

05

# Formação

Formação Técnica em Saúde  
no contexto do SUS

Maio de 2002

**Ministério da Saúde**

Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde - SIS

Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem - PROFAE

© 2002 Ministério da Saúde  
Permitida a reprodução parcial desta obra, desde que citada a fonte  
Tiragem de 30.000 exemplares  
Períodicidade quadrimestral  
Distribuição gratuita

**MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE**  
**Barjas Negri**

**SECRETÁRIO-EXECUTIVO**  
**Otávio Mercadante**

**SECRETÁRIO DE GESTÃO DE INVESTIMENTOS EM SAÚDE**  
**Gabriel Ferrato dos Santos**

**GERENTE-GERAL DO PROFAE**  
**Rita Elisabeth da Rocha Sório**

Formação

Publicação periódica de artigos técnicos e informativos do Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem - **PROFAE**, do Ministério da Saúde, e de artigos analíticos relacionados à área de educação profissional e formação de recursos humanos para a saúde. Quando nominados, os textos são de responsabilidade dos seus autores.

**CONSELHO EDITORIAL:**  
Cláudia Marques  
Francisco Aparecido Cordão  
Gabriel Ferrato dos Santos  
Leila Bernarda Donato Göttems  
Tânia Celeste Matos Nunes  
Valcler Rangel Fernandes  
Volnei Gonçalves Pedroso

**EDITORES RESPONSÁVEIS:**  
Cláudia Dias Couto  
Maria Rebeca Otero Gomes  
Rita Elisabeth da Rocha Sório

**REVISOR DE TEXTO:**  
Rogério da Silva Pacheco

**PROJETO EDITORIAL E GRÁFICO:**  
André Falcão

**EDIÇÃO, DISTRIBUIÇÃO E INFORMAÇÕES**  
Ministério da Saúde  
Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde - SIS  
Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores na  
Área de Enfermagem - PROFAE  
*Esplanada dos Ministérios,  
Bloco G, 8º andar, sala 828  
70.058-900, Brasília-DF  
Fone (61) 3152814 / Fax (61) 2258137  
samets@saude.gov.br*

**PROFAE na Internet:** <http://www.profae.gov.br>

**Disque-Saúde – 0800-611997**

Ficha Catalográfica

**Formação / Ministério da Saúde. Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem. – V. 2, n. 5, 2002. – Brasília : Ministério da Saúde, 2002.**

**Quadrimestral**

**ISSN – 1519-0781**

**1. Enfermagem 2. Educação profissional. I. Brasil. Ministério da Saúde. II. Brasil. Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde. III. Brasil. Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem. IV. Título.**

**NLM WY 108 DB8**

# Sumário

## Editorial

3

**Recursos Humanos para o SUS: diferentes abordagens para qualificar o debate**

## Artigos

5

**Política de Recursos Humanos em Saúde e a inserção dos trabalhadores de nível técnico:  
uma abordagem das necessidades**

Roberto Passos Nogueira

17

**As necessidades do Sistema Único de Saúde e a formação profissional baseada  
no modelo de competências**

Cláudia Maria Silva Marques

29

**Dilemas da regulamentação profissional na área da Saúde: questões para um governo  
democrático e inclusionista**

Sábado Nicolau Girardi e Paulo Henrique Seixas

45

**Educação profissional em saúde no Brasil: a proposta das Escolas Técnicas de Saúde do SUS**

Rita Elisabeth da Rocha Sório

59

**Formação profissional e humanização dos serviços de saúde**

Francisca Valda da Silva e Maria Dalva Gomes Alencar de Souza Menezes

75

**Recursos humanos e qualificação profissional: impasses e possibilidades**

Geraldo Biasoto Júnior

## Entrevista

85

**Escolas Técnicas de Saúde do Sistema Único de Saúde (ETSUS)**

Izabel dos Santos

91

**Centro Formador de Recursos Humanos “Caetano Munhoz da Rocha” – Secretaria de Estado  
da Saúde do Paraná**

Marli Aparecida Jacober Pasqualin

## Editorial

# Recursos Humanos para o Sistema Único de Saúde (SUS): diferentes abordagens para qualificar o debate

Os avanços alcançados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), na última década, dirigidos para garantir a efetivação dos princípios constitucionais e para a necessidade de organizar o sistema de saúde, deparam-se com obstáculos importantes relacionados à gestão e formação de recursos humanos para o setor Saúde.

Verifica-se que o processo de descentralização, realizado com a participação da população, tem sido o pilar fundamental para favorecer a universalização da atenção à saúde de indivíduos e populações. No entanto, a busca pela prestação da assistência integral e de qualidade, adequada aos diferentes perfis epidemiológicos, de maneira equânime, confere crescente complexidade para os gestores do sistema. Para além das dificuldades relacionadas aos contextos econômicos e sociais, é preciso reconhecer os problemas e potencialidades gerados a partir de novas abordagens para velhas questões, como a insuficiência quantitativa e qualitativa dos sujeitos envolvidos na execução do processo de trabalho em saúde.

A complexidade inserida nessa discussão decorre principalmente de seu caráter intersetorial e multidisciplinar com limites gerados inclusive pela própria constituição social e histórica das profissões de saúde no Brasil. Reconhece-se portanto que ações e intervenções de impacto no campo dos Recursos Humanos em Saúde demandam do setor Saúde proposições pactuadas entre diversos atores, com envergadura e amplitude inclusive sobre a legislação existente. Assim, além da formação de milhares de trabalhadores que vêm se cumprindo por meio do Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (PROFAE), identifica-se a importância de se investir nos aspectos que futuramente possam garantir a sustentabilidade da educação profissional para o setor Saúde.

Esta edição da Revista Formação tem como objetivo contribuir para o debate sobre a formação profissional em saúde, considerando diversos aspectos que conformam o atual cenário para realizar proposições na área. Todos os textos aqui publicados, relacionados à educação profissional, à regulação ou à gestão de profissionais, buscaram enfrentar a discussão à luz das necessidades que aparentemente estão imersas no SUS, tanto para a manutenção dos aspectos positivos alcançados, quanto para a construção de alternativas que nos permitam avançar na consolidação de um perfil profissional crítico, participativo, responsável e com competências técnicas asseguradas.

