assistência à saúde no âmbito dos serviços de saúde, possibilitando ao usuário o direito democrático de escolher a terapêutica preferida.

**b) atinentes às condições de acesso e qualidade**

- universalização em relação à cobertura populacional a começar pelas áreas carentes ou totalmente desassistidas;
- equidade em relação ao acesso dos que necessitam de atenção;
- atendimento oportuno segundo as necessidades;
- respeito à dignidade dos usuários por parte dos servidores e prestadores de serviços de saúde, como um claro dever e compromisso com a sua função pública;
- atendimento de qualidade compatível com o estágio de desenvolvimento do conhecimento e com recursos disponíveis;
- direito de acompanhamento a doentes internados, especialmente crianças;
- direito à assistência psicológica sem a discriminação que existe atualmente.

**c) relacionados com a política de recursos humanos**

- remuneração condigna e isonomia salarial entre as mesmas categorias profissionais nos níveis federal, estadual e municipal, e estabelecimento urgente e imediato de plano de cargos e salários;
- capacitação e reciclagem permanente;
- admissão através de concurso público;
- estabilidade no emprego;
- composição multiprofissional das equipes, considerando as necessidades da demanda de atendimento de cada região e em consonância com os critérios estabelecidos pelos padrões mínimos de cobertura assistencial;
- compromissos dos servidores com os usuários;
- cumprimento da carga horária contratual e incentivo à dedicação exclusiva;
- direito à greve e sindicalização dos profissionais de saúde;
- formação dos profissionais de saúde integrada ao Sistema de Saúde, regionalizado e hierarquizado;
- inclusão no currículo de ensino em saúde do conhecimento das práticas alternativas;
- incorporação dos agentes populares de saúde como pessoal remunerado, sob a coordenação do nível local do Sistema Único de Saúde, para trabalhar em educação para a saúde e cuidados primários.

4 - O principal objetivo a ser alcançado é o Sistema Único de Saúde, com expansão e fortalecimento do

setor estatal em níveis federal, estadual e municipal, tendo como meta uma progressiva estatização do setor. Os prestadores de serviços privados passarão a ter controlados seus procedimentos operacionais e direcionadas suas ações no campo da saúde, sendo ainda coibidos os lucros abusivos. O setor privado será subordinado ao papel diretivo da ação estatal nesse setor, garantindo o controle dos usuários através dos seus segmentos organizados. Com o objetivo de garantir a prestação de serviços à população, deverá ser considerada a possibilidade de expropriação dos estabelecimentos privados nos casos de inobservância das normas estabelecidas pelo setor público.

5 - As atribuições básicas de cada nível do governo devem ter por fundamento o caráter federativo da nossa República, de tal modo a romper com a centralização que esvaziou, nas décadas recentes, o poder e a as funções próprias das unidades federadas e de seus municípios. O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE deve reforçar, neste sentido, o poder político, administrativo e financeiro dos estados e municípios.

6 - No SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, o **nível federal** terá como atribuições principais:

- Formulação e condução da política nacional de saúde; regulamentação das normas de relacionamento entre o setor público e o setor privado; formulação de normas e o acompanhamento e avaliação das ações de cobertura assistencial; condução e execução de programas emergenciais que escapem às possibilidades de intervenção das Unidades Federativas; definição das políticas setoriais de tecnologia, saneamento, recursos humanos, insumos básicos, financiamento e informações; determinação de padrões de qualidade homogêneos para os setores público e privado.

7 - Permanecerão no âmbito da competência do novo órgão federal os serviços de referência nacional e os serviços e atividades considerados estratégicos para o desenvolvimento do sistema de saúde, tais como: órgãos de pesquisa, de produção de imunobiológicos, de medicamentos e de equipamentos. As linhas de pesquisa desenvolvidas nas áreas de saúde devem ser amplamente discutidas entre as instituições de pesquisas, de serviços e universidades visando a um direcionamento mais produtivo e relevante na resolução dos problemas de saúde do país.

8 - Todos os serviços federais de caráter local que tenham relação direta com o atendimento à população, com exceção dos mencionados anteriormente, serão transferidos com os respectivos recursos humanos, materiais e financeiros aos estados e municípios, segundo planos e programas a serem elaborados conjuntamente pelas instituições participantes e as representações da sociedade organizada e que considerem a viabilidade política e a factibilidade técnico-financeira da transferência.

9 - No **Nível Estadual**, destacam-se as seguintes funções:

- gestão, planejamento, coordenação, controle e avaliação da política nacional de saúde na Unidade Federativa (UF); responsabilidade pela elaboração do plano diretor de saúde da UF que deverá orientar a integração das atividades do subsistema estadual de saúde, incluindo as atividades do setor privado; prestação de serviços de saúde, vigilância sanitária e epidemiológica e outros de responsabilidade do sistema, em coordenação com os sistemas municipais; gerência do sistema estadual de informação de saúde; compatibilização das normas e diretrizes federais com o quadro jurídico-legal da UF e as peculiaridades dos sistemas de saúde estaduais e regionais; responsabilidade pelos serviços de abrangência estadual e regional, especialmente os de caráter secundário e terciário, e por aqueles outros programas, projetos ou atividades que não possam, por seu custo, especialização ou grau de complexidade, serem executados pelos municípios.

10 - O **Nível municipal** terá seu papel definido de acordo com as características e peculiaridades de cada caso, exercendo esse papel em estreita coordenação com o nível estadual. Como diretriz básica, o município terá a seu cargo, como responsabilidade mínima, a gestão dos serviços básicos de saúde.

11 - Os municípios de grande porte terão a seu cargo a gestão integral do Sistema Municipal de Saúde. Naqueles municípios em que não haja condições imediatas para assumir a gestão do sistema municipal, esta será realizada conjuntamente pelo município e secretaria estadual de saúde da unidade federada.

12 - Os hospitais universitários e das Forças Armadas devem estar totalmente integrados ao SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, sem prejuízo das funções de ensino, pesquisa e prestação de serviços dos primeiros.(\*)

13 - O relacionamento do poder público com a rede privada prestadora de serviços deve fundamentar-se no controle efetivo sobre essa rede.

14 - A implantação imediata de um novo relacionamento entre o setor público e o setor privado deverá ser implementada nos seguintes moldes:

- para os estabelecimentos privados que já se relacionam com o INAMPS, estabelecer um novo contrato-padrão regido pelos princípios do DIREITO PÚBLICO, passando o serviço privado a ser concessionário do Serviço Público,

- esses contratos devem ser reavaliados sob critérios de adequação ao perfil epidemiológico da população a ser coberta e de parâmetros de desempenho e qualidade;

- não devem ser celebrados novos contratos/credenciamentos a partir de 30 de março;

- as novas relações devem possibilitar a intervenção governamental, que pode chegar à expropriação, sempre que caracterizada a existência de fraude ou conduta dolosa. Trata-se, por conseguinte, de aplicar no campo da saúde instrumentos de proteção da sociedade similares àqueles já adotados nas relações do governo com outros setores;

- Os incentivos concedidos à chamada medicina de grupo deverão ser revistos.

15 - Para as regiões onde for necessário ampliar a cobertura assistencial, e houver escassez de oferta de serviços por parte do setor público, dever-se-á proceder:

- o redirecionamento dos fundos públicos, tais como FAS/Caixa Econômica Federal e FINSOCIAL/Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social, para financiamento exclusivo da rede do setor público estadual e municipal;

- a suspensão imediata de financiamento, por parte desses fundos (FAS/CEF e FINSOCIAL/BNDES), para ampliação, reforma e construção de estabelecimentos privados ou para compra de equipamentos.

16 - A maior participação do setor público como prestador de serviços é viável, justa e socialmente desejável. Para isso é necessário o aprimoramento de seus procedimentos gerenciais, de forma que possa operar com maior eficiência e aumente seu grau de resolubilidade, de modo a satisfazer as necessidades da população.

17 - Com relação ao aparelho setorial produtor de bens, propõe-se:

- fortalecimento dos laboratórios e das indústrias de equipamentos de saúde estatais;

- estatização de setores estratégicos na área de produção de imunobiológicos e na de produção e comercialização de sangue e hemoderivados;

- estatização da indústria farmacêutica.

---

(\*) No Relatório Final submetido à discussão plenária; havia a seguinte redação deste item:  
"Os hospitais universitários e das Forças Armadas devem estar **funcionalmente** integrados ao Sistema Único de Saúde, sem prejuízo das funções de ensino, pesquisa e prestação de serviços dos primeiros"

18 - Proibir a propaganda comercial de medicamentos e produtos nocivos à saúde.

19 - É necessária a formulação de uma política de desenvolvimento científico e tecnológico em saúde, contemplando particularmente a produção de insumos, equipamentos, medicamentos e materiais biomédicos, segundo as prioridades a serem estabelecidas na Política Nacional de Saúde.

20 - Neste sentido, é necessário ampliar o espaço de atuação e de investimento público nesses setores estratégicos especialmente no referente à pesquisa, desenvolvimento e produção de vacinas e soros para uso humano, assim como aprofundar o conhecimento e utilização de formas alternativas de atenção à saúde.

21 - Para garantir este processo é preciso uma ampla revisão das formas de relacionamento entre o setor público e as empresas nacionais e internacionais, de maneira que as relações contratuais preservem a soberania nacional e protejam as inovações geradas internamente.

22 - Controlar e fiscalizar rigorosamente a qualidade dos insumos de uso setorial e a comercialização dos medicamentos e alimentos, através de uma adequada vigilância sanitária.

23 - As Ações Integradas de Saúde deverão ser reformuladas de imediato possibilitando o amplo e eficaz controle da sociedade organizada em suas atuais instâncias de coordenação (CIS, CRIS, CLIS e/ou CIMS). Em nenhum momento a existência das AIS deverá ser utilizada como justificativa para protelar a implantação do Sistema Único de Saúde.

24 - Será constituído um novo Conselho Nacional de Saúde, composto por representantes dos ministérios da área social, dos governos estaduais e municipais e das entidades civis de caráter nacional, como partidos políticos, centrais sindicais e movimentos populares, cujo papel principal será o de orientar o desenvolvimento e avaliar o desempenho do Sistema Único de Saúde, definindo políticas, orçamento e ações.

25 - Deverão também ser formados conselhos de saúde em níveis local, municipal, regional e estadual, compostos de representantes eleitos pela comunidade (usuários e prestadores de serviços), que permitam a participação plena da sociedade no planejamento, execução e fiscalização dos programas de saúde. Deverá ser garantida a eleição das direções das unidades do sistema de saúde pelos trabalhadores desses locais e pela comunidade atendida.

26 - É indispensável garantir o acesso da população às informações necessárias ao controle social dos serviços, assegurando, a partir da constituição de um Sistema Nacional de Informação a:

- maior transparência às atividades desenvolvidas pelo setor;
- adoção de políticas de saúde que respondem efetivamente à complexidade do perfil sócio-sanitário da população brasileira.

27 - A efetivação das propostas da 8ª Conferência Nacional de Saúde e a continuidade do processo de discussão sobre a questão da saúde devem ser asseguradas através do aprofundamento das teses debatidas e do estudo dos temas específicos, como forma de subsidiar a Assembléia Nacional Constituinte e criar as bases para uma Reforma Sanitária Nacional. Os participantes da 8ª Conferência Nacional de Saúde propõem, com esta finalidade, a criação do Grupo Executivo da Reforma Sanitária composto por órgãos governamentais e pela sociedade civil organizada, de forma paritária. Cabe ao Ministério da Saúde a convocação e constituição do referido Grupo, segundo os critérios aqui propostos.

### TEMA 3 - FINANCIAMENTO DO SETOR

1 - Deverá ser constituído um **orçamento social** que englobe os recursos destinados às políticas sociais dos diversos Ministérios e aos distintos fundos sociais. Este orçamento será repartido por setor, cabendo ao de saúde uma parcela de recursos que constituirão o Fundo Único Federal de Saúde. Em nível estadual e municipal serão formados Fundos Únicos de Saúde de maneira análoga.

2 - Os Fundos de Saúde, nos diferentes níveis, serão geridos conjuntamente com a participação colegiada de órgãos públicos e da sociedade organizada.

3 - Os recursos destinados à saúde serão determinados através da prefixação de percentual mínimo sobre as receitas públicas. (\*)

4 - O financiamento do sistema de saúde será responsabilidade do Estado, a quem cabe levar uma política de descentralização, articulando a participação efetiva dos estados e municípios com uma ampla e profunda reforma tributária.

5 - Os recursos da Previdência serão gradativamente retirados do financiamento das ações de saúde, devendo ser substituídos por fonte(s) alternativa(s), permitindo melhorar as prestações pecuniárias (aposentadorias, pensões etc.). Os recursos financeiros da Previdência Social devem destinar-se exclusivamente para custear um seguro social justo aos trabalhadores da cidade e do campo. Desta forma, o orçamento da Previdência deve ser administrado pelos trabalhadores e utilizado somente para a concessão de benefícios e aposentadorias igualitárias para trabalhadores rurais e urbanos.

6 - Os recursos oriundos das contribuições compulsórias da Previdência Social das empresas devem deixar de incidir sobre a folha de salários, passando a ser calculados sobre os ganhos do capital. Isto implicará em maior estabilidade das receitas previdenciárias e impedirá o repasse para o consumidor. Por outro lado, tal forma de cálculo de contribuição à Previdência deixará de penalizar as empresas intensivas em mão-de-obra.

7 - O percentual de desconto do salário dos trabalhadores deverá ser reduzido, adequando-se à nova realidade. O desconto dos aposentados deverá ser suprimido.

8 - A distribuição de recursos financeiros não deve levar em consideração apenas o contingente populacional de cada região e sua arrecadação fiscal. Deve também considerar as condições de vida e de saúde da região, promovendo, assim, uma distribuição mais justa dos recursos.

9 - A descentralização, um dos princípios propostos para a reorganização do sistema de saúde, só se concretizará mediante uma reforma tributária que:

- elimine a atual regressividade das formas de financiamento da política de saúde;
- estabeleça fontes estáveis de receita para que os programas de atenção à saúde não fiquem comprometidos nas conjunturas recessivas;
- garanta maiores recursos aos estados e municípios para que estes desenvolvam seus programas;

---

(\*) As seguintes redações substitutivas ao item 2 foram aprovadas em plenário, mas são contraditórias entre si:

1. "De imediato, a proposta de percentual mínimo do orçamento da União para a saúde deverá ser elaborada por comissão constituída nesta Conferência para debater no parlamento e com a sociedade civil, antes mesmo da eleição da Assembléia Nacional Constituinte, de forma a influir já no orçamento de 1987"
2. "... através da prefixação de um percentual mínimo de 15% sobre as receitas públicas"



- assegure ao governo federal a capacidade de reduzir as desigualdades regionais;
- elimine as deduções do imposto de renda das pessoas jurídicas relativas ao gasto com assistência à saúde e à alimentação;
- reveja critérios de dedução do imposto de renda das pessoas físicas com o pagamento dos serviços de saúde;
- crie instrumentos de taxação de bens de consumo nocivos à saúde como fonte adicional de receita para o setor;
- acrescente como fontes adicionais a taxação de indústrias poluentes, empresas de desmatamento e jogos de azar;
- elimine a isenção de tributação sobre os ganhos totais de categorias “privilegiadas” (militares, magistrados e parlamentares);
- destine obrigatoriamente para os Fundos de Saúde um percentual fixo sobre os seguros obrigatórios de veículos;
- tribute as empresas proporcionalmente ao número de acidentes de trabalho, como mecanismo financeiro coercitivo de estímulo à sua prevenção.

**I CONFERÊNCIA NACIONAL DE RECURSOS HUMANOS PARA A SAÚDE**  
**RELATÓRIO FINAL**  
(Brasília, 13 a 17 de Outubro de 1986)



## CONFERÊNCIA NACIONAL DE RECURSOS HUMANOS PARA A SAÚDE

### PROMOÇÃO:

Ministério da Saúde  
Ministério da Previdência e Assistência Social  
Ministério da Educação  
Organização Pan-Americana da Saúde

### COMISSÃO DE COORDENAÇÃO:

Comissão de Recursos Humanos da Comissão Interministerial de Planejamento (CIPLAN)

Ana Rosa Bogliolo - MEC  
Izabel Santos - OPS  
José Paranaguá de Santana - INAMPS  
Maria Regina dos Santos Vergueiro - MEC  
Paulo Marchiori Buss - ENSP/FIOCRUZ  
Roberto Passos Nogueira - OPS  
Tânia Celeste Matos Nunes - MS

### COMISSÃO ORGANIZADORA:

Secretaria de Recursos Humanos/SG/MS  
Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ  
Assessoria - Comitê Interno de Recursos Humanos/MS

Coordenadora da Comissão:  
Tânia Celeste Matos Nunes - SRH/MS

### Equipe Técnica:

Anete Pereira Simões - SMS/BA  
Eleonor Minho Conill - INAMPS  
Ercy José Soar Filho - FSCMR/PR  
Geraldo Lucchesi - SRH/MS  
Joana Azevedo da Silva - SRH/MS  
José Paranaguá de Santana - INAMPS  
Luiz Fernando Severo Marques - SRH/MS  
Maria Helena Machado - ENSP/FIOCRUZ  
Maria Umbelina Dumont Veronese - SRH/MS  
Milton Sallas Augusto - SMS/São Paulo  
Miriam Braga de Souza - SRH/MS  
Oswaldo Yoshimi Tanaka - SES/SP  
Paulo Marchiori Buss - ENSP/FIOCRUZ  
Paulo Roberto Michalyszyn - SMS/Curitiba  
Ricardo Bruno Mendes Gonçalves - USP/SP  
Romilda Araújo de Freitas - SRH/MS  
Sidnei José Cazeto - SMS/São Paulo  
Suzana Gomes Ferreira Leite - SRH/MS  
Vera Regina Beltrão Marques - SRH/MS

**Equipe Administrativa:**

Anatália de Carvalho Mendes - SRH/MS

Francisca Feitosa Gomes - SRH/MS

Maria Odália Walger Costa - SRH/MS

Marisa Matos Assis - SRH/MS

Sílvia Gonçalves Rego - SRH/MS

**RELAÇÃO DE RELADORES - TRABALHOS DE GRUPOS**

Ana Maria Bittar

Ana Cristina Bustani

Anete Pereira Simões

Armando M. Raggio

Carmem Harumi Suginoshita

Eleonor Minho Conill

Erlene Tedeschi dos Santos

Gilson Ferreira Campos

Haidê Benetti de Paula

Joana D'Arc

João Luiz de Souza Pinto

Joselma Cavalcanti Cordeiro

Laura Aragão de Souza

Lia Celi Fanuck

Lúcia Vieira Sarapu

Lúcio José Botelho

Maria Aldina Corrêa Alves

Maria Carolina Ferreira

Maria do Carmo Lessa Guimarães

Maria Helena Machado

Maria Vieira de Moraes

Milton Sallas Augusto

Neuza Maria Nogueira Moysés

Nilce Helena de Paula

Olívia Teruko Nisie

Oviromar Flores

Paulo Roberto Michaliszyn

Pedro Reginaldo dos Santos Prata

Regina Gifoni Marsiglia

Rosângela Scucato

Ricardo Bruno Mendes Gonçalves

Rita Zarur Corrêa

Soraya Maria Vargas Côrtes

Sidnei José Cazeto

Telma Dantas T. de Oliveira

Tereza Cristina Varela Vieira

Terezinha Moreira

Vânia Maria Aita de Lemos

Vivian Helena V. Araújo

## COMISSÃO DE REDADORES

Geraldo Lucchesi - SRH/MS

Milton Sallas Augusto - SMS/SP

Oswaldo Yoshimi Tanaka - SES/SP

Sidnei José Cazeto - SMS/SP

Vera Regina Beltrão Marques - SRH/MS



# CONFERÊNCIA NACIONAL DE RECURSOS HUMANOS PARA A SAÚDE

## RELATÓRIO FINAL

### ÍNDICE

APRESENTAÇÃO .....	149
<b>1. VALORIZAÇÃO DO PROFISSIONAL</b>	
1.1 - Mercado de Trabalho .....	151
1.2 - Recrutamento e Seleção de Pessoal .....	151
1.3 - O Treinamento de Ingresso .....	152
1.4 - Estágio Probatório .....	153
1.5 - Salários, Regime e Jornada de Trabalho .....	154
1.6 - Plano de Cargos e Salários .....	155
1.7 - Avaliação de Desempenho .....	156
1.8 - Quadros de Lotação e Remanejamento de Pessoal .....	157
1.9 - A Equipe de Saúde e o Desafio da Nova Gerência .....	158
1.9.1 - A Equipe de Saúde .....	158
1.9.2 - Desafio da Nova Gerência dos Serviços .....	158
<b>2. PREPARAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS</b>	
2.1 - Formação e Aprimoramento de Pessoal dos Níveis Médio e Elementar .....	159
2.1.1 - Articulação entre Setor Educacional e Instituições de Serviços .....	159
2.1.2 - Formação e Educação Continuada .....	160
2.1.3 - Inserção do Profissional de Nível Médio e Elementar no Mercado de Trabalho .....	161
2.2 - Ensino de Graduação .....	162
2.2.1 - Diagnóstico das Instituições de Ensino .....	162
2.2.2 - Proposições .....	162
2.3 - Educação Continuada para Pessoal de Nível Superior na Perspectiva dos Serviços .....	164
2.3.1 - Conceituação .....	164
2.3.2 - Modelo, Metodologia e Conteúdo .....	164
2.3.3 - Estratégias e Propostas .....	165
2.4 - Capacitação de Recursos Humanos para Saúde após a Graduação .....	165
2.4.1 - Introdução .....	165
2.4.2 - A Especialização .....	166
2.4.3 - A Pós-Graduação .....	167
2.4.4 - Os Docentes das Instituições Formadoras .....	168
2.4.5 - Os Docentes das Instituições de Serviços .....	168
2.5 - Integração Docente Assistencial, Hospitais de Ensino/Centros de Saúde/Distritos Escolas .....	169
2.5.1 - Conceituação .....	169
2.5.2 - Dados de Diagnóstico das Propostas de IDA .....	169
2.5.3 - Hospitais de Ensino .....	170
2.5.4 - Proposições .....	170
<b>3. Órgãos de Desenvolvimento de Recursos Humanos para a Saúde - as Estratégias de Integração Interinstitucional</b>	
3.1 - Análise da Situação Atual .....	171
3.2 - Proposições .....	172



Os participantes da Conferência manifestaram uma preocupação particular com as práticas institucionais ditadas por interesses políticos eleitoreiros. A área de recursos humanos tem sentido de forma mais direta uma influência marcadamente negativa na construção e no desempenho do seu trabalho. Embora haja a constatação de que as instituições parecem impotentes diante da força dessas práticas, foi manifesta a necessidade de que instituições e a sociedade encontrem formas de coibi-las, com a consciência do prejuízo social que elas trazem, e o comprometimento com a construção de uma nova ordem para um novo sistema de saúde.