*Otávio Mercadante*  
Secretário Executivo do Ministério da Saúde



# Política de Recursos Humanos em Saúde e a inserção dos trabalhadores de nível técnico: uma abordagem das necessidades

## Human Resources Policy in Health and the insertion of technical staff: an approach on the needs

Roberto Passos Nogueira

Doutor em Saúde Coletiva – Universidade do Estado do Rio de Janeiro

---

**Resumo:** Os anos 90 estabeleceram um novo padrão de intervenção do Estado na configuração do setor de Saúde no Brasil. Essas mudanças trouxeram consigo exigências claras no que se refere às necessidades de oferta e de qualificação de recursos humanos. A execução do Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (PROFAE) em todo o território nacional, sob coordenação do Ministério da Saúde, vem apontando para os pontos nevrálgicos da intervenção do Estado nesse campo. Trata-se das novas necessidades que dizem respeito mais à qualidade do trabalho e menos à quantidade da oferta de trabalhadores. Pode-se afirmar que o desafio está em criar condições infra-estruturais e permanentes, e não apenas acumular meios para executar esse ou aquele processo de capacitação. É requisito dessa política fortalecer a capacidade de formação própria ao Sistema Único de Saúde (SUS) mas sem deixar de incentivar um ajuste das escolas públicas e privadas ao perfil de necessidades de pessoal do Sistema de Saúde como um todo. Nesse caso, a Política Educacional atende ao imperativo da qualidade, em termos de formação técnica e aumento do nível de escolaridade, porém afetando o conjunto do mercado de trabalho em saúde, nos setores público e privado.

**Palavras-chave:** Sistema Único de Saúde; Política de Recursos Humanos; Recursos Humanos.

**Abstract:** In the 1990's a new standard of State intervention in the configuration of the health sector in Brazil has been established. These changes have brought clear requirements for supply and qualification of human resources. The execution of PROFAE, under the coordination of the Health Ministry has disclosed some of the most sensitive points for the State intervention in this field. That is about the new necessities related to work quality, rather than to the amount of workers. It can be said that the challenge lays in creating infrastructural and permanent conditions, and not only in accumulating resources for executing this or that qualification process. The new policy is intended to strengthen the capacity of proper training in SUS (Unified Health System), but stimulating an adjustment of public and private schools to the profile of staff need in the Health System as a whole. In that event, Education Policy is responsive to the requirement of quality, in terms of technical training and raising schooling level, therefore affecting the health labor market as a whole, in both public and private sectors.

**Key words:** Unified Health System; Human Resources Policy; Human Resources.

---



## Introdução: a configuração política do setor Saúde no Brasil nos anos recentes e de seus recursos humanos

Os anos 90 estabeleceram um novo padrão de intervenção do Estado na configuração do setor de Saúde no Brasil. A implantação e a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), em sua gestão descentralizada, é por certo o elemento mais saliente desse padrão, mas pode-se dizer que todas as modalidades privadas e públicas de prestação de serviços de saúde acabaram por ser redefinidas nesse decênio, devido ao envolvimento do Estado no seu financiamento e na sua regulação.

O Quadro I busca resumir alguns dos múltiplos componentes do Sistema de Saúde conforme as principais formas de participação do Estado no seu funcionamento. O extensivo leque destas intervenções vai desde os programas assistenciais mantidos pelo Terceiro Setor, organizados em base comunitária e voluntária, até às entidades privadas que mantêm planos e seguros de saúde. Variados são os agentes institucionais envolvidos e as formas de participação do Estado para cada um deles.

Nota-se nesse quadro a presença de certos componentes bem tradicionais, tais como o setor de profissionais liberais e o de clínicas e hospitais que atendem em regime de livre demanda. Mas a década de 90 registrou um conjunto de avanços na institucionalização de novos componentes do Sistema de Saúde, que não podem deixar de ser tomados em consideração nesta análise, quais sejam:

- emergência de um terceiro setor, que promove e organiza ações de saúde, como parceiro do Estado e de acordo com uma política que lhe confere destaque devido a seu caráter comunitário, nem estatal nem ligado ao interesse mercantil;

- crescimento e diversificação dos tipos de planos e seguros de saúde como opção individual ou institucional que dá garantia de acesso a serviços de saúde, e que, como componente de base contratual mercantil, insere-se dentro da problemática dos direitos do consumidor;

- ampla municipalização dos serviços e da gestão do segmento ambulatorial e hospitalar do SUS;

Quadro I  
Componentes do Sistema de Saúde e principais formas de participação do Estado

Componente	Agentes	Participação do Estado
Assistência comunitária à saúde	Entidades do Terceiro Setor	Subvenções
Assistência profissional à saúde	Profissionais liberais	Regulação pelos conselhos profissionais (paraestatais); incentivo fiscal
Assistência privada à saúde em regime de livre demanda	Clínicas e hospitais privados	Incentivo fiscal
Assistência à saúde em caráter complementar ao SUS	Clínicas e hospitais privados não lucrativos, especialmente os filantrópicos	Convênios e contratos para assistência aos usuários do SUS; incentivo fiscal
Sistema suplementar de assistência à saúde	Entidades mantenedoras de planos e seguros de saúde	Regulação; ressarcimento ao SUS; incentivo fiscal
Programas Saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde	Secretarias de Saúde	Planejamento, financiamento e gestão
Assistência ambulatorial e hospitalar do SUS	Secretarias de Saúde	Planejamento, financiamento e gestão

Fonte: Elaboração do autor.



· difusão, com relativa autonomia, da estrutura e da lógica assistencial do Programa Saúde da Família (PSF), incluindo a estratégia de utilização de agentes comunitários de saúde.

Esses avanços nas formas de gestão, de prestação de serviços de saúde e de regulação pública não seriam possíveis sem uma mudança essencial ocorrida na lógica de operação do Estado e da federação brasileira nos anos 90. Parte dessa mudança inspira-se em diretrizes contidas na concepção original do SUS, que sempre reservou um lugar de destaque aos municípios como base do sistema; outra parte resulta da Reforma Administrativa do Estado, como é o caso da criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar, com sua função reguladora típica. Mas há ainda outra parte devida a um "ajuste institucional" que ocorreu pela adoção, mais ou menos espontânea, de formas flexíveis de gestão que misturam recursos do setor privado aos recursos e à gestão do setor público.

O sistema público de saúde representado pelo SUS é hoje bem mais complexo nos arranjos institucionais que promove do que previa a noção constitucional de um segmento "complementar", constituído por entidades privadas sem caráter lucrativo, ao qual se delegaria ações de atendimento ambulatorial e hospitalar. Com efeito, o SUS opera agora com base numa mistura entre público e privado que abrange modalidades "associadas", de caráter privado, tais como cooperativas, organizações sociais, fundações e entidades filantrópicas "de apoio", organizações não-governamentais (ONGs) etc. Esse conjunto de entidades tem sua configuração ditada por uma coesão que é de tipo político e exige uma negociação permanente com variados agentes institucionais e com corporações profissionais.