O resgate da importância e da dignidade do trabalho, com ênfase ao do setor público, a construção de uma nova ética social, que rejeite aqueles valores tão familiares ao autoritarismo selvagem, que se guiam pela ética da vantagem e do individualismo irracional estão a exigir um compromisso mais democrático das instituições para com a sociedade, constituindo-se em mais uma frente de luta no sentido de uma sociedade mais justa.

Esta foi a tônica e a vontade geral expressa na Conferência, que produziu frutos capazes de alimentar com esse vigor o dia-a-dia de cada um de nós, profissionais do setor.

Comissão Organizadora

## APRESENTAÇÃO

A Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde, que teve como tema central a “Política de Recursos Humanos Rumo à Reforma Sanitária”, realizada de 13 a 17 de outubro de 1986, constituiu em fórum privilegiado de debates da problemática específica dessa área, em continuidade à 8ª Conferência Nacional de Saúde.

A discussão dos núcleos temáticos aglutinou profissionais das áreas de saúde, educação, trabalho e administração, assim como usuários do setor saúde na intenção de assegurar um caráter mais abrangente às análises e avaliações dos diversos aspectos que compõem uma política de recursos humanos para o setor saúde.

Como fase preliminar desse processo foram realizadas pré-conferências em 23 unidades da Federação algumas das quais com a criação ou revitalização das Comissões Estaduais interinstitucionais de Recursos Humanos. Estas Comissões deverão facilitar o desdobramento da Conferência, criando um espaço permanente de discussão dessas questões, a nível dos estados, em consonância com a realidade regional.

Participaram do evento cerca de 500 pessoas, divididas em 22 grupos de trabalho, e que discutiram os vários subtemas que constituem o amplo espectro da área de recursos humanos. A escolha desta metodologia de trabalho possibilitou a discussão do temário de forma bastante abrangente, mas não oportunizou um maior aprofundamento do mesmo.

A necessidade de uma articulação mais estreita entre as instituições que prestam serviços e aqueles que formam pessoal de saúde foi um ponto de unanimidade. Parece imperioso que a área de DRH para a saúde conquiste condições políticas e técnicas que viabilizem a premissa de que “saúde é um direito do cidadão e um dever do Estado”. Essas condições serão inalcançáveis sem que haja um entendimento entre as áreas de ensino e de prestação de serviço, tendo como pano de fundo a realidade social.

A participação de representantes da classe trabalhadora organizada evidenciou um compromisso social coletivo com as propostas da Conferência, transcendendo as questões corporativas e contribuindo para a construção de um “pensamento de recursos humanos” na perspectiva do trabalhador de saúde.

Nas conclusões da Conferência também se evidenciou que o estabelecimento de melhores relações entre os trabalhadores de saúde e os usuários dos serviços de saúde não depende apenas de conquistas, por aqueles, de melhores salários e condições de trabalho. Sem dúvida que estas questões são importantes e fundamentais para que se humanize o atendimento, mas seria um equívoco não perceber a existência de outros determinantes.

O grande interesse dos participantes em discutir os temas ligados ao aspecto político-administrativo da inserção do pessoal nas instituições de saúde revela que as ações típicas da área de atuação dos “departamentos de pessoal”, são pontos críticos das políticas de recursos humanos, e que é urgente o aprofundamento da sua discussão.

De fato, a Conferência nos mostra que, não obstante a grande importância das questões referentes ao preparo do pessoal para que sua capacitação seja adequada e conveniente à realidade social brasileira, os órgãos de recursos humanos devem transcender esse âmbito e incorporar o estudo e o trabalho de temas como recrutamento e seleção, concurso, plano de cargos e salários, isonomia salarial, avaliação de desempenho, direitos trabalhistas e escolha dos cargos de chefias entre outros, na procura de soluções apropriadas e transformadoras. A integração com os departamentos de pessoal foi proposta e torna-se indispensável. Não há como se pensar um novo sistema de saúde sem passar por estas questões. Elas constituem, com certeza, um dos pontos de maior resistência às mudanças preconizadas pela 8ª Conferência Nacional de Saúde.

4. A organização dos Trabalhadores de Saúde	
4.1 - As Entidades Profissionais e as Entidades de Servidores . . . . .	174
4.2 - Direitos Trabalhistas do Servidor Público . . . . .	176
4.3 - Isonomia Salarial . . . . .	178
4.4 - Condições de Trabalho . . . . .	178
5. A Relação do Trabalhador de Saúde com o Usuário do Sistema	
5.1 - Introdução . . . . .	179
5.2 - Os Trabalhadores de Saúde . . . . .	179
5.2.1 - Diagnóstico . . . . .	179
5.2.2 - Proposições . . . . .	180
5.3 - Os Usuários dos Serviços . . . . .	180
5.3.1 - A Co-Responsabilidade do Estado e suas Instituições . . . . .	180
5.3.2 - A Co-Responsabilidade do Trabalhador de Saúde . . . . .	181
5.3.3 - A Co-Responsabilidade dos Usuários dos Serviços . . . . .	181
5.4 - Comentário Final . . . . .	181

#### ANEXO I (TEMA 4)

##### Propostas Formuladas pelo Centro de Servidores da Secretaria de Saúde e Meio Ambiente do Estado do Rio Grande do Sul

1. Democratização do Sistema de Saúde . . . . .	182
2. Formação de Recursos Humanos como Estratégia para Melhoria da Qualidade dos Serviços de Saúde	182

#### ANEXO II (TEMA 5)

Recomendações do Fórum Interinstitucional Permanente de Reestruturação e Defesa da Previdência e Assistência Médica - RJ . . . . .	183
--	-----

## **1. VALORIZAÇÃO DO PROFISSIONAL**

### **1.1 - Mercado de Trabalho**

A formação de mão-de-obra em saúde proporcionada pelo aparelho formador não é adequada às necessidades de saúde da população brasileira nem às necessidades dos serviços.

Daí decorre uma dificuldade do setor na captação e absorção de mão-de-obra. Esta dificuldade se acentua pela ausência de planos de carreiras, pelos baixos níveis de remuneração e pela inexistência de perspectivas de desenvolvimento de pessoal. Estes fatores geram uma multiplicidade de vínculos, jornadas e regimes de trabalho não adequados aos serviços de saúde, diminuindo a importância do trabalho no serviço público de saúde e desfigurando os quadros de servidores.

Há uma política de pessoal implícita e que não é única nos diversos níveis e instituições. Há também uma diversidade de parâmetros para definir os quadros de pessoal, que nem sempre são respeitados e obedecidos, sendo por vezes, preteridos pelo clientelismo, decorrendo daí que os quadros não atendam as reais necessidades dos serviços.

Estas distorções têm maior poder de influência sobre o mercado de trabalho do que as necessidades concretas dos serviços públicos de saúde. Para que esta situação se reverta, torna-se necessário a formulação de uma nova política de pessoal para o setor e, a partir dela, um elenco de medidas que intervenham na definição dos quadros de pessoal, na remuneração do trabalho em saúde, na formação de pessoal de todos os níveis, no recrutamento e seleção, na ascensão e desenvolvimento profissional, jornadas e regimes de trabalho.

Os fundamentos desta nova política deverão ser definidos principalmente em função da nova organização dos serviços de saúde, das demandas e do quadro nosológico da população-alvo.

### **1.2 - Recrutamento e Seleção de Pessoal**

O processo de recrutamento e seleção de pessoal para o setor saúde deverá visar a eficiência e eficácia da prestação de serviços à população. Tal processo deve conter critérios gerais uniformes para todos os órgãos do Sistema Único de Saúde, porém respeitando a capacidade de gestão operacional destes, as características de cada região e em conformidade com o mercado de trabalho.

As instituições públicas do setor saúde deverão gerenciar o processo de recrutamento e seleção de pessoal, através de seus órgãos de recursos humanos, regionalizados e interinstitucionais, com a participação de segmentos organizados e representativos da comunidade.

O método e os critérios utilizados para recrutar e selecionar pessoal para os serviços devem ser transparentes, garantindo equitatividade e impedindo o clientelismo.

O processo de recrutamento e seleção deve ser regionalizado e descentralizado, objetivando o aproveitamento dos recursos humanos de cada localidade e contribuindo para sua racionalização e agilização.

É preciso que o recrutamento seja caracterizado como uma etapa pré-seletiva, verificando os pré-requisitos exigidos para a função, evitando-se assim o grande fluxo de candidatos que não apresentam requisitos compatíveis com os exigidos.

A forma de aferição de critérios deve ser repensada, de maneira a aproximá-la do perfil do profissional

necessário, tanto nos aspectos técnicos quanto na adequação à realidade dos serviços.

No que se refere aos concursos públicos, não existe uma política de integração dos que são realizados nos diferentes níveis e instituições de saúde, ocasionando um paralelismo dispendioso do ponto de vista econômico e operacional.

O concurso tende a funcionar como “trampolim”, propiciando a absorção de candidatos com um nível de formação superior ao requerido, que não se adaptam à função para a qual foram nomeados terminando por gerar distorções e prejuízos ao trabalho. Para solucionar este problema, propõe-se que os servidores cuja diplomação seja anterior ao ingresso no serviço público fiquem impedidos legalmente de mudar de cargo exceto através de novo concurso.

A admissão deve ocorrer sempre e somente via concurso público, estabelecendo-se canais de controle e fiscalização desta medida pelos órgãos representativos de classe e da população.

O concurso público deverá ser planejado cuidadosamente de forma a se ter o maior nível possível de garantia de que os aprovados tenham o perfil necessário aos serviços.

Em regiões do interior, onde houver dificuldades de recrutar profissionais de nível superior, o concurso público deverá ser realizado em ocasião e com edital distintos dos concursos da metrópole. Os critérios, no primeiro caso, devem verificar, através de técnicas de entrevista, de dinâmica de grupos etc., entre outros fatores, o interesse e o compromisso real de permanência do candidato na área.

Além disso, o concurso público deve:

- ser regionalizado, em coerência com o recrutamento, e viabilizado por uma estrutura de órgãos de RH descentralizados;

- possuir um caráter menos acadêmico e mais voltado para a realidade do trabalho;

- garantir através dos instrumentos que forem necessários (prova escrita, prática, entrevista etc.) a avaliação de todos os pré-requisitos exigidos para a função, evitando-se assim a admissão de profissionais sem a habilitação completa (teórico e não prática, por exemplo);

- restringir o prazo de validade do concurso para 1 ano prorrogável por mais 1, de modo a gerar dinamismo nas admissões e na identificação e transformação do perfil do profissional exigido pelos serviços;

- ser precedido de processo de transposição para o preenchimento de um percentual do total de vagas, sendo aberto aos servidores efetivos que estejam ocupando cargos diferentes daqueles para os quais estejam habilitados. O decreto que regulamentará o processo de transposição deverá fixar o percentual citado, embora não se tenha uma proposta concreta hoje. Os detentores de emprego admitidos sem processo seletivo devem se submeter a concurso externo. (1)

- dispor, já no edital de abertura, as atribuições dos cargos oferecidos e o tempo mínimo de permanência, a partir do ingresso, no cargo e no local de lotação. O tempo mínimo fixado deverá ser de 2 anos.

### **1.3 - O Treinamento de Ingresso**

O treinamento de ingresso deve ser repensado na perspectiva da implantação do Sistema Único de Saúde

---

(1) Nota dos Redatores: a proposição contida nesse parágrafo é contraditória àquela do 2º parágrafo desta página. Porém ambas foram aprovadas em plenária e por este motivo são mantidas neste relatório.

encaminhando as ações na direção de um trabalho conjunto das instituições do setor.

O treinamento de ingresso deve cumprir dois objetivos:

- a) Ambientação – com a finalidade de introduzir o indivíduo na organização;
- b) Integração – com a finalidade de instrumentar o indivíduo em relação à sua área específica de atuação, preparando-o para o exercício da função.

Quanto ao conteúdo, o treinamento de ingresso deve propiciar o conhecimento ao recém-admitido, do quadro sanitário do país e da região de atuação, da forma de organização da instituição, dos programas por ela desenvolvidos, das atribuições e rotinas de trabalho específicas ao cargo e as relações funcionais entre os diferentes níveis de complexidade de atenção à saúde. Além disso, devem ser conteúdos de destaque os direitos e deveres do servidor, a conscientização de seu papel social frente aos usuários do serviço e os direitos destes usuários.

No que se refere à metodologia, propõe-se:

- o planejamento e execução por equipes multiprofissionais e interinstitucionais, capacitadas segundo os princípios técnicos e pedagógicos adotados no treinamento;
- que o treinamento de ingresso seja o momento inicial de um processo de educação continuada, viabilizado por mecanismos efetivos de supervisão e não uma atividade isolada e esporádica;
- utilização de princípios pedagógicos que tomem como referência a realidade e o saber dos treinandos e que promovam a integração dos conteúdos;
- seja teórico-prático, com momentos de concentração e dispersão, de modo que a parte prática seja desenvolvida na rede de serviços da região;
- voltado para todos os cargos e funções.

Ressalta-se a necessidade de realização do treinamento de ingresso, não obstante as pressões comumente exercidas no sentido do imediato aproveitamento do recém-admitido. É nele que a instituição explicita claramente as atribuições do contratado e qual o trabalho que ele deve fazer, em troca do salário e outros direitos.

#### **1.4 - Estágio Probatório**

Os estágios probatórios, praticamente só existem como mera formalidade. A instituição, via de regra, não define suas finalidades ou não as operacionaliza. Pelo lado do servidor, tem sido encarado apenas como um período de espera até que seja efetivado.

Em função desta indefinição, não há uma distinção mais clara entre a função do treinamento de ingresso e do estágio probatório, ocorrendo uma sobreposição entre os limites de um e outro e o tempo de duração do estágio é aleatório nas diversas instituições, não obedecendo a critérios comuns.

Além disso, pode prestar-se a ser instrumento de arbítrio da administração para práticas clientelistas ou de “servilização” do funcionário durante a sua ocorrência.

Ocorre também um desconhecimento e despreparo das chefias em relação ao papel que devem exercer de gerentes e agentes de recursos humanos.

Por outro lado, fica dificultado o resgate deste papel das chefias, na medida em que muitas delas são instituídas de forma clientelista, não estando motivadas para as funções que deveriam desempenhar. Tal fato dificulta os mecanismos e distorce os objetivos da avaliação de desempenho durante o estágio probatório.

Face a esta situação, propõe-se, em relação aos objetivos do estágio probatório, que:

- seja parte do processo seletivo, com caráter eliminatório;
- vise a adaptação e integração do servidor à organização, oferecendo-lhe um suporte que permita o acompanhamento e a supervisão de suas dificuldades durante esta fase;
- possibilite que o servidor avalie e tenha avaliado seu desempenho e sua adequação às funções para as quais foi selecionado;
- subsidie o processo de educação continuada no sentido de apontar os aspectos a serem aprimorados na capacitação do servidor.

Nesse sentido, o treinamento de ingresso deve funcionar como um dos pontos de suporte para o estágio probatório, de forma que estas duas atividades forneçam dados de diagnóstico que se retroalimentem.

Em relação à avaliação do desempenho no estágio probatório, propõe-se que:

- seja feita segundo critérios relativos a responsabilidade, competência, assiduidade, pontualidade, dentre outros, devendo ser estes critérios de conhecimento prévio do avaliado;
- não ocorra somente no final do estágio mas que seja um processo dinâmico e permanente, que dê respostas eficazes às necessidades detectadas;
- se recupere o papel da chefia enquanto agente de recursos humanos, na avaliação de desempenho do servidor durante o estágio;
- o papel de avaliador seja exercido pela chefia imediata, com a assessoria do órgão de recursos humanos, e pela equipe multiprofissional que acompanham o treinamento de ingresso do servidor.

Quanto à duração, propõe-se que o estágio probatório seja reduzido para 90 dias.

### **1.5 - Salários, Jornada e Regime de Trabalho**

Os baixos salários dos trabalhadores de saúde não condizem com a responsabilidade de sua tarefa. Os salários, a jornada e o regime de trabalho apresentam variações bastante significativas entre as instituições e regiões. Mesmo internamente a uma instituição, ocorrem estas disparidades provocadas pelos diferentes vínculos empregatícios e pelos desvios de função.

Os salários iniciais são, por vezes, iguais ou maiores do que os salários dos servidores que já se encontram por longos períodos prestando serviços nas instituições.

Os processos de administração de pessoal não se preocupam em desenvolver mecanismos de estímulo ao compromisso social do servidor, restringindo-se geralmente à atividade de cunho salarial. Chama-se atenção para o cuidado de não distorcer essa questão, centrando as propostas unicamente em termos de isonomia salarial. Esse é certamente um fator importante e mobilizador mas não é o único. Também não se deve analisar a

questão do compromisso social como um fato unicamente individual, uma vez que existem determinantes estruturais importantes prejudicando, de forma concreta, as condições de trabalho. O compromisso social deve igualmente ser exigido ao nível dos órgãos de direção e da tecnoburocracia.

A resolução destes problemas encaminha-se para salário igual por níveis (elementar, médio e superior) com jornada de trabalho igual para todos, passando pela definição de um valor de referência para o piso salarial inicial, a partir do qual serão estruturados os demais níveis da carreira.

O valor de referência para o piso salarial será um salário mínimo real calculado pelo DIEESE. Para todos os profissionais de nível superior, propõe-se um mínimo inicial de 6 vezes o valor de referência.

Os reajustes salariais concedidos em cada unidade da federação devem ser corrigidos pelo maior reajuste concedido por qualquer uma delas.

As gratificações, ou remunerações adicionais, deverão orientar-se para a compensação salarial nos casos de:

- dedicação exclusiva;
- lotação em local prioritário para a política de saúde;
- distância do local de trabalho (interior, periferia);
- insalubridade.

Somente a dedicação exclusiva deverá ser incorporada ao salário do servidor. As demais gratificações deverão permanecer vinculadas ao cargo e recebidas pelo servidor que no momento o exerça.

O regime de trabalho e a duração da jornada devem ser definidas de acordo com o cuidado maior de garantir a existência de serviços de saúde em quantidade e qualidade conforme as necessidades da população.

O vínculo empregatício no setor público deve ser regulamentado por um regime jurídico específico e diferenciado do setor privado.

A efetivação destas propostas, organizadas em uma nova política salarial para o setor saúde, inicia-se pelo estabelecimento de isonomia e de pisos salariais condignos e deve viabilizar-se pela reforma tributária, que reorienta os recursos para os níveis municipal e estadual, e pela reforma fiscal, que retire o atual ônus tributário do trabalhador.

## **1.6 - Planos de Cargos e Salários**

Os cargos devem corresponder a profissões regulamentadas e de titulação reconhecidas. Os novos cargos que venham a ser criados por necessidade dos serviços deverão ter sua regulamentação e titulação providenciadas pelos órgãos de recursos humanos.

A progressão funcional deverá ser feita por pontuação. Aqueles que acumulam ao longo do tempo o maior número de pontos serão promovidos automaticamente de acordo com o número de vagas. Deverão ser considerados os seguintes critérios para pontuação:

- a) tempo de serviço;
- b) tempo e nível de interiorização;
- c) treinamentos e cursos realizados de acordo com a função em exercício;



- d) avaliação de desempenho individual (produtividade, frequência, qualidade de serviço);
- e) avaliação do desempenho grupal;
- f) avaliação do desempenho da unidade como um todo;
- g) avaliação dos indicadores de saúde locais;
- h) avaliação da comunidade.

Os cinco primeiros critérios contarão pontos individualmente; os demais serão contabilizados como aumentos percentuais sobre os pontos de todos os funcionários e também servirão para avaliação de chefias.

Em relação à transposição, propõe-se que tenha:

- como pré-requisitos: a formação e a habilitação profissional ao cargo pleiteado;
- como mecanismo: o concurso de transposição;
- como critério de desempate: o tempo de serviço;
- sua periodicidade determinada em função da vacância dos cargos.

Do ponto de vista dos serviços de saúde é necessário ainda desenvolver uma política de recursos humanos que ofereça condições de trabalho competitivas com as condições do setor privado, lembrando que os profissionais têm outras exigências além das compensações salariais, tais como valorização, prestígio etc. Esta política deverá também ensejar um melhor aproveitamento da força de trabalho de nível médio revendo desde os concursos que deverão usar critérios que contemplem as especificidades das habilitações profissionais reconhecidas pelos sistemas educacional e trabalhista – e não considere apenas a educação geral como acontece agora – até os níveis salariais destes trabalhadores.

A interiorização dos profissionais não pode ser vista isoladamente, tendo como referência só o próprio profissional. Ela passa também pela questão das políticas econômicas e sociais, pela modificação do mercado de trabalho, pela formulação de planos de cargos e salários e pela organização de um serviço que seja aparelhado tecnicamente para o desempenho do profissional.

### **1.7 - Avaliação de Desempenho**

Tal como é realizada atualmente, a avaliação de desempenho reduz-se a um formalismo cuja única importância é a sua utilização para a ascensão funcional. Sua imagem é de um mecanismo de punição ou mesmo de arbítrio. Habitualmente é feita isolando o servidor de suas condições objetivas de trabalho e do contexto da instituição e, na maioria das vezes, unicamente pela chefia imediata, ficando restrita a seus critérios subjetivos.

Por outro lado, a avaliação de desempenho está desvinculada da avaliação qualitativa dos serviços prestados, considerando, quando muito, aspectos meramente quantitativos.

Muito embora esta aplicação restritiva, a avaliação de desempenho pode e deve constituir-se em um instrumento de maior utilidade, tanto no que se refere a medida do desempenho do indivíduo quanto na avaliação do modelo de organização dos serviços de saúde. O conjunto das avaliações de desempenho deve servir também como parâmetro de avaliação dos processos seletivos realizados pela organização.

A avaliação de desempenho tem também uma finalidade pedagógica, devendo realizar-se sistematicamente, de modo a subsidiar ações de recursos humanos, tais como: levantamento de necessidades de treinamento, educação continuada, ascensão e progressão funcional, remoção e outros.