A novidade nesse cenário é que certas divisões tradicionais, em que se movia a função de desenvolvimento de recursos humanos no SUS, não podem mais ser aplicadas sem que

haja uma grande perda de eficácia. A idéia de que essa função tem a ver apenas com pessoal pertencente às Secretarias de Saúde deve ser abandonada. À função de desenvolvimento de recursos humanos, como resultante de uma ação de Estado, está reservado um escopo bem maior, que envolve os "quadros externos de pessoal" e, em alguns casos, precisa considerar as necessidades do setor Saúde como um todo. De fato, certas iniciativas de capacitação assumidas pelo Estado precisam ser difundidas no conjunto do Sistema de Saúde, abrangendo mediações institucionais no âmbito do setor Educacional, público e privado, como está exemplificado pela política e pela experiência do Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (PROFAE).

#### Pontos de intervenção sobre a questão

Considerada na amplitude mencionada, a Política de Desenvolvimento de Recursos Humanos de Saúde para o nível técnico não pode estar restrita a certos objetivos e abordagens com os quais as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde costumam realizar seus treinamentos introdutórios ou emergenciais, com o objetivo de firmar certas noções e habilidades necessárias ao SUS e afinadas com uma ótica sobre saúde pública e suas prioridades. A maior parte dos esforços realizados nesse campo consiste em desenvolver textos e cursos de "adaptação", havendo também, paralelamente, algumas iniciativas de profissionalização completa desse pessoal, sobretudo nas escolas técnicas vinculadas ao SUS, com maior ou menor grau de inovação metodológica e integração ensino-serviço, mas ainda em grande parte adscritos às categorias auxiliares do grupo de enfermagem. Mais recentemente, com as necessidades de capacitação de pessoal para a implantação do PSF, essas tendências adquiriram uma dimensão maior, contudo não se pode dizer que tenham sido fundamentalmente

alteradas, a não ser pela necessidade recentemente introduzida de contemplar a formação do pessoal auxiliar na área de Saúde Bucal.

A execução do PROFABE em todo o território nacional, sob coordenação do Ministério da Saúde, vem apontando para os pontos nevrálgicos da intervenção do Estado no campo de desenvolvimento de recursos humanos como um todo. Vem-se colhendo, nesse sentido, idéias mais precisas acerca de qual deve ser a estratégia para ultrapassar essas limitações históricas. Pode-se afirmar que o desafio está em criar condições infra-estruturais e permanentes, e não apenas acumular meios para executar esse ou aquele processo de capacitação. É requisito dessa política fortalecer a capacidade de formação própria ao SUS, mas sem deixar de incentivar um ajuste das escolas privadas ao perfil de necessidades de pessoal desse sistema. Igualmente de grande relevância é a contribuição que os gestores do Sistema de Saúde possam dar para a conformação do sistema de avaliação de competências das diversas categorias técnicas.

Estes são alguns dos objetivos estratégicos que a Política de Recursos Humanos de nível técnico deveria estabelecer no médio e longo prazos:

- mensurar as necessidades e estabelecer metas de formação e requalificação para as diversas categorias de nível técnico;
- influir em nível nacional sobre as definições do sistema de avaliação de competências das diversas categorias;
- modernizar as escolas técnicas pertencentes ao SUS;
- incentivar a adoção de conteúdos curriculares específicos e de maior valia para o SUS nas escolas técnicas privadas;
- estimular o desenvolvimento de métodos de integração ensino-serviço na execução curricular;
- estimular o desenvolvimento de métodos de ensino a distância para a

formação de pessoal (docente e supervisores).

Essa estratégia de conjunto tem de ser alicerçada num eixo federativo fundamental que teve grande proeminência nos anos 80, mas perdeu muito de sua densidade política e capacidade operacional ao longo do processo de descentralização dos anos 90: trata-se da articulação entre o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde dos Estados. A nova ótica requer mais do que uma simples restauração desse eixo; requer que se pense de forma diferenciada os processos de capacitação e de formação que agora não mais se limitam aos "quadros internos" dessas secretarias. Há uma realidade nova, de natureza político-institucional, que impõe a essas secretarias cuidar de ações de desenvolvimento de recursos humanos em três níveis usualmente tidos como "externos": a) das próprias Secretarias de Saúde; b) das entidades públicas e privadas associadas; c) dos componentes privados do setor Saúde.

Com base em experiências anteriores, acontecidas na década de 80, tais como o Projeto Larga Escala, está claro atualmente que a auto-suficiência do setor Saúde em matéria de desenvolvimento de recursos humanos é algo muito limitado - abrange mais que nada o campo dos treinamentos emergenciais e introdutórios. Para qualquer outro processo com maior ambição nos objetivos de aprendizagem, seja na formação ou na educação continuada, o setor vê-se obrigado a estabelecer uma base "multiinstitucional" de entendimento e de ações conjuntas com o setor formal de ensino. Agora têm-se plena consciência de que as Políticas de Recursos Humanos, quando levam em conta a dimensão da qualidade, só podem ser conduzidas a contento com base numa articulação com os setores de Educação e Trabalho.

Três iniciativas recentes merecem ser citadas, pois tiveram destaque no processo de articulação "multisetorial"

para fortalecimento das Políticas de Recursos Humanos em Saúde: a) a expansão e reforma pelas Secretarias Estaduais de Saúde das Escolas Técnicas do SUS, bem como dos cursos que oferecem; b) a implantação, em parceria com universidades, dos Pólos Formação em Saúde da Família; c) a realização de programas de capacitação técnica com apoio do Plano Nacional de Educação Profissional (PLANFOR). Iniciativas como essas introduzem novos atores e novas clientela com suas particularidades, e fazem aumentar a complexidade das tarefas de quem coordena as ações de desenvolvimento de recursos humanos em saúde.

#### Lacunas observadas no mercado de trabalho em saúde e necessidades de formação

As mudanças da configuração política do setor Saúde trazem exigências claras no que se refere às necessidades de oferta e de qualificação de recursos humanos. Há aquelas criadas por novos programas (como o PSF), assim como há necessidades que se identificam no conjunto do mercado de trabalho (como as questões de qualidade associadas ao nível de escolaridade ou de qualificação profissional). Nesse sentido, existem quatro tipos de recursos humanos que merecem ser aqui distinguidos, cada um deles impondo estratégias novas de capacitação e de administração de pessoal:

1. Categorias que são decorrentes e dependentes da própria ação do Estado e que dificilmente podem subsistir com autonomia no mercado de trabalho: por exemplo, os guardas de endemias e os agentes comunitários de saúde.

2. Categorias que são ou deveriam ser induzidas e estimuladas pela ação do Estado, mas que podem ser absorvidas por diversos setores do mercado de trabalho, por exemplo: técnicos de higiene dental.

3. Categorias que correspondem a um contexto técnico e social ultrapassado e que estão em processo

de ajuste devido a exigências de qualidade, tanto no setor público como no privado, por exemplo: os antigos "atendentes" para os quais a política atual impõe sua qualificação como auxiliares de enfermagem.

4. Categorias que compõem um rol múltiplo de funções usuais, tanto no setor público como no privado.

Nota-se que três desses grupos envolvem "necessidades criadas" pelo padrão de intervenção do Estado no campo específico dos recursos humanos e não apenas necessidades "detectadas" por ele no âmbito do mercado de trabalho. Sendo assim, esses e outros aspectos da configuração dos recursos humanos de saúde estão correlacionados às Políticas de Saúde e às ações específicas, programáticas ou gerais, que são variáveis ao longo do tempo. Por outro lado, surgem novas necessidades que dizem respeito mais à qualidade do trabalho e menos à quantidade da oferta de trabalhadores. Nesse caso, as Políticas Educacionais que atendem ao imperativo da qualidade, em termos de formação técnica e aumento do nível de escolaridade, afetam a composição do conjunto do mercado de trabalho e tendem a ser aplicadas ao setor Saúde.

Como tentativa, essas categorias estão identificadas no Quadro II conforme os quatro tipos anteriormente mencionados, que representam casos diferentes e, portanto, exigem tratamento diferenciado na Política de Recursos Humanos em Saúde. Naturalmente, essa classificação serve aqui como uma mera ilustração e não como uma definição política em si mesma.

Como se pode ver, os recursos humanos de nível técnico e auxiliar no campo da Saúde caracterizam-se por uma notável diversidade ou heterogeneidade funcional e educacional. Existem diferenças criadas pela divisão técnica do trabalho e que têm a ver com as áreas e objetos de cada categoria (saneamento, saúde bucal, laboratórios etc.), mas

existem também diferenças devidas ao nível de qualificação e de escolaridade em um mesmo grupo (por exemplo, entre técnicos e auxiliares de enfermagem). Entretanto, chama a atenção o fato de que o número de postos de trabalho das ocupações técnicas e auxiliares estarem fortemente concentradas em torno do grupo de Enfermagem: na soma dos "atendentes e assemelhados" (provavelmente subestimados

nessa fonte) com os auxiliares de enfermagem, e com os técnicos de enfermagem obtém-se nada menos que 66% de todos esses postos de trabalho. De outra parte existem categorias "minoritárias" cuja importância é crucial para o funcionamento de certos serviços de apoio ao serviços de apoio à diagnose e terapia: pode-se citar o pessoal das áreas de Citologia e Histologia, de Reabilitação e de Hemoterapia.

Quadro II  
Postos de trabalho de ocupações técnicas e auxiliares em saúde: Brasil, 1999

Ocupação	Tipo	Número	%
Agente de saneamento	1	4.116	0,6
Auxiliar de consultório dentário	4	18.785	2,6
Auxiliar de enfermagem	4	339.766	47,9
Fiscal sanitário	1	2.602	0,4
Técnico de enfermagem	4	49.604	7,0
Técnico e auxiliar de farmácia	2	10.021	1,4
Técnico e auxiliar em hematologia/hemoterapia	2	5.449	0,8
Técnico e auxiliar em histologia	4	987	0,1
Técnico e auxiliar em nutrição e dietética	4	7.331	1,0
Técnico e auxiliar em patologia clínica	4	14.738	2,1
Técnico e auxiliar em reabilitação	4	4.306	0,6
Técnico e auxiliar em vig. sanitária e ambiental	1	1.365	0,2
Técnico em citologia e citotécnica	2	1.594	0,2
Técnico em equipamentos médico-hospitalares	2	2.072	0,3
Técnico em higiene dental	2	2.834	0,4
Técnico e auxiliar em prótese dentária	4	761	0,1
Técnico em radiologia médica	4	20.231	2,9
Outros - nível técnico e auxiliar	?	35.173	5,0
Agente comunitário de saúde	1	67.503	9,5
Agente de saúde pública	3	11.753	1,7
Atendente de enfermagem e auxiliar operador serviços diversos e assemelhados	3	82.040	11,6
Guarda endemias, agente de controle de zoonoses e agente de controle de vetores	1	9.986	1,4
Parteira	3	3.470	0,5
Outros - nível elementar	-	13.239	1,9
<b>Total</b>		<b>709.726</b>	<b>100,0</b>

Fonte: IBGE – Pesquisa Assistência Médico-Sanitária (AMS/1999).

A reforma educacional que está em curso no País põe em questão essa grande diversidade e lança a idéia de que muitas dessas divisões não atendem aos esquemas dinâmicos e flexíveis de atribuição de tarefas no mercado de trabalho. As diferenças entre esses trabalhadores estão passando a ser entendidas como resultado de um campo de competências acumuláveis, individualmente e em grupo, entretanto não mais como resultado de um perfil de atribuições fixas. Cada vez mais a Política de Recursos Humanos em Saúde deverá estar sintonizada com essa tendência a colocar o foco nas competências da força de trabalho empregada e não na categoria em si.

Anteriormente, a atenção dessa política estava voltada para as categorias prioritárias, as quais, em grande parte, correspondiam àquelas que ajudavam a implementar os programas prioritários de governo. Essa ótica tem de ser ampliada agora porque o SUS é um ator importante na definição e na avaliação das competências em cada área das ações de saúde, no seu âmbito e de um modo geral.

Diante dos tipos e categorias discriminados no Quadro II, aparece uma reflexão fundamental: como trabalhar essa diversidade e que prioridades escolher? Fica evidente, que a Política de Recursos Humanos não tem uma autonomia completa para responder a essa pergunta, porque depende das prioridades gerais definidas nas Políticas de Saúde. Mas o espaço novo que tem ganhado as Políticas de Recursos Humanos surge justamente da inflexão das políticas públicas nos anos 90 que buscaram associar a empregabilidade dos trabalhadores com os aspectos de qualidade da força de trabalho. A qualificação pode ser tomada como um objetivo em si, pois faz parte daquelas condições gerais que fazem melhorar o desempenho da economia.

Na saúde, toda questão de qualidade cruza-se necessariamente com a de quantidade, devido a dois

motivos: primeiro, porque, como dito anteriormente, há uma enorme diversidade de categorias de trabalhadores, cada uma delas requerendo uma estratégia apropriada de qualidade pelo lado educacional; segundo, porque o grupo que é mais numeroso, o de enfermagem, é também considerado o mais problemático do ponto de vista da qualidade. Para ilustrar uma avaliação de "necessidades" apresentamos a seguir uma análise geral dedicada ao grupo de enfermagem.