Nesta direção, a avaliação de desempenho deve contemplar a eficiência e a eficácia relacionando o desempenho do indivíduo à qualidade e resolutividade dos serviços inferidas pelo tipo de resposta dada pela população usuária entre outros indicadores. A avaliação do indivíduo deve ser feita em grupo, considerando a sua contribuição à produção da equipe, resgatando assim o sentido coletivo do trabalho.

Poderão ser criados ou aperfeiçoados, no caso de já existirem, mecanismos que viabilizem a participação da população nas avaliações dos serviços prestados e do trabalho executado pelos servidores.

A avaliação deve ser feita pela equipe e em grupo, analisando a capacitação dos seus componentes, a produtividade, o compromisso com a comunidade, e as condições de trabalho, dentre outros.

Observação: Tendo em vista que esta proposta foi apenas esboçada, propõe-se que seja definida operacionalmente, testada e avaliada em alguma região/estado, e que se promova a discussão desta experiência.

## **1.8 - Quadros de Lotação e Remanejamento de Pessoal**

Os quadros de lotação de pessoal, quando existem, não estão ajustados às necessidades dos serviços e não são avaliados nem tampouco atualizados. Para o seu preenchimento, há uma evidente dificuldade para alocar pessoal, especialmente nas cidades distantes, nas periferias das grandes cidades e na zona rural.

A movimentação interna a estes quadros se dá por remanejamentos realizados segundo interesses diversos, na maioria das vezes não subordinados às necessidades dos serviços e muito freqüentemente de cunho político-clientelista.

Portanto, coloca-se a necessidade de estudos que determinem quadros de lotação específicos por unidade, considerando como critérios, a demanda, a capacidade instalada da unidade e da área, os programas implantados, a resolutividade e as características da população alvo. Tais quadros devem ter um caráter dinâmico e serem passíveis de avaliação e atualização permanente.

Propõe-se que os estudos referidos sejam realizados pelos órgãos de recursos humanos em conjunto com outros setores da instituição, ligados à administração de pessoal e à prestação direta dos serviços.

As conclusões destes estudos deverão conduzir à relocação de pessoal do setor saúde, de acordo com os novos quadros.

Por parte dos servidores, a resistência ao cumprimento do horário, as condições adversas de trabalho e a distância entre moradia e local de trabalho são os fatores que mais determinam os pedidos de remanejamento.

A inexistência de critérios adequados para respostas a esta demanda gera uma disfuncionalidade nos serviços, expressa por uma grande concentração, nos quadros de pessoal dos níveis centrais e esvaziamento dos periféricos.

O remanejamento de pessoal deverá orientar-se segundo critérios que atendam prioritariamente às necessidades dos serviços (a exemplo daqueles referidos para a definição dos quadros de pessoal), procurando compatibilizá-los com as necessidades do servidor e considerando a sua avaliação de desempenho (não a que atualmente existe, mas a que está sendo proposta).

Propõe-se ainda que o remanejamento sempre anteceda os concursos públicos e que as decisões relativas a ele sejam tomadas pelo órgão de recursos humanos em conjunto com as chefias.

## **1.9 - A Equipe de Saúde e o Desafio da Nova Gerência dos Serviços**

Constata-se atualmente um quadro de generalizado descrédito da população e um estado permanente de desmotivação e desvalorização dos servidores públicos, associado a uma concepção deteriorada de **serviços públicos** que, enseja o oportunismo e o empreguismo, não incentiva o trabalho e não favorece a participação da população usuária.

Nesse sentido e na perspectiva da reforma sanitária cujo objetivo básico é a reformulação do sistema de saúde, se considera imprescindível a democratização das instituições de saúde e do sistema como um todo com a participação efetiva dos profissionais e da população em todas as instâncias do sistema, desde o planejamento até a avaliação das ações desenvolvidas.

A operacionalização desta premissa torna imperativa a definição de uma Política de Recursos Humanos que valorize o servidor e que seja componente de uma Política de Saúde elaborada de acordo com as reais necessidades da população.

### **1.9.1 - A Equipe de Saúde**

Atualmente, o saber da área da saúde está fragmentado em campos profissionais, fazendo com que cada profissional domine apenas uma parcela do conhecimento necessário à atenção a saúde. Além desta divisão técnica, ocorre uma divisão social do trabalho manifesta pela repartição das tarefas em diferentes níveis de complexidade, o que determina uma hierarquização dos profissionais da área. Tal distribuição do conhecimento científico alija, em grau crescente, a população do saber sobre sua própria saúde.

É inevitável e necessário, portanto, que a produção de serviços de saúde se realize em bases coletivas, sendo a equipe de saúde, e não os profissionais isolados, a unidade produtora destes serviços.

A composição, capacitação e organização das equipes de saúde deverão ser planejadas segundo o diagnóstico das necessidades de saúde da população.

A composição destas equipes deverá ser multiprofissional, de forma a garantir a complementariedade das diferentes funções e os parâmetros usados para distribuição dos profissionais segundo o número de leitos, população etc., devem ser revistos.

Faz-se necessária também a criação de condições favoráveis que permitam o envolvimento de todos os trabalhadores de saúde dos diversos níveis, para que o saber, o conhecimento e a informação sejam horizontalizados, garantindo que a democratização do saber se processe na prática das ações de saúde, sendo compartilhada com a população.

### **1.9.2 - O Desafio da Nova Gerência dos Serviços**

A idealização e o planejamento do novo Sistema de Saúde, por si só, não garantem a sua concretização. Uma das principais condições para que isto ocorra será a existência de suficiente decisão e competência de modo a ser possível derrubar as velhas estruturas, ao tempo em que se edificam as novas. Este é o principal desafio da nova gerência.

Um novo Sistema de Saúde supõe e necessita de uma nova prática de gerência. Nova desde a maneira pela qual será instituída esta gerência, até o tipo de ações através das quais desempenhará suas funções. Sua inserção organizacional deverá ser feita de forma a lhe conferir autonomia de decisão e recursos para a ação.

Nesse sentido, a gerência dos serviços de saúde deve zelar pela multiprofissionalidade das equipes, bem como garantir o acompanhamento da programação das ações de saúde e da destinação dos recursos financeiros dentro do plano de saúde que, por sua vez, estará de acordo com a Política de Saúde.

A avaliação sistemática da resolutividade das ações assim como o retorno desta avaliação poderão ser realizados através da supervisão que pode se constituir num importante instrumento da nova prática de gerência.

Desta forma, um importante componente da supervisão passa a ser seu caráter pedagógico-reflexivo o qual se viabiliza através de um processo contínuo de ensino-aprendizagem.

Para que a supervisão se constitua num processo de avaliação da resolutividade do trabalho coletivo em saúde, é necessário que se contemple a qualificação do supervisor, principalmente no que se refere ao conteúdo técnico, mas também em aspectos pedagógicos e administrativos.

Propõe-se, ainda, que o acesso a cargos de direção, de coordenação e chefias deve se dar de forma democrática, por eleição direta dentre os servidores das instituições, e com avaliação e possibilidade de destituição dos cargos pelos mesmos. Adotar-se-á como pré-requisitos a competência técnica, as experiências profissionais específicas, o compromisso com o planejamento do novo sistema de saúde, a capacidade de decisão e a capacidade de coordenação de equipe.

Para que as instâncias gestoras sejam efetivadas e legitimadas, propõe-se a sua ampliação, com garantia de participação e representação aos profissionais de saúde e à população organizada. Da mesma forma, deverá se estimular a criação e a implementação dos Conselhos Comunitários de Saúde.

## **2. PREPARAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS**

### **2.1 - Formação e Aprimoramento de Pessoal dos Níveis Médio e Elementar**

#### **2.1.1 - Articulação entre o Setor Educacional e Instituições Prestadoras de Serviços**

A Relação entre órgãos formadores e instituições prestadoras de serviços apresentam alguns entraves, entre eles:

- ausência de objetivos comuns entre instituições envolvidas com a formação e com os serviços;
- as AIS, embora assumidas como a estratégia viável para a criação do Sistema Unificado de Saúde, não vêm respondendo, na prática, a necessidade de integração saúde/educação no que diz respeito à formação de RH (nível médio e elementar);
- o desenvolvimento de RH, embora considerado prioridade a nível de discurso, na prática não é assumido como tal;
- o setor educacional, historicamente, não tem respondido às necessidades de profissionalização para o setor saúde em função da pequena oferta de vagas e da inadequação curricular à realidade dos serviços;
- a lógica privatizante do setor educacional tem bloqueado, em alguns estados, a consolidação de centros formadores de RH criados pelo setor saúde a partir de sua necessidade e realidade;

- a ausência de uma participação efetiva das instituições prestadoras de serviços de saúde junto ao setor educacional tem causado e consolidado distorções entre o perfil do profissional formado e aquele que atenderia às reais necessidades dos serviços, marcadamente do setor público de saúde.

Frente a este quadro, propõe-se viabilizar, a nível estadual, a articulação interinstitucional para a criação de uma política de RH com vistas à Reforma Sanitária. Tal articulação se daria através da criação de comissões ou GT constituídas por representações dos diversos órgãos dos setores de saúde, educação e trabalho, articuladas às CIS. Propõe-se também que o setor saúde oriente os conteúdos curriculares a serem implementados pelo sistema educacional.

### **2.1.2 - Formação e Educação Continuada**

No atual quadro de formação e aprimoramento de pessoal de níveis médio e elementar, verifica-se a seguinte situação:

- os profissionais formados pelo sistema educacional não vêm atendendo as reais necessidades do setor saúde, visto que sua formação é distorcida e divorciada da prática desenvolvida nos serviços;

- o setor educacional oferece o exame de suplência, como mecanismo de titulação, principalmente na área de enfermagem. Os referidos exames conferem qualificação e habilitação e, do ponto de vista dos serviços, não medem a capacidade técnica do habilitado frente à complexidade da assistência prestada à população. Em consequência disto, a absorção de mão-de-obra gera distorções na qualidade do quadro de pessoal do setor;

- o processo de educação continuada vem ocorrendo através de pacotes emergenciais verticais que não atendem a realidade local dos serviços;

Em função do exposto, propõe-se:

- ação articulada entre Ministério da Saúde, Ministério do Trabalho e Ministério da Educação para estudo e avaliação de habilitações existentes e aprovadas pelo CFE e CEEs. Tal ação seria validada pelas comissões interinstitucionais de RH a nível dos estados;

- criação de Escolas Técnicas Públicas, de caráter multiprofissional e específicas para o setor saúde;

- o perfil dos profissionais de nível médio e elementar deverá atender às necessidades do setor saúde adequando-se à reorganização dos serviços com vistas à Reforma Sanitária, destacando-se o auxiliar de enfermagem;

- reconhecimento e fortalecimento dos Centros Formadores de RH para a saúde destinados a qualificação profissional atendendo as necessidades imediatas dos serviços e propiciando formação ao trabalhador que não teve oportunidade pela via regular;

- os conteúdos programáticos dessas qualificações deverão estar adequados às necessidades do serviço. O setor saúde deve participar de sua elaboração devendo contemplar a realidade político-social. Recomenda-se a metodologia que privilegie a integração ensino/serviço, permitindo o crescimento do “trabalhador/aluno” a fim de que entenda o processo em que está inserido;

- o processo deve ser descentralizado e voltado para as características e especificidades das unidades locais do setor;

- o Projeto Larga Escala como estratégia para formação de pessoal de nível médio e elementar já engajado na força de trabalho da saúde;

- extinguir o exame de suplência como mecanismo de habilitação profissional para a saúde;

- a educação continuada deve ser uma das estratégias que favorecem a reorganização dos serviços. Nesse sentido recomenda-se a atualização dos profissionais, através dela, visando à introdução de novas técnicas que garantam a melhoria de qualidade do desempenho profissional, propiciando a integração interprofissional e o trabalho coletivo;

- a educação continuada deverá ser planejada integrando o setor de serviços, o de desenvolvimento de RH das instituições de saúde e o setor formal de ensino;

- a educação continuada deve atender a necessidades específicas por área e categorias profissionais, sendo a supervisão o mecanismo que viabilize e identifique os problemas e que seja passível de avaliação e sistematização;

- que se produza material técnico e informativo para educação continuada do pessoal de nível médio, face a escassez do mesmo.

### **2.1.3 - Inserção do Profissional de Nível Médio e Elementar no Mercado de Trabalho**

Quanto à inserção do profissional de nível médio e elementar no mercado de trabalho, a situação atual é semelhante ao diagnosticado anteriormente, e as diretrizes devem ser aquelas propostas no Tema 1. Valorização do Profissional.

Vale ressaltar, entretanto, o baixo investimento na formação de pessoal de nível médio contrastando com a grande necessidade destes profissionais na área dos serviços, destacando-se os auxiliares e técnicas de enfermagem, de patologia clínica, de administração, estatística, arquivo médico, saneamento, higiene oral, vigilância sanitária e epidemiologia, entre outros.

Em conseqüência, a oferta destes profissionais é escassa no mercado e a formação que possuem, obtida muitas vezes através do exame de suplência, é precária e não serve aos serviços.

Os cargos de nível médio existem, nos quadros de lotação, mas são, via de regra, ocupados por pessoal sem a devida formação, uma estratégia, de prática clientelística de dar melhores salários ao pessoal de nível elementar sem qualificação.

Por outro lado, os baixos salários e a aspiração pela formação superior, característica de nossa sociedade cartorial que valoriza o diploma e não o trabalho, não estimulam a procura das profissões de nível médio.

Parece estratégico que, nesse momento, a iniciativa de cursos deve partir das instituições de prestação de serviço, buscando integração com Universidades e Secretarias de Educação no sentido de redimensionar os currículos em termos de conteúdo teórico e resolutividade das ações de nível primário, secundário e terciário, da concepção de saúde/doença, da interligação entre ciclos básicos e profissionais, dos métodos de ensino e do compromisso social com os interesses da população.

No âmbito das instituições de saúde, deve-se, ainda, garantir o desenvolvimento de programas de educação continuada, estabelecendo-se mecanismos que assegurem a concretização da reciclagem permanente dos trabalhadores de saúde e o retorno desse conhecimento à prática de saúde nos serviços públicos.

## **2.2 - Ensino de Graduação**

### **2.2.1 - Diagnóstico das Instituições de Ensino**

As Instituições de Ensino Superior (IES), regidas pelas leis do Estado, têm uma estrutura que é complexa, autoritária, burocrática e uma postura claramente centralizadora. As Universidades, em sua composição, mantêm uma estrutura de aglomerados.

As IES na sua generalidade espelham e reproduzem a estrutura de classes que as mantêm, estando desvinculadas do real social, apresentam-se fechadas, mantendo cursos criados em função de seus grupos ou classes hegemônicas.

As IES sofrem um processo de “sucateamento” nos planos físicos e material, que se reflete na prática didático-pedagógica.

As modificações propostas têm se restringido a mudanças curriculares, conduzidas superficialmente, baseadas na troca de nomes de disciplinas, sem mudanças de programas ou de práticas pedagógicas, na sua maioria conduzidas de forma autoritária.

As IES na área da saúde ao servirem aos interesses das classes dominantes afastam-se cada vez mais dos problemas do conjunto da população. Disso resulta uma disjunção teórico-prática com enfoque claramente individualista, hospitalar e privatizante.

A atual estrutura de créditos tem gerado uma pulverização do concreto a ser transmitido, tanto no que diz respeito a departamentos como a disciplinas, levando a desintegração horizontal e vertical dos currículos.

### **2.2.2 - Proposições**

O problema da educação deve ser entendido como político, portanto a discussão passa por questões que vão desde a priorização do setor, até a ampla discussão do modelo de universidade a ser proposto e que tipo de educação queremos. Neste sentido, a nível geral, propomos que:

- a educação deve ser pública e gratuita, garantida a todos os indivíduos em todos os níveis;
- as IES devem ser democratizadas no sentido da eleição dos seus dirigentes e das suas decisões. Devem ser autônomas em relação aos orçamentos, sendo financiadas pelo Estado e permitindo autonomia administrativa e política;
- as IES devem ser regionalizadas, no sentido de buscar integração com a sociedade que as cercam, sem perder com isso o prisma da universalização do conhecimento;
- o processo educativo deve começar e terminar na sociedade. Esta deve formular, inclusive, mecanismos de controle do produto final das IES;
- a saúde deve ser apreendida pela universidade como resultante de um processo de determinação social e, portanto, deve ser abordada multiprofissionalmente. Estas profissões determinadas pela divisão técnica do trabalho devem ter a saúde como objeto comum, que ultrapassa a visão da área biológica;
- a inserção concreta de profissionais de diversas áreas não é a simples colocação destes em cursos específicos, mas passa necessariamente pela questão de um novo objeto para a educação em saúde. Este objeto

deve ser o homem em sua plenitude de ser social que só pode ser apreendido através da saída da universidade dos seus muros, com concomitante mudança na sua prática pedagógica. Tal mudança passa pelo contato precoce do aluno com o homem, ser social e objeto de estudo a ser construído enquanto processo;

- as IES devem entender educação no seu sentido amplo, não apenas como repasse de conhecimento técnico adquirido. É fundamental o entendimento do papel social do trabalho e o efetivo cumprimento das funções de ensino, pesquisa e extensão;

- as IES devem buscar na sociedade a sua nova concepção de saúde. A inserção dos profissionais deve ter como base uma nova estrutura de serviços, que deve ser reconstituída com a participação efetiva das IES e, dialeticamente, servir para as modificações principalmente dos perfis profissionais;

- os cursos de graduação devem ter terminalidade, no sentido de prepararem profissionais aptos para atenderem às necessidades da população;

- a construção de um novo objeto para a educação em saúde gera a necessidade de modificação da organização e da estrutura dos cursos. Deve começar pela alteração do ciclo básico comum a todos os cursos da área, e embasado na discussão da questão “saúde e sociedade”;

- a integralidade da área passa pela formação do profissional em sua plenitude, contemplando as questões sócio-culturais e a definição de seu papel técnico e social;

- a determinação de uma nova ética está intimamente ligada à construção deste objeto. Ela não deve mais ser essencialmente corporativa, mas direcionar-se em função de um compromisso com a sociedade;

- o ensino, especificamente, deve ganhar, com a dimensão social, um caráter histórico. Deve sair do hospital, enquanto único pólo formador, mas deve contemplar a formação de especialistas, para atendimentos mais complexos. Deve criar e manter um sistema de referência bem como perspectivas de avanço tecnológico;

- os perfis de formação devem ser construídos em conjunto pelos diversos profissionais da área e tendo como base a realidade social;

- a capacitação dos profissionais deve ser para atuação multiprofissional, bem como para a educativa, permitindo que a população tenha acesso a informações e conhecimentos, como pré-condição para que exerça seu controle sobre as ações dos professores e profissionais na área de saúde. Desta forma, será necessário preparar um profissional competente para atuar no sistema integrado de ações de nível primário, secundário e terciário, que valorize o trabalho multiprofissional e a atuação do pessoal de nível médio e elementar. Faz-se mister também que compreenda a especificidade das ações e a necessidade da não monopolização do conhecimento, que participe da educação continuada e procure pesquisar o objeto e as condições de sua prática profissional;

- rediscutir o papel e as atribuições de ensino, pesquisa e assistência dos departamentos das escolas, bem como rediscutir os critérios de ascensão na carreira docente, incluindo as práticas assistenciais junto às exigências de ensino e pesquisa;

- evitar a especialização precoce, estabelecendo-se normas que obriguem à alternância de períodos de formação e períodos de prestação de serviços por parte dos profissionais;

- ao entendermos como político o problema da educação, temos necessariamente que passar pela questão da Assembléia Nacional Constituinte.



Como o perfil dos profissionais está relacionado às exigências do mercado de trabalho, o desenvolvimento do Sistema Único de Saúde com subordinação do setor privado e acesso igual e universal a toda a população, influirá no processo de formação futura dos profissionais. As medidas efetivas da política de saúde têm mais força do que a intenção dos indivíduos.

## **2.3 - Educação Continuada para Pessoal de Nível Superior na Perspectiva dos Serviços**

### **2.3.1 - Conceituação**

Algumas colocações, ainda que superficiais, nos ajudam a chegar, por aproximação, ao conceito de Educação Continuada.

Conceitua-se Educação Continuada como processo organizado, permanente, sistemático, direcionado a clientes institucionais, com uma política de saúde definida tendo em vista a real necessidade dos usuários.

Ela surge da necessidade de passar informações contínuas, de atualizar, de renovar conceitos, mas não deve ser entendida como um substituto de lacunas ocorridas durante a graduação. Serve também para a adaptação do conhecimento técnico do profissional aos serviços da instituição e ao aprimoramento destes serviços.

No entanto, devido à distorção provocada na formação universitária pelas exigências do mercado profissional liberal, ainda por um bom tempo os egressos não responderão com muita adequação às demandas do setor público e da ação coletiva, e a educação continuada será obrigada a considerar prioritariamente essa questão.

A educação continuada nesse momento particular da reorganização do Sistema de Saúde deve ser um instrumento de reforço à ação articulada e hierarquizada interinstitucional, podendo, a médio prazo, interferir mais fortemente na graduação universitária.

### **2.3.2 - Modelos, Metodologia e Conteúdo**

Os programas de educação continuada, logicamente estão condicionados a realidades diversas e seus pressupostos dependem dos objetivos que se quer alcançar, da clientela abrangida, área geográfica, nível de atenção a saúde e outras variáveis. Por isso é que somente quando houver clareza da estratégia a ser adotada é que se definirão métodos e conteúdos os quais concretizarão os modelos de atuação.

De qualquer modo, dadas as experiências já em andamento levanta-se aqui um rol de questões apenas a título de identificação:

a) os conteúdos podem ser técnicos, políticos, institucionais e organizacionais, e podem ou não serem trabalhados em módulos;

b) identifica-se a possibilidade de introduzir os estágios ou cursos externos como parte do processo de educação continuada, mas pode-se levar em conta o limite dessas ações, muitas vezes incompatíveis e inadequadas aos serviços prestados;

c) o núcleo responsável pela educação continuada deve fazer um balanço crítico e definir conteúdos que levem em conta: interesse dos usuários; interesse de instituições; interesse de profissionais;

d) o conteúdo deve contemplar questões técnicas para categorias profissionais específicas e questões gerais para as equipes de saúde;

e) devem ser utilizados todos os veículos de divulgação disponíveis, desde o material escrito até a comunicação verbal. Deve haver uma preocupação com a credibilidade e qualidade das informações veiculadas, devendo estas estarem calcadas nas experiências práticas dos serviços;

f) vale, para o nível superior, as mesmas recomendações a respeito do papel da supervisão, sistema de referência e articulação com as instituições de ensino expressadas para o nível médio e elementar.