#### **Fatores da demanda por pessoal técnico de enfermagem**

Um dos fatores que vêm impulsionando a demanda por trabalhadores técnicos de enfermagem é o envelhecimento da população brasileira, na medida em que contribui para o aumento da necessidade de internação e cuidados de reabilitação das pessoas idosas. Nos hospitais, o envelhecimento da população influencia a demanda por trabalho de enfermagem sobretudo mediante o aumento da média de dias de internação. Outros fatores que afetam o crescimento da demanda por trabalhadores de enfermagem estão associados às mudanças organizacionais e tecnológicas dos serviços de saúde, à estrutura de morbidade da população e à expansão da atenção básica, e do atendimento domiciliar em substituição ao atendimento hospitalar.

A demanda por pessoal de enfermagem é, de um modo geral, muito afetada pelo processo de envelhecimento da população, tendo em vista que tal processo contribui para o aumento da necessidade de cuidados especiais e de reabilitação das pessoas idosas. Há vários contextos técnico-assistenciais em que os serviços requeridos por uma população idosa podem ser prestados:

a) em instituições hospitalares, em decorrência de diversas patologias que requerem internação hospitalar;

b) em instituições públicas e privadas, onde os idosos são hospede-

dados e recebem cuidados apropriados por tempo indefinido;

c) na internação domiciliar profissionalizada, que se dá em função da ocorrência de episódios de enfermidades agudas e crônicas;

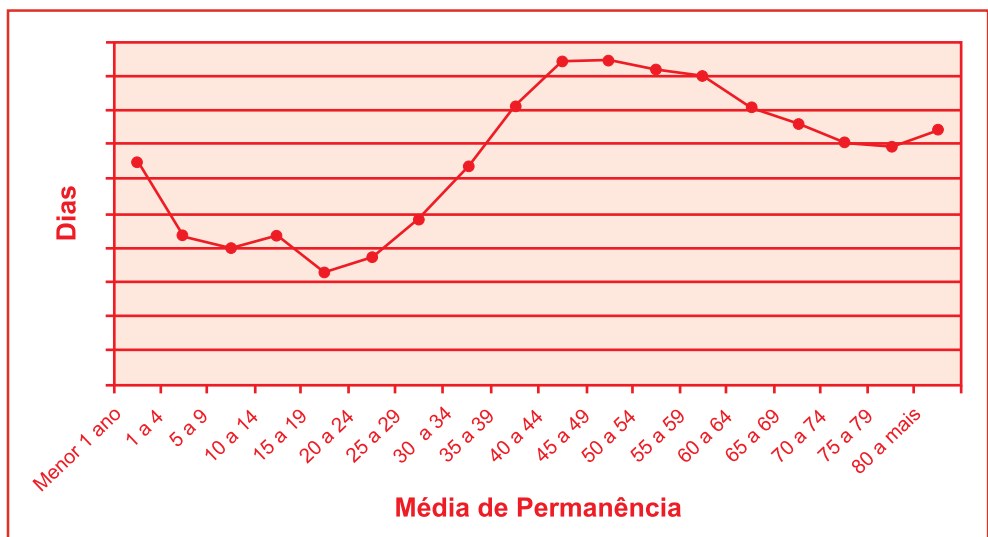
d) no domicílio, com atenção contínua ou "autocuidado" a cargo do grupo familiar.

O Brasil encontra-se atualmente no grupo de países da América Latina que a Comissão Econômica para América Latina e o Caribe (CEPAL)<sup>1</sup> denomina de "transição demográfica plena", caracterizado por uma natalidade em declínio, uma baixa mortalidade e um crescimento natural em torno de 2%. A população brasileira com idade igual ou superior a 60 anos representa de 7,9% do total, uma proporção bem menor que a encontrada em países de transição avançada tais como a Argentina e o Uruguai, que exibem percentuais de 13,3 e 17, respecti-

vamente. No entanto, considerando que se aplica a um total de 169 milhões de habitantes, a maior população da América Latina, essa proporção dá como resultado uma grande massa de pessoas que se encontra na terceira idade.

O hospital parece ser o contexto técnico-assistencial mais importante na determinação da demanda por trabalhadores de enfermagem no Brasil. Há motivos culturais que fazem com que os idosos, em sua absoluta maioria, independentemente da condição econômica, sejam cuidados pelos parentes mais próximos e não alojados em instituições específicas, como ocorre em países da Europa e nos Estados Unidos. Ademais, o cuidado domiciliar profissional é ainda pouco expressivo em comparação com o "autocuidado" prestado por membros do núcleo familiar.

Gráfico I  
Média de Permanência em Estabelecimentos do SUS, por Faixa Etária, 2000



Fonte: DATASUS/MS.

1 CEPAL, Panorama Social de América Latina, Santiago, agosto de 2000.



Nos hospitais, o envelhecimento da população influencia a demanda por trabalho de enfermagem, sobretudo pelo aumento da média de dias de internação. As maiores médias de internação estão associadas aos pacientes nas faixas de idade de mais de 40 anos, devido a maior incidência de enfermidades crônico-degenerativas (Gráfico I). A média de dias de permanência de pacientes internados nos hospitais do SUS é bem mais elevada para os pacientes daquela faixa etária do que para as de menor idade, embora a tendência de aumento dessa média tenha uma queda para as faixas superiores a 60 anos. Em princípio, quanto maior a média de permanência, maior é o consumo de força de trabalho de enfermagem, e o atendimento pode ter a necessidade de aumentar o número de leitos ou melhorar a forma de utilização dos leitos disponíveis.

A estrutura de morbidade também afeta claramente a demanda por força de trabalho de auxiliares de enfermagem, especialmente no ambiente hospitalar. Há enfermidades que exigem uma atenção mais intensiva ou mais contínua da enfermagem, seja para monitorar adequadamente seus sinais e sintomas, seja em termos de indispensáveis intervenções terapêuticas ou de reabilitação, ou, ainda, para dar maior conforto ao paciente. Esse é o caso, por exemplo, da maioria das enfermidades do aparelho circulatório e respiratório. Tais aspectos da morbidade determinam, em última instância, a "intensidade" do trabalho de enfermagem. Por outro lado, certas doenças são mais exigentes em termos da duração total do cuidado de enfermagem, pois exigem um maior tempo de permanência sob regime de internação, como é típico das enfermidades mentais e comportamentais.