### **2.3.3 - Estratégias e Propostas**

Há necessidade de pensar estratégias nacionais, estaduais e municipais, visando à reforma sanitária. Nesse sentido, propõe-se:

- ações mais localizadas onde hajam condições institucionais mais favoráveis;
- maior envolvimento das entidades da sociedade civil e das instituições neste processo, comprometendo as CIS, CRIS, CIMS e CLIS, na perspectiva do Sistema Único de Saúde;
- criação de grupos interinstitucionais de RH nos Estados em que ainda não existam, a fim de que incentivem ou dêem continuidade a processos de educação continuada;
- os processos de educação continuada poderão ser facilitados através de autonomia administrativa e financeira de nível local, descentralizando o poder de decisão;
- criação de órgão de referência localizado no Ministério da Saúde e/ou CIPLAN como um núcleo armazenador de informações sobre as ações de educação continuada, promovendo intercâmbio dos mesmos;
- vincular a educação continuada a planos de cargos e salários, garantindo o registro e a incorporação dos benefícios para os profissionais envolvidos neste processo e visando à ascensão funcional;
- programas específicos de educação continuada para categorias profissionais e programas multiprofissionais para a equipe de saúde devem ser de competência dos níveis local e regional.

## **2.4 - Capacitação de Recursos Humanos para a Saúde após a Graduação**

### **2.4.1 - Introdução**

A formação de recursos humanos para a saúde deve ser pensada como um todo, em que as características dos diversos níveis e as especificidades profissionais e multiprofissionais sejam estabelecidas em conjunto, tomando por referência a implantação de um Sistema Único de Saúde com as características definidas pela 8ª Conferência Nacional de Saúde.

As diretrizes a serem propostas para a capacitação após a graduação pressupõem que os profissionais egressos dos cursos de graduação tenham explicitado um padrão de terminalidade que os capacite ao exercício das atividades básicas, em todo território brasileiro e ao reconhecimento permanente das necessidades de saúde da população. A obtenção desse produto deve estar embasada na integração das atividades profissionalizantes com as instituições prestadoras de serviços de saúde. Este padrão de terminalidade, por sua vez, deve significar o início de um processo permanente de educação continuada e conter os pré-requisitos necessários à formação pós-graduada.

Dado um produto dos cursos de graduação com essas características gerais, a formação ulterior deve ser definida em função das necessidades do Sistema Único de Saúde de dispor de profissionais e equipes qualificadas para dar conta, de modo eficiente (em termos de custos) e eficaz (em termos de resultados), de questões específicas referentes a problemas menos freqüentes. A estruturação do Sistema em níveis hierarquizados de atenção à saúde deve fornecer, os critérios, conforme os quais as necessidades quantitativas e qualitativas de formação posterior à graduação devem ser conhecidas e atendidas.

Essas necessidades de formação ulterior são distintas das necessidades permanentes de atualização dos profissionais em serviço, que são atendidas através dos programas de educação continuada.

A formação ulterior prioritariamente dita deve contemplar dois níveis de necessidades:

a) em primeiro lugar, o aprofundamento predominantemente vertical de conhecimentos e competências técnicas a que se chamará genericamente Especialização, orientado para o atendimento de necessidades diretas de prestação de serviços;

b) em segundo lugar, o aprofundamento simetricamente vertical e horizontal de conhecimentos e competências técnicas a que se chamará genericamente Pós-graduação, orientado para o atendimento de necessidades indiretas da prestação de serviços, pesquisa e docência.

É fundamental que estes níveis de capacitação estejam orientados e integrados, guardando, porém, as especificidades decorrentes de sua relação direta ou indireta, com a estrutura de produção de serviços.

#### **2.4.2 - A Especialização**

A especialização deve atender os seguintes pressupostos gerais, correspondentes a suas funções e à sua integração no Sistema Único de Saúde:

a) a quantidade e a qualidade de profissionais, a serem especializados, devem obedecer antes às necessidades de prestação de serviços do sistema como um todo do que à diversificação do desenvolvimento científico, da produção de equipamentos, ou à demanda dos profissionais isoladamente. Essas outras esferas de geração de demandas devem ser atendidas à medida em que não impliquem em perda da efetividade ou da eficiência do sistema como um todo;

b) compreendendo-se que as necessidades do Sistema Único se diferenciam regionalmente, assim também deve diferenciar-se a quantidade e a qualidade de especialistas a serem formados conforme essas particularidades regionais;

c) a duração da formação especializada deve diferenciar-se conforme a complexidade dos conhecimentos e técnicos de cada área específica de especialização. Deve também adequar-se prioritariamente às necessidades do Sistema Único, devendo ser continuamente reavaliada em função da dinâmica dessas necessidades. Deve evitar-se, desta maneira, a fixação de critérios permanentes referentes à qualidade, à quantidade e à duração dos Cursos de Especialização. A flexibilidade necessária desses critérios deve estar vinculada à dinâmica do Sistema Único de Saúde, e em última instância à dinâmica das necessidades de saúde da população;

d) a especialização não deve associar-se a diferenças de remuneração, com o que se manteriam os estímulos à sua multiplicação indiscriminada. O princípio da isonomia salarial deve ser utilizado para remunerar a força de trabalho especializada e não especializada. Desta forma, se promove o desenvolvimento das especificidades e complexidades do trabalho não especializado e a manutenção dos profissionais neste nível de prática, à medida em que corresponde às necessidades mais importantes do Sistema Único de Saúde;

e) a prática do especialista deve dar-se, em graus variáveis conforme a especificidade de cada área, através do desempenho em equipes multiprofissionais. Visa-se, deste modo, corresponder às múltiplas dimensões dos problemas a partir dos quais é gerada a necessidade de especialização;

f) a especialização deve dar-se através de práticas integradas nos dispositivos institucionais do Sistema Único de Saúde. A participação dos profissionais dos serviços nessas práticas – do nível auxiliar ao nível de execução – deve ser motivada e estimulada em termos efetivos;

g) a especialização deve atender todas as necessidades da estrutura de serviços do Sistema Único de Saúde. Por isso deve ser compreendida em função dessas necessidades e não apenas em função de demandas profissionais. Desta forma, a identificação de um problema que demande trabalhos especializados deve permitir discriminar quais profissionais devem ser especializados e a quais tarefas devem ser capacitados. Deve incluir-se, nesta ordem de idéias, a especialização de profissionais de atuação indireta nos serviços, como os que atuam no apoio técnico (farmacêuticos, por exemplo) e administrativo (profissionais da área de recursos humanos, por exemplo) de nível superior;

h) a realidade dos cursos de especialização, que atendem os pressupostos aqui enunciados, pressupõe a efetiva integração dos órgãos formadores aos serviços, da mesma forma que para a formação em nível de graduação;

i) especificamente na área médica, a especialização através de cursos de dedicação exclusiva que adotam o treinamento em serviços como atividade predominante, e obedecendo ao conjunto de regulamentos que se associe ao termo “Residência” deve ser mantida como forma de especialização, ainda que a duração global dos cursos deva ser continuamente reavaliada em função das necessidades do Sistema Único de Saúde. A extensão desta forma de especialização – a Residência – a outros profissionais deve ser utilizada sempre que suas características sejam adequadas à obtenção do produto final desejado. Enfatiza-se a inadequação de cursos destituídos das características da “Residência” como forma de especialização de profissionais médicos das áreas clínicas.

### **2.4.3 - A Pós-graduação**

A pós-graduação deve flexibilizar-se em termos de conteúdos e direção, de modo a permitir atender adequada e simultaneamente às especificidades das demandas originadas no Sistema Único de Saúde e que dizem respeito à capacitação para docência e pesquisa. Três tipos gerais de demanda devem ser atendidos prioritariamente como estratégia de desenvolvimento do Sistema:

1º) a formação dos quadros das instituições, encarregados da formação de novos profissionais nos níveis de graduação, especialização e pós-graduação;

2º) a formação dos profissionais que compõem os quadros das instituições prestadoras de serviços, encarregadas da realização da pesquisa intermediária que permita a reavaliação e a readequação contínuas dos serviços, e a disseminação do conhecimento crítico que dê ao Sistema o dinamismo que corresponda às necessidades de saúde da população;

3º) a formação de quadros de instituições de pesquisa, envolvidos indiretamente com a docência e a execução dos serviços.

Ficam em aberto, para estudos posteriores, as questões referentes à titulação, recomendando-se que as denominações atuais, Mestrado e Doutorado, devam ser mantidas ou diversificadas em função do atendimento a estes pressupostos e, ao mesmo tempo, da necessidade premente de qualificação acelerada como estratégia inicial do desenvolvimento do Sistema Único de Saúde.

Por último, deve-se criar formas de estímulo e condições para que os profissionais oriundos dos serviços se interessem e possam fazer estudos de especialização e pós-graduação.

#### **2.4.4 - Os Docentes das Instituições Formadoras**

Especificamente em relação aos professores universitários, os seguintes pressupostos foram identificados como necessários à sua formação pós-graduada:

a) a construção de um compromisso efetivo com as necessidades de saúde da população através de sua integração mais direta no Sistema Único de Saúde. Não se deve compreender esta recomendação como de natureza moral, mas como referida a um conjunto de condições de trabalho e de estímulos que efetivamente gerem e mantenham aquele compromisso;

b) a necessidade de compatibilizar abrangência de conhecimento com profundidade em áreas específicas, de tal forma a dar conta da formação em nível de graduação que atenda às características descritas no subtema 2.2 deste relatório. A visão integral do objeto da prática em suas múltiplas dimensões deve ser o critério que orienta a formação pós-graduada;

c) a necessidade de abrangência não deve ser compreendida como simplificação técnica, mas pelo contrário, deve ser garantida à formação pós-graduada a excelência técnica, através de dedicação exclusiva para docentes e pós-graduados e da dotação das universidades de bibliotecas, laboratórios e instrumentos, capazes de contribuir para o alcance dessa excelência. Em nenhum momento, contudo, deve-se deixar de tomar as necessidades do Sistema Único de Saúde como critério que defina a quantidade e a qualidade desses equipamentos;

d) é absolutamente necessária para a viabilização desta estratégia a remuneração condigna de docentes e pós-graduados;

e) as necessidades qualitativas e quantitativas do Sistema Único de Saúde devem definir as dimensões e as características do processo de formação de docentes. Por outro lado, é necessário contar com uma política de incorporação dos egressos às instituições formadoras;

f) implementar em todas as áreas de formação pós-graduada de docentes, mecanismos de qualificação pedagógica que os capacitem ao exercício eficaz da docência;

g) contar com uma política explícita de fomento da pesquisa orientada para as necessidades do Sistema Único de Saúde, como forma de vincular e integrar também a formação pós-graduada de docentes àquele Sistema. Esta deve ocorrer na medida em que se entende que a realização de pesquisa é atividade fundamentalmente necessária à formação e à execução de tarefas docentes em nível superior.

#### **2.4.5 - Os Docentes das Instituições de Serviços**

Especificamente em relação ao profissional das instituições de serviços que devem ser formados para atender às necessidades de pesquisa e docência de suas instituições, identificaram-se os seguintes pressupostos:

a) o acesso aos cursos de pós-graduação deve ser definido a nível dos próprios serviços, em função de suas necessidades, ressalvados pré-requisitos mínimos a serem definidos pela universidade;

b) a formação pedagógica necessária deve levar em consideração as peculiaridades do tipo de necessi-

dade docente dos serviços, referidas à atualização permanente de conhecimentos a profissionais já formados e à reavaliação contínua da qualidade dos serviços produzidos.

## **2.5 - Integração Docente-Assistencial, Hospitais de Ensino/Centros de Saúde/Distritos-Escola**

### **2.5.1 - Conceituação**

Historicamente a Integração Docente-Assistencial (IDA), tem se apresentado como parte dos movimentos de reforma do ensino médico, como projeto de racionalização de recursos na área de ensino e prestação de serviços na saúde e como experiências de extensão ou extramuro das universidades.

Não há consenso acerca do conceito de IDA, porém as concepções, que emanam das experiências realizadas, apontam para:

- práticas extramuro dos Departamentos de Medicina Preventiva/Saúde Pública, com a intenção de reforçar ações de prevenção e de saúde pública;
- experiências de aprendizagem mais amplas que os estágios curriculares dos alunos;
- integração entre ensino e assistência no interior do próprio hospital de ensino;
- processo de transformação comportamental de docentes e alunos, que rejeitam as práticas assistenciais, principalmente ao nível primário;
- alternativa de atendimento da demanda dos serviços de saúde sem ampliação dos recursos das instituições públicas prestadoras de serviços;
- mecanismos de controle dos recursos destinados à assistência secundária e terciária;
- estratégia de transformação das práticas em saúde no que diz respeito as ações de ensino de aluno, reciclagem de profissionais, pesquisa e encaminhamento de pacientes, procurando, portanto, trocas reais de poder e saber entre docentes e profissionais;
- superação do caráter periférico dos projetos de Medicina Preventiva para populações de baixo poder aquisitivo.

### **2.5.2 - Dados de Diagnóstico das Propostas de IDA**

Entre os problemas e dificuldades identificados na concretização das propostas de IDA estão as seguintes:

- desintegração intra e interinstitucional, entre os serviços de saúde e entre serviços de saúde e escolas;
- alienação da escola no que diz respeito à realidade social;
- não discussão das propostas com docentes, alunos e profissionais;
- conflitos entre as propostas do Sistema Único de Saúde e a estrutura autoritária das escolas.

### 2.5.3 - Hospitais de Ensino

Analisando o papel que o hospital de ensino tem desempenhado na assistência e no ensino, constata-se que ele tem freqüentemente atendido pacientes que não interessam ao setor privado.

Além disso, os hospitais de ensino são mantidos por recursos públicos, mas acabam preparando profissionais para a rede privada de serviços de saúde, processo este muitas vezes sustentado pela maneira como se organizam os departamentos das escolas da área de saúde.

Para que esses hospitais assumam o papel que lhes cabe no Sistema Único de Saúde, algumas transformações se fazem necessárias. É sabido que essas transformações dependem de mudanças políticas que levem à priorização dos setores sociais na destinação de recursos orçamentários, superando a situação atual de insuficiência e concentração dos recursos públicos no setor privado de assistência. Dependem também de uma reforma tributária que contemple mais adequadamente as necessidades dos municípios e penalize mais o capital do que o trabalho.

### 2.5.4 - Proposições

A estratégia de integração docente assistencial, também denominada integração ensino-serviço, pode se constituir num importante mecanismo de reorganização dos serviços, vindo a contribuir de forma efetiva para a implantação e consolidação do novo sistema de saúde, principalmente tendo em vista suas prioridades de aproximar o ensino da realidade social, transformando, por um lado, a forma de prestar serviços de saúde, e por outro, as práticas das instituições de ensino.

Para o desempenho deste papel, os hospitais de ensino, os centros de saúde escola, distritos-escolas e outras formas de integração ensino-serviço terão que necessariamente estar representados nas Comissões Interinstitucionais de Saúde em seus diversos níveis (CIS, CRIS, CIMS e CLIS).

Além disso, para a operacionalização desta função transformadora das estratégias de IDA, identifica-se algumas diretrizes:

- transformação dos serviços de saúde para que também façam pesquisa e ensino;
- inclusão do hospital de ensino no Sistema Único de Saúde;
- emprego único para profissionais dos serviços de saúde e das escolas da área de saúde;
- democratização das estruturas dos serviços de saúde e das instituições de ensino;
- discussão do Sistema Único de Saúde e da questão de recursos humanos nos serviços de saúde e nas instituições de ensino;
- uniformização das condutas na assistência à saúde;
- reforma curricular e implantação de novas práticas pedagógicas nas instituições de ensino;
- participação das instituições de ensino nas CIS, CRIS, CIMS e CLIS, no planejamento da assistência e na definição dos mecanismos de financiamento do Sistema Único de Saúde, onde se inclui o hospital de ensino;

- estabelecimento de convênios definindo as obrigações de cada instituição;
- definição das condições de trabalho e das carreiras de docentes e profissionais de saúde, permitindo competitividade de trabalho de docência e de assistência do setor público com o setor privado.

### **3 - ÓRGÃOS DE DESENVOLVIMENTO DE RECURSOS HUMANOS PARA A SAÚDE - AS ESTRATÉGIAS DE INTEGRAÇÃO INTERINSTITUCIONAL**

#### **3.1 - Análise da Situação Atual**

A política norteadora do Desenvolvimento de Recursos Humanos para a Saúde não é explicitada, nem sistematizada, em relação a ingresso, administração, avaliação de desempenho, plano de cargos e salários, estratégias de formação e de educação continuada e pesquisas. Cada instituição do setor obedece a normas, diretrizes e estratégias diferentes, decorrentes do caráter disperso e dicotomizado do atual modelo de assistência à saúde.

Outro aspecto que torna a política de RH ineficaz são as decisões de gabinete não enquadradas na política geral de saúde. O setor de RH torna-se assim marginalizado do processo, atendendo basicamente as demandas do poder decisório, em detrimento de uma atuação mais global na instituição e comprometida com a transformação da realidade dos serviços.

Os órgãos de Recursos Humanos nem sempre estão articulados à CIS e também não atuam comprometidamente com a proposta de integração interinstitucional. Apesar dessa dificuldade, já foram implantadas Comissões Interinstitucionais de RH em alguns estados brasileiros.

As discussões e decisões das comissões interinstitucionais a nível federal, estadual e municipal não chegam ao todo das instituições de saúde. Os órgãos de RH permanecem marginalizados do processo de integração e os treinamentos realizados não preenchem esta lacuna, restringindo-se a capacitação para preenchimento de vagas.

A desarticulação dos órgãos de RH não é, no entanto, um fato específico desta área, mas reflete a desintegração do setor saúde como um todo. Além da questão de desintegração interinstitucional, há sérios problemas a nível da integração intra-institucional.

Grande parte dos profissionais que atuam na área de RH não tiveram a oportunidade de se capacitarem adequadamente e não têm clareza do papel que devem desempenhar os órgãos de RH no processo de reformulação do sistema de saúde.

As funções de competência da área de RH estão freqüentemente dispersas em distintos departamentos dentro de uma mesma instituição. Várias instituições não contam sequer com um órgão de RH.

A ênfase das ações relacionadas à RH está centrada na administração de pessoal e se realizam de forma dissociada das demais ações que constituem o universo do Desenvolvimento de Recursos Humanos.

Em alguns locais, o processo de integração a nível de planejamento – viabilizado pela POI – se constitui em simples suposição de programas já elaborados de forma isolada pelos técnicos das instituições. Em outros, se observa um avanço na participação de órgãos de RH no planejamento conjunto e na formulação de algumas diretrizes, não se limitando apenas à execução das ações programadas.



Há uma grande carência de profissionais especializados em RH para o setor público de saúde, o que implica na dificuldade em identificar e dispor de profissionais para o suporte das atividades de RH tanto no órgão específico quanto nos demais setores da instituição.

Outro problema detectado se refere ao desvio de recursos em atividades paralelas voltadas a programas específicos que não atendem às necessidades identificadas e planejadas consensualmente na programação integrada.

Quase todos os órgãos de DRH têm se limitado, até agora, essencialmente a atividades de treinamentos momentâneos, advindos de programas verticais e da demanda de serviço. O sistema de informações em saúde, por outro lado, é precário e dificulta a atuação dos órgãos de RH.

Os servidores das instituições de saúde, em sua maioria, não conhecem as diretrizes e estratégias da política de saúde, a exemplo das Ações Integradas de Saúde. Em consequência disto a atuação dos órgãos de RH contribui mais para a manutenção do que para a transformação do atual sistema de saúde.

### **3.2 - Proposições**

Que as propostas e recomendações votadas e aprovadas nesta Conferência constituam os pressupostos básicos da Política de Recursos Humanos Rumo à Reforma Sanitária, e que a Secretaria de Recursos Humanos do Ministério da Saúde apóie de forma efetiva o desenvolvimento de RH a nível das unidades federadas, para que se respeite as deliberações desta Conferência, em função das mudanças de governo.

Que a Secretaria de Recursos Humanos assuma a coordenação de todas as atividades de RH desenvolvidas dentro do Ministério da Saúde. Para isso é necessário que se transforme sua estrutura e atribuições constituindo-se em Secretaria Nacional de Recursos Humanos do Ministério da Saúde.

Que sejam criados grupos Interinstitucionais de RH ligados às Secretarias Técnicas das CIS, onde ainda não existem. Para a composição desses grupos, é indispensável que sejam indicados profissionais que estejam efetivamente trabalhando nos órgãos de RH das instituições. Um dos componentes do grupo interinstitucional de RH deverá ser membro participante da Secretaria Técnica e o responsável pelo encaminhamento das propostas de RH a nível desta Secretaria. O grupo interinstitucional de RH deverá ter claro o seu papel predominantemente integrador.

Para garantir os encaminhamentos e as deliberações das proposições da Secretaria Técnica é necessário reivindicar que um dos seus membros seja participante da CIS, com direito a voz e voto. Esta proposta estende-se também à Comissão Interministerial de Planejamento para a Saúde - CIPLAN.

Que se crie órgãos de RH nas instituições que ainda não os possuem, e onde existem, buscar estruturá-los de forma adequada a atender a todas as funções que são da competência da área.

Que na estruturação do órgão de RH, seja considerado, tanto a locação de pessoal especializado e multiprofissional em tempo integral, quanto a participação de pessoal de outros setores, com conhecimento sobre RH.

Que os órgãos de DRH tenham autonomia para a administração do quadro de pessoal, utilizando-se os recursos da informática para agilizar fluxos, coleta de dados etc.

Que a direção e/ou chefia dos órgãos de RH sejam exercidas por profissionais da área de saúde, preferencialmente especializado em RH.

Que sejam criados Centros Regionais de Treinamento Integrados, compostos pelas diversas instituições de saúde (inclusive FSESP, SUCAM, laboratórios etc.). Onde já existem Centros de Treinamento, que sejam transformados em Centros Regionais de Treinamentos Integrados.

Que seja aprovada uma linha de atuação única para as atividades integradas, que unifique as normas e condições para a execução das ações (hora-aula, bolsa etc.).

Que todas as ações (planejamento, supervisão, recrutamento e seleção, avaliação, administração de pessoal etc.) estejam integradas num único órgão de RH.

Que o planejamento seja deslocado para o nível local, para que se planeje para atender as necessidades de saúde, ao invés de planejar a partir dos recursos disponíveis, como vem acontecendo.

Que as ações de RH sejam desenvolvidas de forma interligada não somente entre as instituições de saúde, mas também entre as Secretarias de Educação e Universidade. Nesse sentido, propõe-se o estabelecimento de mecanismos imediatos de integração intra e interinstitucional.

Que se busque mecanismos de atuação conjunta, a nível dos estados, investindo na programação integrada das ações, racionalizando e potencializando a utilização dos recursos.

Que a Universidade e o setor educacional como um todo cumpram seu papel na formação e aprimoramento dos RH para os serviços de saúde.

Que se analise outros aspectos ligados às condições de trabalho que possam estar impedindo o bom desempenho, entendendo que treinamento não representa o único fator para melhorar a qualidade e a produção dos serviços de saúde.

Que se estabeleça critérios que atendam as necessidades dos servidores em atividades de capacitação.

Que incorporem as atividades de estudos e pesquisa no trabalho dos órgãos de RH.

Que sejam implantados e implementados os Centros de Informação e Documentação Científica, com o setor de editoração, e com núcleo de pesquisa em RH, o qual deve articular-se com o CNPq e outros organismos financiadores de pesquisas para obtenção de recursos para desenvolvimento de pesquisa em RH.

Que se criem equipes capacitadas para desenvolvimento de supervisões integradas e descentralizadas, visando a realimentação e atualização das informações a serem trabalhadas pelos órgãos de RH. Esta função de supervisão deve assessorar o diagnóstico das necessidades de treinamento, reciclagens, cursos, etc., considerando os fatores epidemiológicos de necessidades e outros dando apoio na elaboração do projeto, na execução e avaliação do processo. Essas atividades devem estar contidas em um plano de acompanhamento das ações do órgão, contempladas de forma planejada e sistemática.

Que se aprimore a capacitação dos profissionais que atuam na área de RH. Propõe-se, de imediato, a regionalização do “Curso de Especialização em Desenvolvimento de Recursos Humanos”, nos moldes dos que já foram realizados, sendo necessário avaliá-los e adaptá-los a realidade de cada região, procurando aproveitar os recursos docentes disponíveis localmente, quando houver. Devem ser consideradas, na programação, as necessidades locais, na presente conjuntura.

Que se aumente os investimentos e busque mecanismos que racionalizem os gastos em RH das diversas instituições.

Que se busque ativamente a descentralização, tanto das atribuições quanto das decisões.

Que reformulem os órgãos de informação atualmente existentes nas instituições, ou implantem onde não existem, com incorporação de banco de dados referentes a RH, garantindo a descentralização e o acesso dessas informações para os diversos setores das instituições e instâncias gestoras das AIS, de forma a assegurar o planejamento integrado e regionalizado.

Onde não for possível a utilização de computadores, deve ser instalado um sistema de cadastro por funcionários e por regionais para que se tenha conhecimento e se possa fazer acompanhamento da distribuição, qualificação e necessidades de pessoal e de desenvolvimento (para todas as instituições de saúde).

Que o ODRH seja ordenador de suas despesas, constituindo uma unidade orçamentária, com recursos orçados na POI.

Que se viabilizem ações que levem à democratização das informações sobre a política de saúde e sobre a saúde da população, visando os servidores e os usuários.

Que se gestione os órgãos regionais de comunicação social para a divulgação da Reforma Sanitária, através dos meios de comunicação de massa.

## **4 - A ORGANIZAÇÃO DOS TRABALHADORES DE SAÚDE**

### **4.1 - As Entidades Profissionais e as Entidades de Servidores**

As formas de organização dos trabalhadores de saúde e sua ação provocam repercussões na administração de recursos humanos das instituições públicas prestadoras de serviços. A abordagem desta questão aponta para dois diferenciais básicos:

- os princípios da política de saúde para a sociedade brasileira definida na 8ª Conferência Nacional de Saúde, especificamente a reforma sanitária enquanto o instrumento de encaminhamento das propostas dessa política;

- a participação dos setores organizados da população nesse processo constitui fator fundamental. Isto como forma de contrapor esforços aos limites e ao conservadorismo das organizações burocráticas nas lutas pelas transformações como esta a qual nos propomos.

A conjuntura deste momento, marcada pelo esforço de transformação do setor saúde, define o papel significativo que os trabalhadores do setor desempenharão na sua viabilização, através das suas formas de organização, sejam aquelas denominadas “entidades profissionais” (sindicatos, associações específicas de categorias profissionais), sejam aquelas denominadas “entidades de servidores” (que englobam todos os servidores de uma instituição).

As instituições públicas prestadoras de serviços de saúde não estimulam a mobilização dos seus trabalhadores em torno dessas questões políticas, nas quais estão presentes os interesses mais diretos destes mesmos trabalhadores.

Por outro lado, as formas de organização dos trabalhadores de saúde constituem o elo deste contingente com o conjunto dos trabalhadores brasileiros, os quais não se diferenciam quando consideramos a exploração de que são objeto nos processos de produção (de trabalho) e de construção da sociedade.

Os trabalhadores de saúde, em decorrência, precisam debater propostas a respeito de como se tornarem orgânicos àqueles grupos sociais a quem se destinam os precários serviços que prestam. Isto é, torna-se ne-

cessário desvendar nestes grupos a questão da precariedade de saúde e de vida que se lhe tornaram características, bem como desvendar os limites dos serviços de saúde para solucionar essas questões.

Concretamente, tudo isso indica a necessidade urgente de inclusão das entidades representativas dos trabalhadores de saúde e dos usuários nos processos de discussão e de decisão da reforma sanitária, assegurando, inclusive, que a esta reforma seja atrelado o processo de reforma administrativa e das próprias recomendações e definições rumo à Nova Constituinte.

Entendemos que esse espaço nas discussões constitui muito mais uma questão de negociação e confronto com as instituições do que um produto da boa vontade delas, visto que isto implica um movimento rumo a um processo de transformação das relações de trabalho no âmbito destas mesmas instituições e na transformação da prestação de serviços à população. Assim tem sido nos processos de luta pela qualidade das condições de trabalho, pela remuneração e pela crítica às atenções a saúde prestada na rede pública de saúde.

Observa-se que o processo de organização, articulação e luta dos servidores é respondido pelas instituições governamentais (a nível federal, estadual e municipal) com uma política deliberada de enfraquecimento dos movimentos:

- com a utilização de repressão inclusive com prisões, demissões e afastamento da função de servidores eleitos para seu exercício;
- através de repasses ou via de concessão e benefícios parciais àquelas categorias profissionais consideradas com maior força de barganha, levando ao histórico e clássico divisionismo;
- com o não reconhecimento das entidades de servidores como interlocutoras;
- com o não atendimento das reivindicações dos trabalhadores, levando à mobilização para a greve que é usada então como argumento para a não negociação.

A este problema acrescenta-se o enclausuramento daqueles que decidem no campo da saúde acarretando uma grande ausência de participação daqueles a quem essas políticas se destinam: usuários e trabalhadores de saúde que assim permanecem na condição de objeto destas políticas.

Sem considerar que ainda acontecem atuações corporativistas, a organização dos trabalhadores de saúde tem mostrado nas suas mobilizações um salto qualitativo das suas práticas, o que se expressa, por exemplo, na proposta a nível de municípios, estados e da federação, de um Plano de Carreira Multiprofissional. Este plano, abrangendo todos os trabalhadores que atuam na área de saúde, desenvolve um sentimento de equipe, pelos vários trabalhadores com funções específicas, complementares e igualmente importantes, merecedores de uma remuneração do seu trabalho digna e compatível com suas práticas frente a uma população em processo de empobrecimento.

A discussão de variáveis que definem a prática dos trabalhadores do setor saúde, abrange questionamentos como:

- a adoção de medidas governamentais específicas por categorias em detrimento da proposta de plano de carreira de caráter geral, favorecendo determinadas categorias em relação às demais;
- a utilização das verbas das Ações Integradas de Saúde para a contratação de servidores;
- a melhoria das condições de trabalho x insalubridade;

- **revisão das diferenças salariais entre os servidores que estão no início e os que estão no final da carreira.**

Cabe considerar, aqui, que a estrutura sindical brasileira ainda é baseada no modelo fascista, fazendo com que haja a organização dos sindicatos por categoria, levando as negociações em separado, o que compromete o poder das entidades nas negociações e na consecução das conquistas esperadas.

Isto indica a necessidade de uma imediata reformulação de estrutura sindical brasileira, que aponte para os direitos de sindicalização, de greve e de liberdade e autonomia sindical de todos os trabalhadores em relação ao Estado Brasileiro.

Da mesma forma, não poderão cessar os esforços dos trabalhadores da saúde para que as suas associações e entidades pré-sindicais sejam reconhecidas pelos órgãos governamentais como as instâncias de discussão das propostas apresentadas pelos trabalhadores do setor saúde neste país. É nesse sentido que o fortalecimento das associações dos servidores torna-se base imprescindível para garantir o avanço na luta pela sindicalização.

Em função deste quadro, e para o encaminhamento da sua transformação, propõe-se:

- o esclarecimento sobre a Política Nacional de Saúde e reforma sanitária a todos os trabalhadores do setor saúde e todos os setores da sociedade brasileira;

- o encaminhamento dos relatórios da 8ª Conferência Nacional de Saúde, das Conferências Específicas, das discussões sobre as Ações Integradas de Saúde e dos relatórios da Comissão de Reforma Sanitária a todos os sindicatos, associações e centrais sindicais do país, para possibilitar discussão e encaminhamento de propostas para reformulação do Sistema de Saúde;

- a articulação de uma frente popular, organizada nos estados pelas entidades sindicais, partidos políticos e setores organizados da população em defesa do Sistema Único de Saúde;

- a participação dos trabalhadores através de suas entidades organizadas (sindicais e associações de bairros, de favelas etc.) na gestão do sistema de saúde em todos os níveis para assegurar que de fato ela esteja voltada para seus reais interesses.

Finalmente, merece endosso a totalidade das propostas formuladas pelo Centro dos Servidores da Secretaria de Saúde e do Meio Ambiente do Estado do Rio Grande do Sul (Anexo 1).

#### **4.2 - Direitos Trabalhistas do Servidor Público**

Os agentes públicos têm sob sua responsabilidade a prestação dos serviços públicos, constituindo dessa forma elemento meio para a viabilidade das propostas de reorganização deste setor.

As discussões sobre os direitos trabalhistas do servidor público têm que buscar a relação entre a questão do interesse público sem ferir os direitos que devem ser assegurados a todos os trabalhadores, dentre esses, ressaltam-se:

- o direito à liberdade e autonomia sindical em relação ao Estado e o direito irrestrito de greve;

- o reconhecimento, por parte do Estado, das entidades representativas dos trabalhadores em saúde, com garantia de desconto das contribuições em folhas de pagamento, com repasse imediato para as entidades;

- direito à liberdade do ponto à diretoria das associações;
- direito à participação na formulação, implantação e gestão da política de recursos humanos;
- direito de remuneração condigna e isonômica entre as mesmas categorias profissionais a nível federal, estadual e municipal. Oportunidade igualitária de aperfeiçoamento e atualização profissional a todos os trabalhadores com garantia de progressão dentro dos serviços;
- estabilidade no emprego com admissão mediante concurso público como forma única de seleção, o que favorece à administração dos recursos humanos do setor público;
- a criação de creches, com quadro de pessoal próprio, garantida a todos os trabalhadores, próximos ao local de trabalho ou moradia até a idade pré-escolar, mantidas pelo Estado e empresas;
- 13º Salário, indistintamente do regime de emprego;
- observância do cronograma de pagamento dos salários;
- unificação das diárias para todas as categorias profissionais, assegurando instalação e alimentação digna indistintamente;
- o pagamento das gratificações de direitos (adicional noturno, adicional de fim de semana, feriados etc.);
- independentemente do número e tipos de gratificações recebidas pelo trabalhador, estas serão incorporadas ao total do salário recebido, sem diferenciação enquanto elemento de despesa, incorporando-se definitivamente à remuneração(2).

No que se refere ao Direito Previdenciário, propõe-se que:

- a) o valor da pensão paga aos dependentes de segurado falecido (trabalhador urbano ou rural) será sempre igual aos proventos da aposentadoria percebida ou que teria direito de perceber na data do falecimento (pensão integral);
- b) a aposentadoria da mulher em caso de morte desta seja estendida também ao companheiro;
- c) quando da morte do beneficiário (viúvo ou viúva) seja sua cota-parte redistribuída aos demais beneficiários;
- d) em caso de filho ou filha, quando por ter atingido a idade limite ou por morte ou por qualquer outro motivo que o desvincule de benefício, que sua cota-parte seja redistribuída aos demais beneficiários em quotas iguais;
- e) a aposentadoria por tempo de serviço será aos 25 anos, independentemente de sexo, e aos 55 por idade.

Há a necessidade de amadurecer a criação de representações estaduais e de uma entidade nacional como forma de organização dos trabalhadores no Sistema Único de Saúde. Tal proposta passa neste momento por

---

(2) - Esta proposição é contraditória com outra feita no Tema 1 (pág. 155, 4º parágrafo) que limita a incorporação ao salário, somente a gratificação por dedicação exclusiva. Não tendo sido solucionada, esta contradição na plenária final, foram mantidas as duas propostas neste relatório.

uma articulação a nível estadual e nacional das entidades, no sentido de viabilizar essa organização. Passa ainda pela necessidade de organização dos trabalhadores em associações ou sindicatos que mantenham representantes legítimos nas instâncias gestoras das AIS.

Propõe-se que as entidades presentes nesta Conferência se constituam num grupo executivo que viabilize um Encontro Nacional de Entidades de Trabalhadores de Saúde.

#### **4.3 - Isonomia Salarial**

Dentre os fatores relativos a remuneração do trabalhador de saúde, a isonomia salarial coloca-se como um dos mais importantes, na perspectiva do novo sistema de saúde e da sociedade democrática pela qual nos mobilizamos.

O Sistema Único de Saúde implicará no desenho de modelos assistenciais e modelos de organização dos serviços, onde serão operacionalizados os seus princípios básicos de universalização, equidade e integralidade da atenção.

Independentemente, porém, da conformação definitiva do novo sistema de saúde, a reforma sanitária está a indicar o encaminhamento da isonomia salarial, que deve ser feita tendo como referência os maiores salários de cada nível e mesma carga horária. Nessa medida, as únicas diferenças admissíveis seriam aquelas determinadas pela complexidade das funções desenvolvidas pelo tempo de permanência no exercício dessas funções e pelo processo de ascensão e progressão funcional fundamentado em critérios de mérito justos e objetivos.

Sabe-se, no entanto, que para a viabilização destes pressupostos, deverão se aprofundar estudos sobre este tema e, principalmente, serem revistas as formas de financiamento do setor.

Relacionado à isonomia, considera-se importante definir uma jornada de trabalho para todos os trabalhadores de saúde que permita, simultaneamente, manter uma boa qualidade de atendimento e um maior período de atendimento à população, sugerindo-se, para tanto, a jornada de 30 horas semanais, com a criação do terceiro turno, nas unidades ambulatoriais.

#### **4.4 - Condições de Trabalho**

Sobre as condições em que se dá a prestação de serviços na rede pública de serviços de saúde, entendemos que a precariedade que lhe é característica constitui um dado que diz respeito e atinge tanto àqueles que a prestam como àqueles que a buscam.

Nesta perspectiva, a superação do conjunto das deficiências existentes supõe um processo, que, no mínimo, envolve as seguintes questões a serem enfrentadas:

- adoção e aprofundamento de tecnologias necessárias ao atendimento das necessidades de saúde da população de cada localidade como forma de melhor instrumentar os trabalhadores dos serviços no exercício das suas funções, visando à elevação do padrão de resolutividade das suas práticas;

- desenvolvimento de normas e procedimentos na prestação de serviços à saúde, que levem em conta a dignidade do usuário na busca da atenção em saúde e a daqueles que a prestam;

- melhor administração dos gastos com a rede de serviços visando melhores soluções nos seus aspectos instrumentais e físicos;

- provimento de condições necessárias e paralelas àquelas denominadas salariais que se referem a: creche, transporte, alimentação, segurança e higiene no trabalho;

- elaboração de cronogramas de reuniões sistemáticas com todos os trabalhadores da Unidade do Serviço de Saúde que contemplem reflexões críticas das suas práticas, das suas condições de trabalho e das condições de vida, trabalho e saúde da população, garantindo a participação na discussão, dos grupos sociais aos quais essas práticas se destinam. Entende-se que a participação desses grupos supõe a sua ingerência na programação, decisão e controle.

## **5 - A RELAÇÃO DO TRABALHADOR DE SAÚDE COM O USUÁRIO DOS SERVIÇOS**

### **5.1 - Introdução**

Devido à metodologia adotada pelos participantes da Conferência que discutiram este tema, o presente capítulo do relatório apresenta-se dividido em três sub-itens. Os dois primeiros correspondem aos subgrupos dos trabalhadores de saúde e o dos usuários, o terceiro à síntese feita entre os dois subgrupos.

### **5.2 - Os Trabalhadores de Saúde**

Para que se discuta o papel do trabalhador de saúde, é preciso que se explicitem alguns princípios quanto ao serviço público. São eles:

- devem garantir o acesso aos serviços de saúde em quantidade e qualidade a toda a população, indiscriminadamente, sem distinção de previdenciário/não previdenciário, preventivo/curativo etc. Deve inclusive, submeter o serviço privado à consecução desta garantia;

- devem ser organizados de acordo com as instâncias de poder, desde o município até a União, constituindo-se num Sistema Único, que respeite peculiaridades regionais e locais, sem, contudo, negligenciar os princípios de isonomia para os servidores e equidade para os usuários.

#### **5.2.1 - Diagnóstico**

Os profissionais de saúde são responsáveis e sempre responsabilizados pela atual qualidade dos serviços públicos de saúde.

Disto decorre que o conceito de má qualidade dos serviços, formado pela população usuária, prevalece apesar de atitudes individuais dos trabalhadores de saúde.

O profissional de saúde não pode compreender seu papel de agente na relação entre os serviços públicos e as necessidades de saúde da população, na medida em que não é estimulado e não recebe informações. Assim, acaba por se indispor com o usuário que na realidade está igualmente envolvido numa proposta de melhoria da qualidade dos serviços.

Há muita falta de confiança entre os usuários e os trabalhadores de saúde. Alguns exemplos de distorções que contribuem para esta falta de confiança foram citados:

- médicos que cobram ágio, fazem laqueadura em troca de votos ou anestesistas que se descredenciaram do INAMPS e cobram como particular o serviço, estão rompendo o compromisso de respeito com a instituição e o usuário;



- há ainda, unidades de saúde, construídas por exigência da população, na periferia das grandes cidades e no interior, e que ainda não têm médicos. Tal fato decorre da distância geográfica destas unidades e dos níveis inadequados de remuneração.

### **5.2.2 - Proposições**

Para se melhorar a situação propõe-se:

- que a instituição pública seja efetivamente um espaço a ser conquistado para o exercício profissional, digno e solidário para o atendimento dos interesses da comunidade. Nesse sentido, trabalhadores de saúde e usuários devem estar lado a lado na mesma luta;

- que a participação efetiva do usuário seja garantida no processo de decisão, visando à melhoria dos serviços, priorização de ações e a definição de diretrizes. Não deve se constituir apenas na simples presença nos órgãos e instituições;

- que o usuário não seja apenas o financiador, mas também o co-gestor dos serviços;

- uma vez que se defende como proposição a divisão técnica do trabalho, rever a questão do Agente Comunitário e sua inclusão, sem distorções, como articulador entre comunidade e os serviços de saúde, evitando o confuso repasse de responsabilidades. Recomenda-se a realização de reuniões estaduais dos Agentes Comunitários.

### **5.3 - Os Usuários dos Serviços**

Para a discussão da relação do trabalhador de saúde com o usuário dos serviços, se fez necessária a abordagem dos conceitos de ética e cidadania. Identificou-se assim a necessidade de buscar uma nova ética para o sistema de saúde.

Nesta ótica, as responsabilidades devem ser co-repartidas entre os sujeitos envolvidos no processo, em que os serviços de saúde aparecem como epicentros.

A nova ética deve identificar os seguintes co-responsáveis:

- o Estado e suas Instituições;

- os trabalhadores de saúde;

- os Usuários e suas Organizações;

A co-responsabilidade, na prestação de serviços, deve objetivar a qualidade e a quantidade das ações de saúde realizadas.

#### **5.3.1 - A Co-Responsabilidade do Estado e suas Instituições**

É o co-participante da relação que aparece, como o principal responsável. A nova ética exige do Estado, no cumprimento dos seus deveres para o conjunto dos cidadãos, que se garanta como diretrizes:

- a efetivação, na prática, do compromisso social do Sistema de Saúde;

- a melhoria das condições de trabalho dos que executam esse compromisso, incluindo, aí, salários dignos e possibilidade de crescimento e desenvolvimento;

- informações suficientes que, colhidas adequadamente, circulem, estimulando melhor compreensão da realidade dos serviços;

- efetivação, na prática, dos canais de participação popular por ele mesmo criadas em suas propostas e em seus projetos.

Nesse sentido, coloca-se a necessidade de reestruturar a CIS, assegurando a participação de representantes da comunidade e dos trabalhadores de saúde. Por outro lado, a reforma tributária fiscal, indispensável à viabilidade do novo sistema de saúde, deve ensejar também um efetivo controle e fiscalização, através de entidades sociais (trabalhadores de saúde e usuários), no que se refere aos orçamentos destinados ao setor nos níveis federal, estadual e municipal.

### **5.3.2 - A Co-Responsabilidade do Trabalhador de Saúde**

Co-participante do qual se exige reformulação de comportamentos éticos, traduzidos nos seus deveres de cidadão e de profissional, cumprindo, condignamente esse compromisso no momento da prestação dos seus serviços.

### **5.3.3 - A Co-Responsabilidade dos Usuários dos Serviços**

Cabe à população, através das suas instituições e das suas organizações, buscar, efetivamente, a participação no processo decisório e na co-gestão dos serviços, visando o estabelecimento de novas relações que concretizem essa co-responsabilidade ética. Neste sentido, deve questionar, denunciar, exigir a concretização dos planos nessa relação de co-responsabilidade, obrigando a cada um dos sujeitos já citados a uma mudança de comportamentos éticos e de cidadania.