As mudanças organizacionais e tecnológicas afetam tanto os aspectos de qualidade quanto os de quantidade da força de trabalho de enfermagem empregada. A introdução de tecnologias complexas e a especialização

em determinadas tarefas assistenciais requerem um maior nível de educação geral por parte do pessoal admitido. Como acontece em outros setores da economia, o aumento da produtividade está associado à elevação da escolaridade do pessoal empregado em serviços de enfermagem. As melhorias tecnológicas e organizacionais podem redundar numa melhor utilização da força de trabalho disponível, quando a demanda cresce, mas isto depende do nível educacional e da formação técnica que tem de ser ajustado a variações de função e ao uso de recursos mais complexos para a assistência ao paciente.

Com a introdução de novas metodologias gerenciais, que usam seletivamente a força de trabalho mais qualificada, e também por efeito da aplicação de novas tecnologias de assistência e diagnóstico que demandam pessoal mais qualificado, é de se esperar que, na próxima década, o segmento com internação (em maior parte de natureza hospitalar) mantenha uma alta demanda por auxiliares de enfermagem e, mais ainda, que proceda a uma triagem mais rigorosa dos pretendentes aos postos de trabalhos, considerando os aspectos de competência técnica, experiência e nível de educação geral.

As Políticas de Atenção Básica atuam no sentido de fazer crescer a demanda por auxiliares de enfermagem no segmento ambulatorial dos estabelecimentos de saúde. A tendência é elevar o nível de qualificação e da escolaridade do pessoal de enfermagem em serviços ambulatoriais públicos é antiga e constituiu, na década de 80, um dos focos da Política de Recursos Humanos de Saúde, dando origem a diversas iniciativas, entre as quais merece destaque especial o Programa Larga Escala.

Na década de 90, com a implantação do Programa Saúde da Família, o chamado nível de atenção básica passou a ser um grande demandante pelo trabalho do auxiliar de enfermagem, cuja presença é obrigatória para a constituição das equipes do PSF.

Algumas das ações prioritárias desse programa e que constituem indicadores de sua eficácia requerem uma participação destacada dos auxiliares de enfermagem, atuando em uníssono com toda a equipe. Trata-se, entre outras, das ações que contribuam para reduzir a mortalidade infantil por diarreia, diminuir as taxas de prevalência da desnutrição e atuar precocemente em casos de pneumonia e desidratação, a fim de reduzir e evitar a necessidade de internação, especialmente entre crianças.

Com a extensão desse programa a todos os grandes centros urbanos, o que certamente irá ocorrer ao longo da década, será ainda maior a demanda por auxiliares de enfermagem nesse nível de atuação. Esse ritmo de progressão da atenção básica faz prever que a ocupação de auxiliares de enfermagem no segmento ambulatorial será substancialmente expandida. Uma variável política, importante para determinar as dimensões efetivas desse crescimento do emprego de auxiliares de enfermagem associado ao PSF, está na dependência de saber se haverá, nesse contexto urbano de maior desenvolvimento econômico-social, um uso ampliado dessa categoria em substituição ou em reforço às funções do agente comunitário de saúde.

### Conclusões

Como evidencia a experiência do PROFAE, as Políticas de Desenvolvimento de Recursos Humanos que tenham uma preocupação saliente com a dimensão da qualidade devem ser conduzidas doravante com base em iniciativas que considerem as prioridades comuns tanto do setor privado como do setor público e tanto os aspectos de educação continuada quanto os aspectos de formação. Isso rompe com uma tendência antiga da área institucional do SUS que é a de concentrar esforços apenas no pessoal do setor público e apenas em processos de treinamento e requalificação. Essas políticas, para serem bem-sucedidas, têm que estar em sintonia com prioridades e programas

de envergadura nacional, que estão se dando nos setores de Educação e Trabalho, ou seja, têm que se beneficiar de uma articulação nacional com esses dois setores, os quais, inevitavelmente, têm de cooperar atualmente na busca de soluções para os problemas criados pelas demandas de constante (re)qualificação do pessoal técnico e pelas dificuldades de inserção no mercado de trabalho. Tanto a experiência de aplicação da nova Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional como a de programas do Ministério do Trabalho, tais como o PLANFOR, têm sido marcos referenciais importantes para criar um novo contexto político e de financiamento no qual as ações de desenvolvimento de recursos humanos em saúde superaram finalmente certas condições históricas de isolamento e de fragilidade de apoio institucional.

A idéia central que se difundiu nos anos 80 e 90 e foi amplamente reconhecida (hoje, inclusive, revestese de fundamentos legais pela Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional), é que o setor Saúde não pode mais se limitar a treinamentos e cursos propedêuticos ou de atualização, mas deve sempre realizar seus processos de capacitação acompanhados de uma titulação para fins de engajamento plenamente legitimado no mercado de trabalho. Essa premissa deve ser observada tendo em conta as necessidades criadas por novos programas específicos do setor público, como também as necessidades de qualidade que se identificam no conjunto do mercado de trabalho, dos setores público e privado.

A esse respeito, um campo novo e ainda permeado por dúvidas, mas do qual não se pode escapar, é o da avaliação e o reconhecimento de competências.

Em todos esses aspectos, o grupo de enfermagem merece especial destaque não só por ser o mais numeroso entre as categorias técnicas, mas também porque é considerado o mais problemático do ponto de vista



da qualidade técnica de sua força de trabalho e no que se refere aos requisitos de humanização no atendimento de saúde à população.

---

### **Bibliografia**

NEGRI, B.; GIOVANNI, G. Brasil: radiografia da saúde. Campinas: UNICAMP, 2001.

MENDES, E. V. Uma Agenda para a Saúde. São Paulo: HUCITEC, 1996.

SAMAJA, J. A reprodução social e a saúde. Salvador: ISC/UFBA, Casa da Qualidade, 2000.

SANTOS, I.; CHRISTÓFARO, M. A. C. A Formação do Trabalhador da Área de Saúde. In: Questões Contemporâneas de Recursos Humanos no SUS. Divulgação em Saúde para Debate, CEBES, ago. 1996.

# As necessidades do Sistema Único de Saúde e a formação profissional baseada no modelo de competências<sup>1</sup>

## Unified Health System needs and professional qualification based on the competencies model

Cláudia Maria Silva Marques

Coordenadora do Sistema de Certificação de Competências/PROFAE

---

**Resumo:** Este artigo trata de um assunto que vem sendo bastante discutido pelas instituições formadoras e pelos vários atores envolvidos com a questão da necessidade de mudanças no modelo de atenção à saúde no Brasil, com vistas à consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS): a formação profissional de trabalhadores comprometidos com estas mudanças. As reflexões aqui realizadas apontam para a relevância de considerar o paradigma político-assistencial do SUS como orientador das propostas de formação dos trabalhadores para o setor, discutindo o significado da Política de Educação Profissional, definida pelo Ministério da Educação (MEC) para a área da Saúde.