Considerou-se oportuno que esta Conferência, dirigindo-se às instâncias organizadas da população, informe a respeito dos canais e mecanismos atualmente disponíveis, tais como os Conselhos Comunitários da Previdência Social.

## **5.4 - Comentário Final**

Na tentativa de síntese do tema, verificou-se que é possível fundir subgrupos e fundir subtemas, mas é impossível fundir idéias e posições de indivíduos. A “fusão” é, portanto, o momento salutar da identidade em que a diferença aparece.

A solidariedade é possível, ficou claro que é possível. Mas ficou claro, também, que ela não ocorre sem tensões. A tensão reflete a permanente possibilidade de conflito. No instante do encontro, que é a prestação do serviço, o poder permeia a relação, mistura sujeitos, confunde papéis. Quem é trabalhador? Quem é usuário?

O poder que se reflete estampado em “quem serve” e em “quem é servido”, é o mesmo poder que oprime a população.

Este capítulo do relatório é um consolidado tenso, que reflete a tensão entre dois sujeitos: trabalhadores de saúde de um lado, usuários do serviço do outro.

## **ANEXO I (TEMA 4)**

Propostas Formuladas pelo Centro de Servidores da Secretaria de Saúde e Meio Ambiente do Estado do Rio Grande do Sul.

### **1 - Democratização do Sistema de Saúde**

1.1 - Participação dos trabalhadores (usuários) na gestão dos serviços de saúde, em todos os níveis através das centrais sindicais e das entidades comunitárias.

1.2 - Participação dos trabalhadores da área de saúde na formulação, na implantação e na gestão da política de Recursos Humanos, através de Conselhos Paritários (Estado/Entidade(s) representativa(s) dos trabalhadores) de caráter deliberativo. Os representantes dos trabalhadores seriam escolhidos pelas agremiações sindicais. Enquanto não for implantado o Sistema Único de Saúde (SUS) tais agremiações seriam, no setor público, as associações ou similares, no setor privado, os sindicatos. Salienta-se que a viabilização dessa proposta, em termos concretos, requereria uma nova estrutura sindical desatrelada do Estado, organizada por ramo de produção, na qual os funcionários públicos tivessem direito de greve e de sindicalização.

### **2 - Formação de Recursos Humanos como Estratégia para Melhoria da Qualidade dos Serviços de Saúde**

Uma vez que ocorra efetivamente a democratização, prevista no item 1, observar-se-á a adequação entre os serviços de saúde oferecidos e as necessidades de atendimento da população. Isto significará que:

2.1 - O número de profissionais requeridos em cada setor dos serviços de saúde deverá ser estimado a partir de critérios apropriados e não clientelistas e eleitoreiros, como usualmente tem sido.

2.2 - Os conteúdos ministrados nos cursos (aperfeiçoamento, habilitação, graduação, pós-graduação) deverão ser estabelecidos a partir das necessidades do Sistema Único de Saúde democratizado. O que implicará em uma substancial alteração da estrutura de ensino brasileiro, no sentido de integrá-lo ao Sistema Único de Saúde (integração docente-assistencial).

2.3 - Se estabeleçam oportunidades igualitárias de aperfeiçoamento e atualização profissional a todos os trabalhadores de saúde.

2.4 - A qualidade pedagógica do ensino usualmente ministrado deverá ser alterada visando buscar referências do processo de ensino aprendizagem na realidade do educando.

2.5 - O trabalhador dos serviços de saúde deverá ser preparado para reconhecer o direito e estimular a participação da população no desenvolvimento das atividades de saúde.

2.6 - Os centros formadores de recursos humanos para a saúde deverão ser recuperados, ampliados e integrados ao futuro Sistema Único de Saúde e à estrutura de ensino formal.

2.7 - As práticas alternativas deverão ser incluídas no ensino de saúde.

2.8 - Deverá ser incrementada a pesquisa na área biomédica de equipamentos e dos serviços de saúde.

Além disso: a admissão no serviço público deverá se realizar somente através de concurso público; a remuneração dos trabalhadores de saúde deverá ser condigna e isonômica entre as mesmas categorias profissionais dos níveis federal, estadual e municipal; deverão ser estabelecidos, urgentes, e imediatamente, planos de cargos e salários.

As propostas do CESMA, acima apresentadas, têm como pressuposto a alteração das condições de financiamento do setor saúde (reforma fiscal e tributária) retirando seus custos dos ombros dos trabalhadores.

Salienta-se que não será unicamente a formação de recursos humanos, ou melhor a habilitação da força de trabalho no setor saúde que alterará a qualidade da saúde dos trabalhadores brasileiros. Esta só será alterada substantivamente com o investimento público maciço em saneamento básico; na melhoria das condições de habitação e de abastecimento; através de aumentos substanciais nos níveis salariais, na realização urgente da reforma agrária; e principalmente através do aprofundamento do processo de democratização ora em curso no país.

## **ANEXO II (TEMA 5)**

**Recomendações do Fórum Intersindical Permanente de Reestruturação e Defesa da Previdência Social e Assistência Médica - RJ**

1. As ações de assistência médica hospitalar, assim como as de proteção e promoção da saúde devem se reorganizar sob a conformação de um Sistema Único de Saúde (SUS), com comando único em cada esfera de governo.
2. O acesso aos serviços e ações de saúde deve ser universalizado e igualitário, sem separação de clientela: previdenciários ou não/e urbano e rural etc.
3. O Setor Saúde, assim organizado, deve ser de responsabilidade do Estado, separado da Previdência Social, a quem cabe o pagamento de benefícios, pensões e aposentadorias justos à população.
4. O financiamento do Setor Saúde deve ter como fonte de receitas fiscais da União, dos Estados e Municípios que substituirão, gradativa e progressivamente a fonte previdenciária, tendo como meta final um crescimento de recursos, alocados ao setor, até os níveis de 8 a 10% do PIB.
5. À medida em que forem recompostas as receitas e fontes de financiamento do Setor Saúde, o MPAS irá se retirando gradualmente do seu financiamento, porém, sem deixar de alocar recursos que somem percentuais necessários e indispensáveis a uma boa assistência à saúde da população previdenciária.
6. Os recursos do setor serão operados através de um Fundo Nacional de Saúde, gerenciados por um Colegiado onde esteja garantido o exercício do controle dos trabalhadores, inclusive os do próprio setor e da população usuária sobre o planejamento e execução dos serviços de saúde.
7. As AIS devem ser vistas como estratégia de transição para o SUS, tendo a finalidade de otimizar os recursos públicos aplicados no setor, devendo ter correções no seu curso para impedir o clientelismo e o desvio dos recursos previdenciários para ações não próprias do setor.
8. A unificação do setor saúde em nível federal deve se dar através de um novo órgão, redimensionado, que não se confunda com as estruturas do atual INAMPS e do atual Ministério da Saúde.
9. A descentralização, entendida como redistribuição de funções e atribuições entre as várias esferas do

governo, deve ser outra diretriz essencial do SUS, cabendo aos Municípios e Distritos submunicipais a execução das ações de saúde, observado o princípio entre a ação administrativa e o ato finalístico, assim como as autonomias estaduais e municipais.

10. Iniciar um processo efetivo de descentralização das unidades de atendimento do INAMPS, tendo como critérios de regionalização e localização administrativa o âmbito de atuação dos equipamentos (considerar hierarquia funcional, perfil epidemiológico, estruturas administrativas de Estados e Municípios, perfil sócioeconômico da região, hierarquia urbana etc.).

11. Iniciar um processo efetivo de modernização gerencial que inclua o remanejamento de pessoal técnico e administrativo excedente do centro para a periferia do sistema e para funções de atendimento, como a informatização, procedimentos e mecanismos de controle operacional.

12. Recomendar que no processo de reforma tributária sejam transferidos mais recursos para os Estados e Municípios de modo a que estes possam co-participar do esforço de universalização do atendimento médico.

13. Estas recomendações devem ser encaminhadas à Comissão de Reforma Sanitária, como subsídio deste Grupo de Trabalho e fazerem parte do Relatório Fínal do G.T. da Reestruturação da Previdência Social.

**A QUESTÃO DOS RECURSOS HUMANOS E A REFORMA SANITÁRIA**

**Fonte:** Comissão Nacional da Reforma Sanitária. **Documentos III.** RJ, Secretaria Técnica da CNRS, 1987.  
(pp. 27-35).



## **A QUESTÃO DOS RECURSOS HUMANOS E A REFORMA SANITÁRIA**

Grupo de Trabalho de Recursos Humanos da Comissão Nacional de Reforma Sanitária

### **GRUPO DE TRABALHO**

Francisco Eduardo Campos - Coordenador  
Francisco Lopes  
Joana Azevedo da Silva  
José Francisco Nogueira P. de Santana  
Marcelo Torres Teixeira Leite  
Maria Cristina Fekete  
Maria José R. Rossi  
Sábado Nicolau Girardi

### **INTRODUÇÃO**

O presente texto é resultado das discussões que vem sendo travadas pelo grupo técnico de RH da CNRS e tem como objetivo tratar sucintamente os principais aspectos que, constituem-se em pontos nodais para o estabelecimento de uma política de RH para o setor saúde tendo em vista o novo sistema que se busca construir. Espelha-se nas decisões e princípios assinalados na 8ª Conferência Nacional de Saúde e aprofundados na Conferência Nacional de Recursos Humanos, tendo em vista um sistema de saúde que ademais de ser resolutivo, equânime e universal ampare-se no princípio da responsabilidade estatal para com sua organização.

Temos claro que a viabilização das proposições apresentadas no decorrer deste trabalho, quaisquer que sejam elas, estarão na dependência das decisões relativas às propostas do novo arcabouço institucional para o setor saúde bem como de seu financiamento, seja pela necessidade de compatibilização de aspectos técnico administrativos relativos a gestão do novo sistema de saúde seja pela necessidade de encontrar formas para sua viabilização nos planos político-institucional e financeiro. Não se buscou traçar prioridades ou determinar estratégias a serem utilizadas. Trata-se tão somente do levantamento e caracterização dos principais pontos a serem discutidos quanto aos RH para o setor saúde.

Ao longo dos últimos anos já se fizeram os diagnósticos necessários bem como se ensaiaram as propostas de solução para os problemas detectados. Trata-se tão somente, por via de consequência de se ter a decisão política para a implementação das decisões que se fazem necessárias neste setor estratégico, sem o qual dificilmente se marchará na direção desejada da reforma sanitária. À Comissão Nacional de Reforma Sanitária competirá a decisão política e a condução estratégica do processo.

O texto se divide nos seguintes tópicos: distribuição de RH, desigualdade nas condições de inserção no mercado de trabalho, preparação e formação, composição interna das equipes, e valorização do profissional. Cada tópico será abordado com a caracterização do problema, propostas de enfrentamento e suas implicações.

### **DISTRIBUIÇÃO GEOGRÁFICO-SOCIAL DOS RECURSOS HUMANOS**

Transparece, como consensual, que um dos obstáculos mais sérios a serem enfrentados com vistas à



côncseução dos objetivos de universalização da cobertura e garantia de eqüidade das ações de saúde, diz respeito aos desequilíbrios sociais, regionais e institucionais que caracterizam a distribuição dos serviços de saúde. Vigora nitidamente no Brasil uma concentração geográfica, social e institucional de RH.

O mais flagrante desequilíbrio é o social. Amplos extratos da população brasileira não têm ainda acesso a serviços de saúde, em condições de equanimidade. Apesar dos avanços ocorridos nesta direção há que se enfatizar que não se lograram os resultados pretendidos.

Soma-se uma inadequada distribuição geográfica dos profissionais de saúde que se vê reforçada pela sua concentração nas grandes cidades e regiões metropolitanas dos Estados mais desenvolvidos do país. Determinadas regiões são completamente desassistidas de serviço de saúde. Nota-se, por exemplo, que somente a região sudeste que concentra hoje, cerca de 43% da população brasileira detém nada menos que 56% dos empregos de saúde existentes no país, concentrando aproximadamente o mesmo índice em relação à capacidade física (consultórios e leitos) instalada setorialmente. Ao mesmo tempo os estados do nordeste, em seu conjunto, com aproximadamente 30% da população brasileira não detém mais que 20% da capacidade instalada em recursos humanos e físico-materiais no setor.

Em Minas Gerais, para ficarmos apenas neste estado, a relação médico-habitante era, em 1984, de 1 para 450 na capital e de 1 para 2.000 no interior. Se levarmos em conta que parte importante desses municípios considerados como interior concentram populações com mais de 200.000 habitantes podemos concluir que vastas regiões desse estado ainda se encontram completamente desassistidas de médicos. A mais desenvolvida das unidades federadas, São Paulo, no início do corrente governo contava com mais de duas centenas de municípios sem médicos-residentes, situação somente equacionada através de uma corajosa política de descentralização levada a cabo pela atual gestão.

Por outro lado, o contexto de forte desigualdade institucional dentro do setor público, no que respeita a capacidade instalada em recursos humanos, equipamentos médico-sanitários e demais recursos físico-materiais, contraria enormemente a diretriz de descentralização. A esfera municipal, por exemplo, detinha em 1984 pouco mais que 16% dos recursos humanos alocados no setor público, ao passo que os níveis estadual e federal somavam juntos algo em torno de 84% dos recursos, o mesmo se dando relativamente a disponibilidade de equipamentos e recursos físicos.

Obviamente que a permanência de um padrão semelhante de distribuição de recursos humanos no setor público acaba por inviabilizar quaisquer proposições de reorganização dos serviços de saúde sob perspectiva descentralizadora, a menos que se busque imediatamente a construção de instrumentos e o desenho de mecanismos que permitam a inversão do referido padrão.

No entender deste grupo técnico tais medidas se situam basicamente em dois planos: expansão e descentralização.

É imperioso que se desenhe uma política de expansão da capacidade instalada em recursos humanos, físico-materiais e equipamentos no setor público, baseada num processo de planejamento descentralizado, observando-se critérios de regionalização e hierarquização de serviços acordes ao arcabouço institucional que se pretende implantar. É preciso então que se inverta o atual padrão de distribuição de recursos do setor público, privilegiando-se, em termos quantitativos e qualitativos, as esferas mais descentralizadas, vale dizer municípios do sistema. Isto significa que as políticas de ampliação da rede de serviços e dos contratos de profissionais de saúde devem ser subordinadas gerencial e administrativamente aos níveis correspondentes.

A simples expansão não se mostra suficiente para corrigir os atuais desníveis a curto e médio prazo. Vale lembrar que enquanto a esfera municipal detém pouco mais de 16% dos contratos de pessoal de saúde, o nível estadual concentra quase 45% destes e o nível federal cerca de 39%. Faz-se mister portanto que uma

vez viabilizada no plano político-administrativo, uma das alternativas pode ser o imediato repasse do exercício dos atuais vínculos de pessoal com o setor público para um único local geográfico, observando-se a gestão e administração unificada e as prioridades de lotação de pessoal estabelecidas pelo planejamento integrado. Isto, obviamente, para os casos de existência de multiplicidade de vínculos. Nos casos em que prevalecer vínculo único, naturalmente, deve-se cumprir tão somente o repasse para o nível concernente.

### **DESIGUALDADE NAS CONDIÇÕES DE INSERÇÃO NO MERCADO DE TRABALHO (SEGMENTAÇÃO)**

O mercado de trabalho em saúde tem como uma de suas características peculiares o alto grau de segmentação. Isto significa que as condições de compra e venda da força de trabalho são extremamente variáveis para um mesmo tipo de qualificação profissional e um mesmo tipo de serviço exigido do trabalhador. Em outras palavras, há uma patente desigualdade nas condições de inserção nesse mercado e uma grande diversidade de situações no que diz respeito a níveis salariais e regimes jurídicos de vinculação, que poderão dificultar sobremaneira a imediata equiparação para todos os profissionais de saúde. Existem profissionais cujos regimes jurídicos são aqueles regidos pela Consolidação das Leis de Trabalho (CLT), tanto na administração direta quanto na indireta. Outros funcionários são vinculados estatutariamente à União, aos estados e aos municípios. Há ainda trabalhadores autônomos de diferentes regimes como os credenciados e autorizados pela Previdência Social. A cada um desses regimes correspondem remuneração, sistemas previdenciários, direitos e deveres extremamente diferenciados. Resolver satisfatoriamente tais problemas exige o claro enfrentamento de um cipoal de elementos jurídicos, administrativos, financeiros e político-ideológicos de solução complexa. A única solução que pode conduzir ao Sistema Nacional de Saúde é a unificação de todos os empregos em uma única modalidade contratual, com a conseqüente isonomia plena não apenas de salários como também do conjunto de direitos e deveres. A propósito da isonomia salarial consulte-se o anexo deste documento.

Para a operacionalização desta medida duas alternativas vem sendo colocadas em debate: a primeira delas seria a centralização dos vínculos do setor saúde no nível federal, independentemente do nível de exercício. A sua vantagem seria a unificação de fato de todos os cargos, com isonomia plena caracterizando os profissionais de saúde como trabalhadores do sistema único de saúde. A desvantagem vista nesta modalidade é sua vulnerabilidade aos mecanismos clientelísticos de transferência dos profissionais, de caráter quase sempre centrípeto, das regiões desassistidas para as mais centrais.

A segunda alternativa que vem sendo colocada é a completa descentralização dos vínculos empregatícios dos profissionais, vinculando-os ao nível de governo respectivo ou ainda às unidades de exercício das funções assistenciais. A vantagem alegada para esta modalidade é o real envolvimento do profissional com a unidade de exercício e, por via de conseqüência, com a própria clientela a ela adscrita. A principal desvantagem apontada é o possível agravamento da situação de segmentação do mercado antes apontada. Imagine-se no exemplo extremo, cada unidade de saúde recrutando profissionais, estabelecendo vantagens salariais, capacitando os profissionais, executando o pagamento. Muitos julgam que esta hipótese não tem factibilidade.

O Grupo de Recursos Humanos aponta como factível e viável uma opção alternativa aos modelos apontados, nos quais os vínculos sejam efetuados com o correspondente nível de governo responsável pela atividade exercida, resguardada a normatização central que assegure um mínimo de uniformidade num sistema de saúde, que, afinal, se pretende único. Desta forma poderiam ser estabelecidos princípios gerais quanto a mecanismos de provimento, administração de RH, modalidade de vinculação dos trabalhadores (p. ex. emprego único, dedicação exclusiva). Isso poderia ocorrer sem prejuízo das peculiaridades regionais e locais, que poderiam dar os elementos específicos sem os quais dificilmente se viabilizaria a Reforma Sanitária.

Entretanto não se viabiliza esta situação é necessário que se avancem propostas intermediárias que

dêm conta do trânsito para a situação desejada. Um sério obstáculo detectado é a legislação ora existente, fruto de um período onde o exercício liberal da profissão era ainda dominante sobre o vínculo assalariado, que estabelece que a jornada de trabalho de médicos e odontólogos, diferentemente dos demais profissionais é de 4 horas. Muitas instituições, no afã de superar este óbice legal têm se valido de artifícios como o duplo contrato ou ainda o registro dos profissionais em novas categorias como técnicos de nível superior. Não resolvida tal questão a nível de legislação ordinária, poder-se-á ter impossibilitada a implantação de distritos sanitários com adscrição de clientela. Enquanto não se logram tais alterações, entretanto, é possível se pensar imediatamente em arranjos alternativos que viabilizem já o emprego único.

Como mecanismo transicional considera-se neste momento que a saída possível para as categorias que detêm o privilégio da acumulação de empregos públicos é a proposta de adesão voluntária dos profissionais já mencionados, a um sistema de emprego único com a conjugação dos vínculos atualmente existentes. O mecanismo seria o preenchimento de termo voluntário de adesão à proposta com a declaração dos empregos ocupados, seus respectivos proventos, assumindo compromisso de emprego único ou eventualmente de dedicação exclusiva ao setor público. Em contrapartida as instituições alocariam o profissional para exercício em regime de tempo integral geográfico em unidade de saúde pertencente ao sistema. A partir deste momento estes profissionais seriam complementados em seus salários até os valores estabelecidos como os mais adequados. Mecanismo similar a este já é utilizado hoje pelo CNPq para os pesquisadores do país: classificados os pretendentes de acordo com a titulação docente o CNPq complementa os salários pagos pelas instituições de origem até tetos previamente estabelecidos. No caso do setor saúde se julga que este controle deveria ser feito pelos colegiados interinstitucionais ou pelos seus sucedâneos. Para os demais profissionais que legalmente não contam com a possibilidade de acumulação de empregos a solução se torna mais simples, vinculando-se tão somente à remuneração que dignifique o trabalho.

Uma medida complementar a esta proposta, mas que deverá ser imediatamente desencadeada visando garantir o sucesso de sua implantação será o Cadastramento dos Profissionais de Saúde do País, empregados no setor público ou nas instituições privadas que recebam dotações públicas. Este cadastramento poderá garantir dados mais confiáveis que aqueles hoje disponíveis para que se possam implementar as medidas necessárias no setor. Há que se discutir a quem caberia a responsabilidade executiva na realização do cadastro. Os dados necessários poderiam ser colhidos nos estados pelas secretarias técnicas das CIS, sendo que muitos deles já se encontram disponíveis nas POI's/87.

A viabilização, entretanto de quaisquer das alternativas que vem sendo apresentadas sob este aspecto, está na dependência de decisões políticas, que obviamente passam pela compatibilização de diversos interesses cristalizados no plano institucional-burocrático, político-ideológico e corporativo. O princípio da ISONOMIA, entendida em seu sentido amplo, não apenas salarial, mas de igualdade de direitos e deveres, que se traduziria no plano do atual estágio de organização econômico-social do nosso país, significando o estabelecimento de regras semelhantes para o contrato de força de trabalho de idêntica qualificação, perfil semelhante de oferta e que se destina ao exercício de um mesmo serviço é a resposta possível neste momento. Conquistas corporativas em relação a salários profissionais, a realização de processos de Seleção ou Concursos Públicos para admissão de pessoal em alguns estados, o desenho de Planos de Cargos e Salários em algumas instituições com a nítida preocupação do estabelecimento de regras mais compatíveis contemplando sem dúvida a ascensão funcional para a totalidade da força de trabalho engajada são alguns elementos indicadores de que a discussão acerca da política de recursos humanos vem avançando no setor público mobilizando as mais diversas categorias profissionais.

Por outro lado, a existência de uma multiplicidade de formas de financiamento, tanto no que se refere ao investimento quanto ao custeio dos serviços, somados à regressividade dos esquemas de financiamento previdenciário, obstaculizam quando não inviabilizam totalmente quaisquer alternativas isonômicas mais conseqüentes. Dessa forma tal discussão passa necessariamente pelo equacionamento das questões relativas ao financiamento setorial. O estabelecimento de Fundos Unificados de Saúde nos diferentes níveis de governo e a

descentralização das formas de sua operação se colocam pois como requisitos indispensáveis para a viabilização financeira das propostas de isonomia.

## **FORMAÇÃO/PREPARAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS**

Relativamente à questão da formação/preparação de Recursos Humanos para a saúde, o diagnóstico da situação se reveste de consenso em grande parte de seus aspectos. De uma maneira geral admite-se sua inadequação tanto no plano quantitativo quanto no qualitativo, para os mais diversos níveis, desde o elementar até a pós-graduação, frente à realidade de saúde do país. O passado recente, marcado pela submissão das políticas de formação de recursos humanos aos interesses empresariais-lucrativos que se constituíram quer no sistema de ensino quer na prestação de assistência à saúde, deixou como legado um mosaico de problemas que vão desde a descoordenação e multiplicidade de esforços, passam pela inadequação do perfil da oferta e culminam na má-distribuição sócio-regional dos recursos humanos.

As proposições apresentadas na 8ª CNS e aprofundadas na CNRH, para o equacionamento e o enfrentamento da questão repousam em dois princípios básicos, quais sejam:

– O da responsabilidade estatal para com a educação e o da gratuidade do ensino em todos os níveis, garantindo-se o seu acesso indiscriminado a todos os segmentos populacionais.

– O da integração ensino-serviço como única forma capaz de promover a necessária interação entre teoria e prática, ou seja, de compatibilizar a formação às necessidades do novo serviço, compreendidas como necessidades de enfrentamento das demandas epidemiológica-sociais.

No que diz respeito à formação e aprimoramento de pessoal técnico de nível médio as proposições principais puderam ser subdivididas em dois grupos interdependentes.

1) Desenvolvimento de estruturas regionais integradas para a formação de pessoal técnico necessário prioritário tendo em vista a operação de um serviço descentralizado e que preste assistência integral à saúde desde a sua base. Isto pode ser feito através da criação de Escolas Técnicas Públicas intimamente integradas ao novo sistema de saúde que ofereçam cursos multiprofissionais específicos para o setor saúde em caráter regular, observando-se critérios de regionalização e distribuição adotados. Este deverá ser o mecanismo de capacitação dos novos contingentes profissionais que responderão pela expansão e pela reposição profissional no sistema de saúde.

2) Reconhecimento e fortalecimento dos Centros Formadores de RHs para a saúde destinados à qualificação profissional pela via supletiva, a exemplo do Projeto Larga Escala, que visa a formação e o aprimoramento de pessoal de nível médio e elementar já engajado nos serviços. Entendemos que tais processos devam ser assumidos pela totalidade dos serviços públicos.

Em ambos os casos há que se considerar a necessidade do aprofundamento dos mecanismos de integração entre o setor de saúde e educação como forma de garantir que os conteúdos programáticos por serem desenvolvidos nestes cursos sejam realmente adequados às necessidades dos serviços. Nesse sentido é fundamental que se definam tais processos como essencialmente pluri-institucionais. Da mesma forma há que se atentar para alguns aspectos legislativos vigentes, no sentido de modificá-los conforme o caso, de maneira a propiciar maior dinamismo ao processo de formação de pessoal intermediário e maior adequação à realidade. É o caso, a título de exemplo, da vigência do exame de suplência como mecanismo de habilitação profissional para a saúde, que no entendimento da Conferência Nacional de Recursos Humanos e deste grupo, não atende, do ponto de vista do serviço e da clientela usuária, aos requisitos técnicos básicos para aferição da capacidade

técnica do habilitado. No entender da Conferência Nacional de Recursos Humanos tal mecanismo deve ser extinto.

Relativamente ao ensino de nível superior a proposição básica diz respeito à adequação da estrutura da oferta ao quadro de necessidades definido a partir de critérios de hierarquização dos serviços, de acordo com padrões nosológicos e sociais existentes.

Neste sentido é imperioso que se discuta, no conjunto, o papel da Universidade dentro do novo sistema de saúde. Insistir-se neste momento em restringir a discussão às propostas anacrônicas e marginais de Integração Docente Assistencial será reduzir muito as possibilidades que são oferecidas por este setor. Faz-se mister constatar que todo o discurso de integração docente assistencial, patrocinado geralmente pelas instituições de ensino, há muitos anos tem produzido muito pouco impacto, seja na adequação curricular à realidade de saúde, seja na produção de conhecimento de interesse da coletividade, ou ainda na inserção das unidades assistenciais próprias da rede de ensino como unidades de referência para o conjunto dos serviços de saúde.

Não há quem negue a importância do setor acadêmico para a reorganização dos serviços de saúde e, por via de consequência viabilização da própria Reforma Sanitária brasileira. Difícil é se propor, concretamente, quais os instrumentos que poderiam compatibilizar o conceito da autonomia acadêmica com um compromisso social nos três níveis antes citados: formação profissional, prestação de serviços e produção de conhecimentos. O que se acredita é que a implantação do novo arcabouço institucional, sem prejuízo de outras medidas, poderá ser o principal motivador para que o setor acadêmico se recoloque, assumindo crescentes responsabilidades sanitárias e sociais.

Certamente serão conseqüentes à este processo as transformações curriculares no sentido de adequar o perfil profissional às necessidades de saúde, a mudança do perfil das investigações realizadas de forma a tornar mais conseqüentes os serviços prestados.

A constatação de que o setor acadêmico possui uma inércia própria, ainda maior que o setor de serviços não deve, entretanto, imobilizar a Comissão Nacional de Reforma Sanitária. Há que se ressaltar que existem alguns setores nos quais se torna possível uma colaboração imediata da academia, sem prejuízo daqueles investimentos que devam ser feitos mas a médio e longo prazo.

Atividades na área de formação como as propostas de reciclagem dos profissionais de saúde já engajados na rede através de processos de educação contínua, pesquisas operacionais e assessorias em áreas técnicas vitais para a implementação da reforma sanitária, delimitação clara das possibilidades da participação dos serviços próprios do setor acadêmico no modelo assistencial proposto.

## COMPOSIÇÃO DAS EQUIPES DE SAÚDE

Outro aspecto que mereceu detalhamento na Conferência Nacional de Recursos Humanos e que também se reveste de consenso acerca de seu caráter estrangulador é o que se refere a inadequação da composição das atuais equipes de saúde.

A rigor não se pode nem mesmo falar na existência de equipes de saúde quando apenas duas categorias profissionais perfazem entre 60 e 70% do pessoal ocupado nos estabelecimentos médico-sanitários. Sabe-se que as equipes se resumem na realidade a médicos e atendentes, configurando-se assim uma situação de extrema gravidade quando se propõe que o cuidado à saúde deva ser prestado numa perspectiva de integralidade. A concepção da descentralização tendo por base o distrito sanitário que se incumbiria da assistência integral à saúde, envolvendo não somente aspectos assistenciais, quanto preventivos e reabilitadores ademais da

programação local baseada em demandas sociais e epidemiologicamente determinadas está a exigir a composição multiprofissional das equipes de saúde.

Independentemente de estudos mais aprofundados algumas evidências são nítidas. Em relação aos profissionais de nível superior torna-se necessário a incorporação de outros profissionais que respondam pela integralidade e resolutividade das ações. É o caso dos dentistas, dos enfermeiros, psicólogos e bioquímicos, entre outros. A crescente necessidade de qualificação profissional aponta como desejável o incremento proporcional do quantitativo de profissionais de nível médio em relação àqueles de nível elementar, seja nas futuras provisões, seja através de mecanismos de capacitação dos profissionais já absorvidos.

Nada basta, entretanto, a atuação singular de cada uma destas categorias profissionais. Para que a produção dos serviços de saúde se realize em bases coletivas faz-se necessário que a unidade produtora destes serviços seja a equipe de saúde e não trabalhadores ou categorias profissionais isoladas.

A composição das equipes multiprofissionais deverá se fazer segundo critérios sociais e epidemiológicos ou seja, seu planejamento será determinado de acordo com o diagnóstico das necessidades de saúde da população. Sem o enfrentamento das questões relativas a distribuição geográfico-social dos RH torna-se inviável a adequada composição e organização das equipes de saúde.

## VALORIZAÇÃO DO PROFISSIONAL

Há para o setor saúde uma política de pessoal implícita, marcada pelo clientelismo, que apresenta características próprias nos diversos níveis e instituições. A ausência de planos de carreira, a diversidade de parâmetros para definição de quadros de lotação, o despreparo das chefias em relação à gerência de recursos humanos, constituem-se em algumas das dificuldades a serem enfrentadas quando se pretende a construção do novo Sistema Nacional de Saúde. Na realidade as distorções só serão corrigidas na medida em que se defina e se explicita a política de recursos humanos para o setor saúde. Alguns pontos de reorientação destas políticas, que foram abordados na Conferência Nacional de Recursos Humanos como relativos à valorização do profissional, serão agora abordados de forma sucinta.

No que se refere ao processo de recrutamento e seleção de pessoal, nos parece claro que deve conter critérios gerais uniformes e transparentes para todos os órgãos do sistema unificado de saúde, observadas sua capacidade operacional e as características de cada região. Os métodos utilizados para selecionar pessoal devem ser ajustados à realidade dos serviços, assim sendo o processo deve ser regionalizado e descentralizado. Entende-se o concurso público como a forma legítima de ingresso de profissionais no setor saúde.

Quanto à definição dos quadros de lotação há que se atentar para que sejam orientados pelas bases coletivas da produção dos serviços de saúde contemplando aspectos relativos a demanda, capacidade instalada, resolutividade e população alvo.

A implantação de plano de carreira, com possibilidade de progressão horizontal e vertical para todas as categorias profissionais deve ser entendida como indispensável para o setor saúde. Um dos parâmetros a serem considerados para ascensão e progressão funcional, refere-se a avaliação de mérito e desempenho, que deve realizar-se sistematicamente tendo como eixo norteador o sentido coletivo do trabalho.

Em relação ao despreparo das chefias no que se refere à gerência dos recursos humanos deve-se pensar em garantir sua capacitação através do estímulo aos já existentes cursos de desenvolvimento de recursos humanos. Por outro lado faz-se, também, necessário que sua inserção organizacional se dê de forma a lhe conferir autonomia de decisão e recursos para ação.

Por fim, há que se considerar a importância da participação dos usuários e dos trabalhadores em saúde como participantes fundamentais no processo de planejamento, execução e avaliação dos serviços e por consequência na formação e controle da política de recursos humanos no setor saúde, ingrediente básico para a consecução destes objetivos.

## CONCLUSÃO

Para finalizar o Grupo Técnico de Recursos Humanos considera que o processo da Reforma Sanitária Brasileira passa por determinantes estruturais que vão além das medidas técnicas que possam aqui ser apontadas. Neste sentido se adota como referência o Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Ressalta entretanto que dificilmente se lograrão os desejados avanços se a área de Recursos Humanos não for tratada com a prioridade estratégica que merece.

Este campo, eivado das maiores distorções, como o clientelismo político, o embate das forças corporativas, acompanhadas de todas as questões anteriormente apontadas deve, no entendimento do GT/RH ser alvo de uma firme decisão sem a qual muitos dos esforços da Reforma Sanitária poderão ser inúteis.

## A VALORIZAÇÃO DO TRABALHO EM SAÚDE

**Fonte:** Santana, José Paranaguá de e Campos, Francisco Eduardo de. "A valorização do trabalho em saúde".  
in **Temas**, Radis, Ano VI, Nº 11. RJ. Fundação Oswaldo Cruz, Novembro de 1988. (pp. 21-22).





## A VALORIZAÇÃO DO TRABALHO EM SAÚDE

José Paranaguá de Santana e  
Francisco Eduardo de Campos

A 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) foi o marco histórico de um processo que a partir daquele momento se está convencendo chamar de Reforma Sanitária. Os postulados e princípios ali aprovados foram, no que se refere à questão de recursos humanos, examinados com detalhe e aprofundamento durante a Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde, realizada em outubro de 1986, a qual apresentou a culminância de um processo de discussão levado a efeito através de pré-conferências em 23 unidades da Federação. Tais princípios e postulados constituíram referenciais e pontos de apoio para o relatório apresentado pelo Grupo de Trabalho sobre Recursos Humanos (GT/RH) da Comissão Nacional da Reforma Sanitária (CNRS).

A implementação dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (Suds), entretanto, tem demonstrado, às vezes com cruzeira, o despreparo político e técnico das instituições de saúde no trato das questões de recursos humanos. Descentralizar e unificar serviços de saúde requer uma determinada abordagem dos campos de abrangência e dos problemas enfiados por uma política de recursos humanos que ainda não foi definida e absorvida pelas instituições de saúde, seja individualmente ou através das instâncias colegiadas de gestão dos sistemas em processo de integração.

A intenção deste documento é contribuir para o estabelecimento dos objetivos e limites de uma proposta de desenvolvimento de recursos humanos que seja encampada pelas instâncias gestoras e de condução política do processo da Reforma Sanitária. Trata-se, então, de propor a ligação entre os ideais e princípios consagrados pelas conferências nacionais acima citadas e as práticas vigentes no interior das instituições de saúde, no tocante à questão de recursos humanos.

A formulação da proposta de desenvolvimento de recursos humanos para a Reforma Sanitária, embora assentada na abordagem gerencial e do planejamento, não poderá descuidar do enfoque sobre a natureza do processo de trabalho em saúde. É necessário realçar a perspectiva do planejamento e da gerência desse recurso particular, à capacidade de trabalho dos indivíduos, cuja utilização mais racional poderá ampliar os objetivos e melhorar os resultados da ação setorial, o que atende à postulação da Reforma Sanitária por um sistema de saúde de cobertura universal e resolutivo.

Embora incorrendo na repetição, vale a pena insistir: é preciso encaminhar as questões enfiadas na concepção advinda da ciência da administração, que define o processo de desenvolvimento de recursos humanos, em etapas de identificação de necessidades, preparação, utilização e manutenção desses recursos. Entretanto, vale destacar que cada uma delas tem seu equacionamento mediado por relações sociais, tanto aquelas inerentes ao trabalho humano implicado na produção de serviços de saúde, quanto outras que estabelecem as ligações desse trabalho com o conjunto de outros trabalhos, ou, de forma mais ampla, que definem as relações entre o setor saúde e a sociedade como um todo.

Idealmente, uma política nacional de recursos humanos em saúde deveria estabelecer diretrizes para a formação e aprimoramento da qualidade da força de trabalho setorial e para sua promoção profissional, que fossem obedecidas pela totalidade dos estabelecimentos de saúde no país. Os problemas de maior relevância deveriam ser objeto de uma intervenção programada e assegurada por instrumentos normativos e financeiros correspondentes à dimensão e complexidade dos tais problemas. Isto implica a realização de estudos das realidades específicas que compõem o mosaico de diversidades da realidade nacional.

Nessa perspectiva, podem ser distinguidos três campos de atuação da política de recursos humanos: a área de valorização do trabalhador, ou seja, das questões de administração de recursos humanos; a área de qualificação do trabalhador, isto é da sua formação e aperfeiçoamento e, por último, o campo do conhecimento da situação e dos condicionantes do trabalho e do trabalhador. Portanto, enquanto função institucional, o desenvolvimento de recursos humanos deve considerar, além das instâncias convencionais de administração e preparação de pessoal, uma terceira, onde se desenvolvam estudos e pesquisas aplicadas, destinadas a subsidiar os processos e a condução das questões anteriores.

Além disso, há que se fazer uma profunda revisão das propostas de atuação, das práticas e atitudes institucionais naquelas duas áreas. É preciso superar a visão estreita e os preconceitos arraigados que tem bloqueado as propostas de valorização do trabalho em saúde. Por outro lado, é também preciso ir além das posturas corporativas que reivindicam a isonomia limitada à questão salarial. É necessário enfrentar outros temas, como a dedicação exclusiva ao serviço público ou a eliminação da “dupla militância”.

O estabelecimento de diretrizes é um requerimento essencial da definição de políticas de ação. E a natureza, isto é, o conteúdo, a abrangência e as implicações de uma diretriz decorrem da natureza do problema cuja solução ou encaminhamento seja objeto da opção política.

Como foi dito inicialmente, os problemas de recursos humanos em face da Reforma Sanitária foram amplamente discutidos no bojo dos trabalhos da 8ª CNS, da Conferência Nacional de Recursos Humanos e da Comissão Nacional da Reforma Sanitária. Ademais, as questões relativas a recursos humanos têm recebido as mais polêmicas atenções em todo o processo de implementação dos Suds. Portanto, não é difícil rastrear os principais problemas, em especial aqueles comuns a diversas realidades regionais e institucionais, com o fito de estabelecer o conjunto de diretrizes da política nacional de recursos humanos em saúde.

Sem pretender esgotar o elenco daqueles problemas, serão destacados alguns deles, objetivando mais ilustrar a proposta de condução política e operacional dos mesmos que delinear uma proposta abrangente de política de recursos humanos:

- a) a diversidade de regimes de trabalho e níveis de remuneração para o mesmo tipo de profissional e de função, no conjunto das várias instituições em processo de integração nos Suds;
- b) a insuficiência, em termos de escassez ou inadequação, das formas de capacitação para o exercício das novas funções gerenciais, decorrentes das propostas de reorganização administrativa e assistencial dos serviços de saúde;
- c) a falta de mecanismos de educação continuada para os médicos envolvidos em tarefas assistenciais que propiciem a manutenção e a melhoria da sua qualificação técnico-científica;
- d) a deficiência numérica de enfermeiros e a perda de suas habilidades assistenciais, em decorrência da sua vinculação a tarefas mais administrativas;
- e) a expressiva participação de pessoal auxiliar com precária preparação para o desempenho de suas funções;
- f) a distribuição de recursos humanos, privilegiando a localização, em especial daqueles com maior qualificação profissional, nos níveis centrais da organização dos serviços: na área urbana em relação à rural, nas grandes cidades em relação aos pequenos municípios, nas áreas centrais metropolitanas em relação às periferias urbanas.

A intervenção sobre esses e outros problemas da maior relevância requer a definição de instrumentos

normativos e disponibilidades financeiras, sem os quais falar sobre política de recursos humanos para a Reforma Sanitária, continuará sendo um exercício demagógico, ainda que embebido de boas intenções. Ademais, para a solução de muitos problemas, não bastarão as disponibilidades normativas e financeiras, necessitando-se de uma condução estratégica na adoção de medidas que contrariem interesses particulares ou corporativos.

Apenas a título ilustrativo, como já foi dito, serão apresentadas e discutidas sumariamente as medidas relativas ao primeiro dos problemas citados acima, restringindo ainda a abordagem ao caso específico dos médicos.

A diversidade de regimes de trabalho e remuneração de médicos é uma situação anterior às propostas dos Suds ou mesmo das Ações Integradas de Saúde. Entretanto, o funcionamento isolado das instituições não colocava em relevo as diferenças vigentes nas relações das instituições com a força de trabalho por elas contratada. Com o advento da integração dos serviços de saúde, em âmbito estadual e municipal, evidenciam-se as disparidades de tratamento relativas a salários, jornadas e trabalho, condições de férias e licenças. Nessas condições germinou e ganhou força a idéia da equiparação salarial entre os empregos das diferentes instituições. Mas a questão é bem mais complexa do que poderia parecer à primeira vista. Há que considerar outros aspectos geralmente negligenciados na discussão do problema, sem o que corre-se o risco de esbarrar na simples confrontação entre as atitudes reivindicativas das corporações e as posições de racionalização de gastos das autoridades sanitárias.

Dentre tais aspectos, destacam-se aqueles cuja negociação é indispensável para o estabelecimento de acordos a partir dos quais poder-se-iam elaborar propostas concretas de isonomia salarial:

- a) a multiplicidade de vínculos empregatícios;
- b) a “dupla militância” (vinculação simultânea ao serviço público e privado, em detrimento do primeiro);
- c) a diversidade de formas ou modalidades de remuneração (contrato CLT e estatutário, credenciamento para serviços hospitalares (AIH) e ambulatorial, tanto pela previdência federal como por outras entidades públicas, etc.);
- d) a debilidade ou impropriedade dos critérios de avaliação e controle do trabalho, em termos quantitativos e qualitativos.

Estes são pontos básicos em que se desdobra a diretriz de equiparação salarial nos Suds. Há, seguramente, outros aspectos, característicos de situações particulares em cada região ou instituição. Mas o objetivo presente é tão somente exemplificar a definição, detalhamento e operacionalização de uma diretriz política de recursos humanos.

O que se pode concluir é que, mantida a atual estrutura de empregos e as modalidades vigentes de remuneração do trabalho médico, a simples isonomia salarial entre os profissionais das secretarias (estaduais e municipais) e do Inamps é uma conquista difícil ou impossível, além de produzir efeitos que, seguramente, não constam das aspirações da grande maioria que advoga tal medida.

O volume de recursos financeiros necessários para pagamento da complementação salarial dos médicos equivale, aproximadamente, ao repasse dos recursos feitos pela Previdência Social para as secretarias; para os médicos detentores de múltiplos vínculos, a equiparação equivaleria a “multi-isonomia”; enquanto a confluência da situação de “dupla militância” e a precariedade vigente dos critérios de avaliação e controle do trabalho, redundaria no agravamento da situação de desprestígio do serviço público, tratado geralmente como um “bico” profissional – o que já é eticamente condenável e que passaria a ser socialmente injusto, como um

“bico” com boa remuneração.

Fica claro, portanto, que a formulação de uma política de recursos humanos para a Reforma Sanitária, que envolve a transição representada pela implementação dos Suds, não se esgota no âmbito dos postulados inequívocos aprovados pela 8ª CNS, nem se completa com as discussões claras e aprofundadas dos problemas realizados pela Conferência Nacional de Recursos Humanos ou pela Comissão Nacional de Reforma Sanitária. É preciso avançar mais e, por que não confessar o desejo, avançar mais rápido.

A responsabilidade de construção das propostas e manejo das condições propícias à sua viabilização são, em boa medida, daqueles que militam nos campos da administração e da preparação dos recursos humanos em saúde, além daqueles que se dedicam ao estudo das condições e dos processos implicados na organização e produção dos serviços de saúde. O processo político que envolve outros atores e confere viabilidade aos projetos de ação não pode prescindir da competência técnica engajada na sua elaboração.