**Palavras-chave:** Competência Profissional; Educação Profissional; Promoção da Saúde; Processo de Trabalho; Currículo.

**Abstract:** This article deals with an issue that has been very discussed by qualifying institutions and by the several actors involved in the issue of the need for changing the Brazilian model of health care, aiming at consolidating the Unified Health System [*Sistema Único de Saúde SUS*]: the professional qualification for workers committed to such changes. The reflections herein point out the relevance of considering the political-assistential paradigm of SUS as the guide for proposals to qualifying the sector's workers, discussing the meaning brought by the Policy on Professional Education – as defined by the Ministry of Education – to the Health field.

**Keywords:** Professional Competence; Professional Education; Health Promotion; Working Process; Curriculum.

---

1 Os textos apresentados nos itens 1, 3 e 4 deste artigo representam uma síntese das exposições das doutoras Marise Ramos, Milta Torrez e Neise Deluiz, durante a realização do Seminário: *Certificação de Competências para a Área da Saúde: os desafios do PROFAE*, cujos anais foram publicados pelo Ministério da Saúde, Brasília, 2001.



## O paradigma político-assistencial orientando as propostas de educação profissional

No contexto atual de mudanças no processo de trabalho em saúde, com a introdução de inovações tecnológicas e de novas formas de organização do trabalho, torna-se fundamental para o desenvolvimento das práticas profissionais considerar o contexto e a concepção de saúde, que têm como referências doutrinárias a Reforma Sanitária e como estratégias de reordenação setorial e institucional o Sistema Único de Saúde (SUS) (Brasil, Ministério da Saúde, 1999).

Essas referências estão inspiradas no paradigma da Promoção da Saúde, que aponta para a formulação de um conceito ampliado de saúde, transcendendo a dimensão setorial de serviços e, ainda, considerando o caráter multiprofissional e interdisciplinar desta produção. No âmbito do Governo e da sociedade em geral, aumenta a consciência da necessidade de reordenação do Sistema de Saúde, no sentido de conquistar essa nova dimensão do trabalho. Isso requer, dentre outras questões, a compreensão global do processo de trabalho, uma maior articulação entre os diversos setores e a recomposição dos trabalhos antes parcelados.

Assim, a atenção à saúde – e não apenas a assistência médica – incorpora novos espaços de atuação profissional e novos processos de trabalho, requerendo efetivo compromisso dos trabalhadores com a concepção ampliada de saúde, estabelecendo-se a transcendência do setorial e uma diversificação dos campos de prática.

Por outro lado, a integralidade da atenção, reconhecida como um princípio que contempla as dimensões biológicas, psicológicas e sociais do processo saúde-doença, deve ser difundida como uma nova cultura da saúde na educação profissional. Pode-se afirmar, então, que o paradigma político-assistencial torna-se também político-pedagógico, orientando as

propostas de educação profissional para o setor.

A análise do processo de trabalho em saúde permite evidenciar os conhecimentos e as relações de trabalho que estruturam a atividade profissional. Essa análise, no entanto, deve se dar numa perspectiva totalizante, em que sejam considerados não apenas os determinantes técnicos, operacionais e organizacionais do processo de trabalho, mas também os determinantes de caráter econômicos e produtivos, físicos e ambientais, históricos e sociais, culturais e políticos. Deve considerar também que os trabalhadores compõem essa realidade objetiva, construindo relações de trabalho intersubjetivas. Disso se depreende que a formulação de propostas de educação profissional para os trabalhadores da área da Saúde não pode se restringir à dimensão técnico-instrumental, tornando-se uma simples estratégia de adaptação às necessidades do processo produtivo.

A investigação do processo de trabalho deve permitir identificar não apenas as atividades que lhe são pertinentes mas, fundamentalmente, deve permitir evidenciar os conhecimentos de caráter técnico-científico e socio-cultural que nele estão expressos.

A adoção do modelo de competências para a formação profissional de nível técnico em saúde deve levar em conta que as competências profissionais são construídas pelos próprios trabalhadores, como sujeitos deste processo e que tanto os espaços formativos quanto as organizações de trabalho deverão se constituir em “instâncias qualificadoras”, propiciando aos alunos condições de participação, de diálogo, de negociação e de intervenção. Isso implica em mudanças nas estratégias pedagógicas, com redefinição do papel dos docentes e discentes nas escolas, e na organização dos processos de trabalho nas instituições empregadoras. Partindo dessa compreensão, esse modelo deverá possibilitar a construção de competências ampliadas, abrangendo várias dimensões ainda

pouco reconhecidas ou valorizadas na organização do trabalho, tais como a iniciativa, a autonomia e o trabalho em equipe.

### Reorientando a prática pedagógica nas escolas : questões referentes à Política de Educação Profissional Brasileira<sup>2</sup>

A noção de competências na política educacional brasileira se manifesta nos planos estrutural (estruturar processos educativos) e conceitual (organizar o processo pedagógico). As reformas curriculares visam reorientar a prática pedagógica organizada em disciplinas para uma prática voltada para a construção de competências.

A estrutura da educação profissional com base em competências é constituída pelas seguintes etapas:

**a) análise do processo de trabalho**, para a definição do perfil de competências. Essa etapa foi realizada pela Secretaria de Educação Média e Tecnológica (SEMTEC/MEC), por meio de comissões técnicas compostas por professores e profissionais do setor ou área de produção. A partir da investigação dos processos de trabalho (análise funcional), foram definidas 20 áreas profissionais, dentre as quais, a área da Saúde;

**b) normalização das competências**, quando se estabelece um acordo social em torno do perfil, gerando as normas de competência que servem de referência para os desenhos curriculares e para a avaliação. As normas de competência relacionadas às áreas profissionais assumiram o formato de documentos desenvolvidos em três níveis:

- no primeiro nível estão as Diretrizes Curriculares Nacionais da Educação Profissional de Nível Técnico (DCN), que conferem caráter mandatário aos perfis de competências, acompanhados das respectivas cargas horárias mínimas a serem obedecidas pelas instituições quando da implementação de cursos;

- no segundo nível estão os Referenciais Curriculares Nacionais

(RCN) descrevendo as funções, as subfunções, as competências, as habilidades e as bases tecnológicas para cada área profissional. Esses documentos não têm caráter mandatário, mas apenas o propósito de subsidiar as escolas na elaboração dos perfis profissionais de conclusão e na organização e planejamento dos cursos (Brasil. CNE/CEB. Resolução nº 4/99, art. 7º, § 1º);

- no terceiro nível estão as instituições formadoras, incumbidas da elaboração dos planos de curso, dos quais devem constar: justificativa e objetivos; requisitos de acesso; perfil profissional de conclusão; organização curricular; critérios de aproveitamento de competências; critérios de avaliação; recursos físicos e humanos; certificados e diplomas (*id.*, art. 10).