**José Paranaguá de Santana é Consultor da Organização Panamericana da Saúde/Organização Mundial de Saúde-Brasil.**

**Francisco Eduardo de Campos é Professor Adjunto do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Universidade Federal de Minas Gerais.**

**IX CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE**  
(Brasília, 09-14 de Agosto de 1992)

**Fonte:** Ministério da Saúde. "Implementação do Sistema Único de Saúde com relação a Recursos Humanos"  
in **IX Conferência Nacional de Saúde. Relatório Final**. Brasília, 1992. (pp. 28-32).



## **IMPLEMENTAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE...** **Com relação a Recursos Humanos:**

Para a efetiva implantação do SUS é indispensável uma política nacional de recursos humanos, que compatibilize diferentes situações de servidores oriundos de distintos vínculos contratuais de modo a assegurar a operação adequada do sistema. O ponto principal dessa política deve ser a criação de quadros de profissionais de saúde em cada esfera do governo, com a implantação do plano de carreira no SUS que obedeça aos seguintes princípios gerais:

– Regime Jurídico Único em cada esfera de governo, respeitando as autonomias e o definido na Constituição Federal;

– que o plano englobe todos os trabalhadores do SUS, designando-se, portanto, como carreira multiprofissional ou carreira única de saúde;

– que, com os recursos de Saúde de cada esfera de governo, seja viabilizada, também, a implantação e a execução dos planos de carreira e de cargos e salários;

– que seja garantido o ingresso no serviço público exclusivamente por concurso público, sob supervisão dos conselhos de saúde, não sendo permitida a contratação de servidores por prestação de serviços ou por meio de contra-recibo, nem através de terceiros;

– que se adote a isonomia salarial em cada esfera de governo, por nível de escolaridade, com nivelamento pelo salário mais alto, considerando-se também a complexidade na formação;

– que se profira a remuneração baseada na produtividade, definindo-se salários dignos e criação de adicionais por condições especiais de trabalho – local, distância, turno, etc. – e adicional de desempenho;

– que se valorize a dedicação exclusiva no SUS;

– que seja assegurada a progressão permanente na carreira. A progressão deverá se dar tanto por tempo de serviço ou antiguidade como por qualificação ou mérito;

– que os cargos de chefia sejam previstos na carreira, reduzindo-se ao mínimo os cargos de livre provimento (cargos de confiança). Nenhum cargo de chefia deve ser ocupado por proprietários ou sócios de serviços privados contratados ou conveniados, do setor privado e/ou filantrópicos;

– que os cargos de gerência possam ser ocupados por qualquer servidor público, independente da profissão, garantindo-se sua qualificação;

– que se estabeleçam critérios para a redistribuição de servidores federais e estaduais, respeitando as necessidades dos serviços de acordo com as demandas da população;

– que seja assegurada política de formação e capacitação de recursos humanos, que se articule com os órgãos formadores;

– que se avalie o desempenho profissional com critérios definidos no PCCS;

– que se adeque periodicamente os PCCS às necessidades do SUS, mediante negociação trabalhadores-governo, prevendo-se o contrato coletivo de trabalho;



– que os PCCS garantam que as funções gerenciais e técnicas sejam ocupadas preferencialmente por funcionários de carreira, com qualificação específica para o exercício da função;

– que se garanta pleno direito de sindicalização e de greve, cabendo aos trabalhadores instituir mecanismos que atendam às necessidades dos usuários durante a greve. Devem também os governos federal, estaduais e municipais, estabelecerem processos permanentes de negociação coletiva de trabalho com as entidades sindicais dos trabalhadores de saúde, objetivando definir, entre outras, data-base, piso salarial e sistemática de reajustes;

– que sejam garantidas condições dignas de trabalho técnicas e operacionais a todos os profissionais de saúde e uma política de saúde ocupacional efetiva.

**Outros elementos e ações para a efetiva implementação de uma política de recursos humanos para o SUS incluem:**

– promover a imediata regulamentação do art. 200 inciso III da Constituição Federal que atribui ao SUS a tarefa de “ordenar a formação de recursos humanos”;

– contemplar e garantir a qualificação e/ou formação permanente, permitindo a evolução do trabalhador na carreira;

– garantir escolas de formação de trabalhadores de saúde nas Secretarias de Saúde ou através de articulação com Secretarias de Educação, Universidades e outras instituições públicas de ensino superior;

– promover a revisão dos currículos profissionais adequando-os às realidades sócio-epidemiológicas e características étnico-culturais das populações, especialmente dos povos indígenas;

– implementar atividades que favoreçam a tomada de consciência dos servidores quanto a seus direitos e deveres, bem como os dos usuários;

– estender aos aposentados os benefícios salariais dos profissionais na ativa;

– assegurar o estabelecimento de critérios para a formação de profissionais de nível técnico e superior na área de saúde. Tais critérios, definidos pelo SUS, devem ser considerados pelo Conselho Federal de Educação-MEC para a abertura de novos cursos na área de saúde e para a aprovação de currículos dos cursos já em funcionamento. Devem ser garantidos campos de estágios curriculares, de pós-graduação em diversas áreas e de residências médicas e de outras categorias profissionais. A docência poderá ser feita, inclusive por profissionais da própria rede, após capacitação dos mesmos para tal;

– garantir, no nível local de gerenciamento do SUS, uma política de desenvolvimento de pessoal, de formação e capacitação dos trabalhadores da saúde, que possibilite uma atuação ética, de elevado nível técnico e não alienação do trabalhador de saúde, institucionalizando programas de repasse contínuo de informações, capacitação e atualização;

– promover a adequação da política de recursos humanos, considerando os quadros nosológico e epidemiológico de cada região do país;

– assegurar que as Secretarias municipais e estaduais de saúde destinem recursos orçamentários para capacitação e treinamento dos seus quadros de pessoal e criação de núcleos de recursos humanos, com atividades de administração e desenvolvimento;

– garantir a Universidade pública, gratuita, autônoma, democrática e sem fronteiras e estabelecer mecanismos que promovam a sua efetiva inserção no SUS. Para tanto, é necessária a adequação dos currículos dos cursos da área da saúde e a articulação de seus serviços e suas funções de ensino, pesquisa e extensão com o projeto de implementação do Sistema Único, assegurando-se a existência de mecanismos de avaliação contínua do ensino em saúde;

– introduzir no currículo de formação dos profissionais de saúde, estágio compulsório na rede básica de serviços, em íntimo contato com as realidades locais, objetivando a adequação profissional à realidade social;

– promover a incorporação e participação da Universidade em projetos interinstitucionais e multidisciplinares que tenham como principal objetivo a preservação do meio ambiente, a saúde e a educação das comunidades locais;

– garantir a manutenção de programas de residência médica pelas unidades do SUS, e ampliação do número de vagas, contemplando também as demais categorias profissionais da área da saúde. Os programas de residência médica e de outras categorias profissionais nos atuais hospitais do INAMPS e hospitais universitários não deverão sofrer descontinuidade;

– promover a recuperação da dignidade da carreira de docência;

– garantir a formação de profissionais com visão integral, comprometimento social e formação geral;

– promover a formação e sensibilização dos profissionais de saúde sobre os aspectos de gênero nas relações entre saúde e trabalho, assegurando a existência de profissionais com visão de Vigilância Sanitária e da Epidemiologia e demais aspectos relacionados à saúde do trabalhador;

– qualificar agentes comunitários em larga escala para ingresso no serviço público;

– priorizar a qualificação dos níveis médio e elementar;

– recuperar a infra-estrutura das escolas de formação de profissionais de saúde: hospitais, ambulatórios, laboratórios, bibliotecas e recursos para pesquisa;

– promover a inclusão da fitoterapia e outras práticas alternativas nos currículos da área de saúde;

– assegurar a aplicação da portaria 3214 e normas regulamentares do Ministério do Trabalho para os servidores da saúde estendendo para os demais funcionários públicos;

– assegurar o cumprimento da lei do exercício profissional da enfermagem que exige a qualificação do atendente, desenvolvendo-se cursos supletivos de 1º grau em todos os estados, por ser requisito desta qualificação;

– promover apoio à criação de núcleos de discussão da educação em saúde no âmbito dos conselhos nacional, estaduais e municipais de saúde;

– garantir a atuação de equipes multiprofissionais nas unidades do SUS.

Foi aprovada a extinção do duplo vínculo no SUS e pleiteado que sejam assegurados aos servidores do INAMPS cedidos ao Estado ou Município todos os direitos enquanto servidores federais, mantendo o vínculo de trabalho (estatutário) com a União. Foi ainda proposta a criação de núcleos de saúde do trabalhador.

Finalmente, acordou-se que alguns dos pontos contidos na proposta do Relatório Final, por necessidade de aprofundamento dos debates, seriam retomados quando da realização da Conferência sobre Recursos Humanos, a qual, para resguardar a representatividade da Plenária Final, deverá ser paritária entre usuários e demais segmentos. Dentre esses pontos, vale ressaltar: duração da jornada de trabalho dos profissionais de saúde e forma de preenchimento dos cargos de chefia.

**IX CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE**  
**RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE**  
(Relatório do Painel Específico sobre o Tema)

Coordenadora: JOANA AZEVEDO DA SILVA

Painelistas: JOSÉ PARANAGUÁ DE SANTANA  
TÂNIA CELESTE NUNES  
ISAMARA GRAÇA CIRINO GOUVEIA  
JOSÉ LION DE ALMEIDA  
GILSON CANTARINO O'DWYER  
ANTÔNIO CARLOS DE ANDRADE

Relatores: DARCY OLIVEIRA FERREIRA  
FRANCISCO LOPES  
LÚCIA SILVA E SILVA

Brasília, 12 de Agosto de 1992.



## RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE

### APRESENTAÇÃO

O Painel de Recursos Humanos em Saúde evidenciou como preocupação central dos painelistas e participantes a garantia das conquistas obtidas a partir da VIII Conferência Nacional de Saúde, consagradas na Constituição Federal de 1988 e legislação complementar.

Ficou demonstrado que a partir delas esperava-se uma mudança significativa na organização e prática das instituições, tanto isso é verdade que o eixo definido para o painel deixou de ser observado, integralmente, considerando a frustração das expectativas de profissionais e usuários, tendo como novo paradigma a construção de uma nova ética, além do grande desafio de garantir não apenas a manutenção dessa legislação como foi formulada, mas avançar para sua regulamentação e operacionalização, como condição fundamental para a própria implantação do Sistema Único de Saúde.

### ANTECEDENTES

A política estadonovista que criou o Departamento de Administração do Serviço Público/DASP, na década de 40 legou às conjunturas subsequentes uma herança nefasta marcada pelo autoritarismo, centralização e clientelismo, desvinculada da realidade e necessidade do serviço e da população, que até hoje afeta as três esferas do governo: federal, estadual e municipal.

Assim, definições traçadas desde a VII Conferência Nacional de Saúde, como por exemplo as relativas à implantação de Planos de Carreiras como estímulo necessário às categorias profissionais, ao exercício em áreas carentes, à produtividade, à dedicação e ao mérito, até hoje não conseguem ser implantadas devido à essa herança, que se faz sentir em cada tentativa de mudança.

A tentativa de articulação entre universidade e Serviços de Saúde conhecida como Integração Docente Assistencial, datada de 1971, também não se efetivou. Uma publicação do Ministério da Saúde de 1982, "A Organização das Ações de DRH nas Secretarias de Saúde", demonstra a subserviência dos órgãos de saúde às políticas e normas traçadas pela Secretaria de Administração ou Órgão Similar.

Os avanços obtidos na elaboração teórica da questão de Recursos Humanos, consolidados na VIII Conferência Nacional de Saúde e garantidos na legislação posterior, não se concretizaram na prática até esse momento.

### DIAGNÓSTICO

A grave crise que atinge o País foi objeto de análise por painelistas e participantes nos diversos pronunciamentos. Prevaleceu a opinião que não se poderia examinar a situação de Recursos Humanos sem contextualizar seus principais problemas na realidade vivenciada na atualidade pela população brasileira.

A partir desta constatação fez-se um corte para buscar compreender a situação caótica do setor saúde, examinando-se mais detidamente a área pública. Verifica-se nela uma redução de oportunidades de acesso e deterioração da qualidade dos serviços ofertados à população.

Este quadro se revela em três diferentes campos: a limitação ou redução do gasto do investimento público, a aplicação desordenada ou inadequada de novas tecnologias na área de saúde e a deficiência de disponibilidades e uso de recursos humanos.

Com relação a área específica de recursos humanos foram indicados, dentre outros, os seguintes problemas:

- Não integração das diferentes esferas de governo: federal, estadual e municipal;
- Sucateamento do aparelho formador, resultando na insuficiência da capacitação, formação e especialização de recursos humanos, com graves reflexos na prestação de serviços;
- Inobservância dos direitos mínimos sociais e sindicais dos trabalhadores do setor;
- Critérios políticos-partidários (no sentido clientelista) para designação das chefias, resultando no autoritarismo de seus ocupantes;
- Ausência de critérios para designação de chefias e de capacitação e profissionalização das gerências;
- Péssimas condições de trabalho;
- Ausência de uma política de recursos humanos claramente definida, nas diferentes esferas de governo, integrada com o modelo assistencial proposto;
- Desmotivação da força de trabalho na satisfação de suas necessidades no sentido de comprometer-se com a população;
- A não aplicação das Leis 8.080/90 (Título IV) e 8.142/90 (Inciso VI do Artigo 4º) no que se refere a recursos humanos;
- Redução gradativa do poder aquisitivo dos salários dos trabalhadores do setor;
- Órgãos de DRH (preparação e administração) não contam com apoio institucional para a absorção das tecnologias modernas que subsidiem sua modernização;
- Excesso de corporativismo nas relações de trabalho no âmbito das instituições;
- Dificuldades de implementação do processo de trabalho multiprofissional, face a ingerência de órgãos de administração de outros setores de cada esfera de governo;
- Ausência de pesquisa sobre administração de pessoal, especialmente processo de trabalho em saúde;
- Ausência de PCCS e de processo de avaliação de desempenho.

## **ANÁLISE**

Há um amplo consenso sobre a necessidade de superar entraves e limitações dos processos gerenciais de recursos humanos tradicionalmente adotados pelas instituições de saúde, sem desconhecer as questões ligadas aos aspectos de deficiência de preparação. Para que isso venha a acontecer torna-se indispensável aprofundar

uma análise crítica de tais processos e, a seguir, elaborar propostas e trabalhar sua viabilidade, no sentido da inovação e aperfeiçoamento das práticas de administração do trabalho nos serviços de saúde.

É importante reconhecer, como declaração doutrinária, que os avanços democráticos da legislação que regulamenta o trabalho no setor público não devem ser vistos como obstáculo na conquista de patamares mais elevados de eficiência e produtividade.

De outro lado, é necessário adotar uma posição firme na defesa do direito do cidadão por serviços de boa qualidade e acessíveis a todos. A conciliação desses enfoques representa o desafio da “nova” proposta para administração de pessoal no Sistema Único de Saúde.

Um ponto de partida para a caracterização do problema aqui proposto é o seguinte: parte das dificuldades para a gestão adequada de recursos humanos nos serviços de saúde explica-se a partir da regulamentação das relações de trabalho que não considera as peculiaridades deste específico setor de atividades.

– o desempenho de ocupações no serviço público de saúde deveria implicar um compromisso com o atendimento de necessidades e interesses dos seus usuários

– a instituição de certas medidas que visem a otimização do desempenho dos serviços, como o sistema de incentivos à produtividade, esbarra em restrições decorrentes da aplicação de princípios legais do contrato de trabalho, uma vez que não existe uma regulamentação que diferencie tais incentivos, percebíveis em condições específicas de desempenho no trabalho, de outras vantagens incorporáveis de forma permanente como direitos do trabalhador.

– as práticas de controle do trabalho e do desempenho, destinadas a combater os efeitos deletérios da falta de coordenação e integração dos múltiplos trabalhadores envolvidos na prestação de serviços, não têm sido adotadas como rotina nos estabelecimentos de saúde ou, o que é ainda mais grave, não estão disponíveis enquanto métodos de supervisão, coordenação ou comando do processo de trabalho, adequados às condições de operação em instituições de saúde.

A visão mais totalizadora do tema das relações de trabalho deve considerá-lo em três abordagens, de forma complementar:

– na dimensão econômica, enquanto relações de troca, isto é, a permuta entre “capacidade” de trabalho por salário (ou outra denominação que se dê à remuneração), onde capacidade de trabalho é entendida como seu potencial de utilidade, podendo ser designada simplesmente de trabalho e tratada como uma mercadoria;

– na dimensão político-ideológica, enquanto relações de poder e espaço de engendramento de conflitos, e, portanto, campo de possibilidades de enfrentamento entre os interesses do trabalho (ou do trabalhador, o dono de sua própria capacidade de trabalho) e os objetivos institucionais (representados, no caso do serviço público de saúde, por seus dirigentes ou gestores); o que significa reconhecer uma singularidade dessa mercadoria, que é sua capacidade de desenvolver autonomia, isto é, de determinar seu preço, caracterizando o que se poderia chamar uma “mercadoria consciente”;

– na dimensão organizativa do processo produtivo, enquanto relações decorrentes da divisão do trabalho.

De modo equivalente, a abordagem das relações de trabalho, na perspectiva da gerência desdobra-se em três áreas: na definição do preço do trabalho, na interação com esta “mercadoria consciente” e no enfrentamento dos efeitos da divisão do trabalho. Em todas elas podem ser delimitados três planos de ação:



- no espaço das definições e ações jurídicas, desde a legislação até o cumprimento das suas obrigações, como consequência do princípio da legalidade que preside a administração pública;
- no âmbito da atividade econômica, especificamente, da dinâmica do mercado de trabalho;
- no campo das práticas sociais, na interação com as organizações corporativas dos profissionais.

Outros elementos de análise a considerar dizem respeito à notável diferenciação entre as diversas categorias de trabalhadores de saúde, em termos de sua capacidade de ação nos planos referidos anteriormente: jurídico, econômico e social. O conceito de trabalhador coletivo em saúde tem sua utilidade como categoria de análise para entendimento dos mecanismos e formas de recuperação do caráter indissociável do efeito final do trabalho em saúde, construído a partir de tantos trabalhos parciais; é portanto um conceito de aplicação prática no campo da gestão em seus aspectos organizativos do processo produtivo.

No plano da operacionalização, no âmbito institucional das diferentes esferas de governo, dos princípios e preceitos jurídicos construídos e conquistados na última década, ainda prevalece sérios obstáculos a serem superados. Os órgãos setoriais de administração insistem em não compreender os serviços de saúde como um setor que detém peculiaridades que exigem uma forma diferenciada de gerir a totalidade de seus recursos humanos, mantêm-se a herança “daspiana”, agravada pela estruturação sistêmica da administração pública, prejudicando a organização dos serviços e a implantação de planos de carreiras, cargos e salários que reconheçam o mérito e o desempenho do conjunto de categorias profissionais lotados e em exercício na saúde.

Experiências apresentadas neste painel, relacionadas a Municípios com determinação política de reverter este quadro na organização dos serviços de saúde, com ênfase na área de recursos humanos, demonstraram alguns avanços que não foram mais amplos em decorrência das inúmeras dificuldades surgidas da fusão de diferentes culturas institucionais, formas diferenciadas de vínculo empregatício e assalariamento, além da existência de atitudes corporativistas de algumas categorias.

Prevaleceu, finalmente, uma compreensão de que a grave crise de várias origens e matrizes, de âmbito nacional contribuiu, acentuadamente, para inviabilizar a aplicação e desenvolvimento, na forma esperada, de iniciativas nas esferas federal, estadual e municipal dos princípios e diretrizes consagrados desde a VIII Conferência Nacional de Saúde, inseridos na Constituição Federal e legislação complementar. Entretanto, ficou claro que há um grande desafio a ser superado na construção do Sistema Único de Saúde, exigindo criatividade e determinação de todos que estejam comprometidos com esse processo, reconhecendo o importante papel do usuário, como ator consciente em potencial neste cenário que se estabeleceu com a institucionalização dos Conselhos e da IX Conferência Nacional de Saúde.

## RECOMENDAÇÃO

Descreve-se, a seguir, as principais propostas emanadas da apresentação e debates ocorridos durante o painel:

- implantação da supervisão do processo de trabalho como instrumento gerencial que assegure a integralidade do atendimento;
- implementação de sistema de incentivo à produtividade, como mecanismo que vise garantir a qualidade da assistência, merecendo estudos e cuidados especiais pelas distorções em experiências vigentes;
- desenvolvimento da negociação coletiva do trabalho, como instrumento para equacionamento dos conflitos nas relações de trabalho;

- devem ser reconhecidas as formas autogeridas de participação dos trabalhadores na organização e funcionamento dos serviços com expressão de avanços democráticos no campo do movimento trabalhista;
- definição de uma política nacional de financiamento para o desenvolvimento de recursos humanos;
- criação e/ou fortalecimento de núcleos de administração e desenvolvimento de recursos humanos nas secretarias municipais de saúde;
- criação de centros de estudos;
- fortalecer instâncias de formação de caráter permanente, em todos os níveis;
- assumir a iniciativa nas relações com instâncias de administração, nas questões de interesse do setor saúde;
- reestudar critérios de formação de equipes para melhorar a lógica de organização do trabalho;
- desenvolver estudos estratégicos na área de recursos humanos – pesquisa sobre administração de pessoal;
- fortalecer os conselhos existentes, particularizando fórum de recursos humanos a nível municipal e local;
- gestão política;
- articular projetos de capacitação de recursos humanos com planos de carreiras, cargos e salários, buscando a qualificação e a profissionalização;
- retomar o processo de integração ensino/serviço, visando a municipalização dos serviços;
- instituir conselhos gestores locais com a participação dos diversos segmentos, comprometidos com a prestação dos serviços e usuários;
- construir uma nova ética na prestação de serviços de saúde, comprometendo todas as partes envolvidas;
- promover encontro de troca de experiências entre as Escolas de Formação Técnica em saúde existentes no país;
- organização e viabilização de conferência específica de recursos humanos.



## **AGRADECIMENTOS**

**Júlio Barrios T. (Seleção, Organização e Introdução)**

**Solange Mendes Mesquita e Therezinha dos Santos Menezes(Revisão)**

**Janete Maria Leite de Ataíde e Regina Gonçalves Lins (Apoio à Produção)**

**Coordenação de Documentação e Informações/SAG/MS (Apoio Documental)**





Impresso na Papelaria Rio, Importação, Comércio e Indústria Ltda.  
Brasília, dezembro de 1993