**c) formação por competência**, realizada por meio de um currículo desenhado com base no perfil de competência; e

**d) avaliação por competência**, com base nas normas definidas.

Por se referirem à área profissional, as competências definidas nas Diretrizes Curriculares Nacionais são abrangentes e definidas, portanto, como **competências profissionais gerais**. Técnicos com habilitações diversas, mas relativas a uma mesma área, devem deter as mesmas competências profissionais gerais, às quais devem ser acrescidas as **competências profissionais específicas** da habilitação.

Um perfil profissional, então, seria definido por três classes de competências:

- competências básicas – desenvolvidas na educação básica;

- competências profissionais gerais – voltadas para o exercício de diversas atividades dentro de uma área

<sup>2</sup> O texto apresentado neste item foi adaptado de Ramos, Marise. *A Pedagogia das Competências: Autonomia ou Adaptação?* Capítulo III. São Paulo, Cortez, 2001.

profissional, independentemente da habilitação específica. Essas competências, como já mencionado, foram definidas pelas DCN;

- competências profissionais específicas, próprias de uma habilitação – definidas, sem caráter mandatário, nos RCN. (*id.*, art. 6º, parágrafo único).

A partir dessas definições, as instituições educativas são desafiadas a construir seus planos de curso, propondo uma organização curricular com base em competências.

### A escola enfrentando desafios

O desafio de incorporar a noção de competência nos processos de formação implica em compreender quais elementos estão subjacentes a ela (evidenciar quais são os conhecimentos ou os conteúdos efetivos da competência, considerando o conjunto de conhecimentos de caráter sociocultural, técnico-científico, dentre outros). Isso implica em conhecer quais elementos ou aspectos valorativos se manifestam na competência, assumindo que a construção do conhecimento não pode estar limitada a uma perspectiva operacional, instrumental ou da execução de tarefas.

A reflexão sobre o conceito de competência remete as suas três dimensões: às capacidades, às atividades de trabalho e ao contexto em que essas atividades são realizadas. Essas três dimensões constituem os elementos implícitos à competência. As capacidades são fundamentalmente os recursos cognitivos que são desenvolvidos e aos quais se recorre para realização de alguma atividade. As competências, no entanto, são exercidas em contextos específicos, com suas características e peculiaridades. Construir um processo de formação, que associe essas três dimensões, implica investigar as capacidades fundamentais a que se recorre para realizar as atividades com êxito e pertinência em contextos desafiadores. Implica, portanto, estudar e

identificar quais são os elementos que podem levar a um desempenho competente. Assim, é importante considerar que nenhum fazer em si, isoladamente, expressa efetivamente as competências de uma pessoa; se assim fosse, poderia-se pensar em formação unicamente pela perspectiva do treinamento, pois se uma pessoa repete tarefas suficientemente bem, quantas vezes seja necessário, se deduziria que ela adquiriu as respectivas competências. Essa visão está longe de remeter a uma idéia de competência como um constructo mais complexo.

Nesse sentido, como pensar uma formação baseada em competência que não limite a construção do conhecimento à repetição ou à seleção de conteúdos valorizados por serem úteis ou pragmáticos? Como realizar uma formação que valorize todo o conjunto de conhecimentos científicos e socioculturais, com a finalidade de ir além do que pode ser observado mais diretamente como expressão de uma competência? E, ainda, como avaliar as competências a partir de um desempenho observado, uma vez que elas são mais amplas e complexas do que o diretamente observável?

O que se apresenta como desafio para a educação e para a escola é justamente saber até que ponto os currículos, da forma como estão estruturados, são capazes de desenvolver competências efetivas. Até que ponto os currículos, tal como hoje são construídos, levam o estudante a enfrentar situações de aprendizagem significativas, fazendo-o se sentir desafiado frente a situações reais de vida e de trabalho? Há, portanto, um questionamento essencial sobre currículo disciplinar, mas a questão fundamental vai além de uma discussão da validade (ou não) do saber disciplinar. O desafio de buscar novas estratégias de ensino, do ponto de vista formativo, é algo posto não pela emergência da noção de competência, mas pela reflexão sobre o papel da escola. A noção de

competência traz uma oportunidade importante para o enfrentamento desse debate, até se conseguir ultrapassar o risco de limitar as práticas pedagógicas ao tecnicismo. É necessário pensar quais referências teórico-metodológicas orientarão o debate, considerando a realidade do mundo profissional, político e social. A construção de saber realmente significativo implica uma reflexão sobre a competência numa dimensão humana e social, isto é, para além de uma característica própria do sujeito individual ou abstrato.

### **Construindo o processo de formação com base em competências**

Como sujeito social, a escola tem um papel fundamental que ultrapassa à formação específica para o exercício profissional, uma vez que essa instituição é capaz de estabelecer relações com o conhecimento socialmente construído, trazendo-o para a realidade mais específica do exercício da atividade. Assim, a escola deve se abrir para o mundo do trabalho, para a realidade, incorporando o fato de que os saberes são sempre contextualizados. A pedagogia das competências é uma provocação para essa abertura, uma vez que possibilita resgatar a importância do conhecimento significativo, de construir o conhecimento e os processos de ensino-aprendizagem, tendo como motivações fundamentais as experiências e a realidade do mundo em geral.

Entretanto, se o currículo for estruturado com base na transferência linear das análises do processo de trabalho para a escola, corre-se o grande risco de torná-lo tecnicista. No caso da saúde, uma formação mais ampla, a partir de uma leitura da realidade que transcenda a perspectiva biológica, é algo que deve estar presente no esforço de mudança dos currículos para a educação profissional. Quando se afirma que a questão saúde é intersetorial, interdisciplinar, estabelecem-se relações político-pedagógicas no currículo, as quais orientarão a formação profissional.

Considerando a competência muito mais como um ato social do que como a expressão de conhecimentos acumulados, é possível compreender que compromisso é subjetivamente mobilizado e construído em prol de uma atitude competente. Essa forma de conceber competência vem ao encontro do conceito de saúde como qualidade de vida, preconizado pelo SUS. Esse compromisso implica, sem dúvida, na busca de conhecimentos e expressa uma visão política e pedagógica da competência, já que transcende a técnica. Da mesma forma, a compreensão do cuidar em saúde, para além da atenção à doença instalada, leva ao compromisso de entender a competência também como expressão da responsabilidade. Considerando que, ética e filosoficamente, compromisso e responsabilidade são parceiros da autonomia, é indispensável que o processo formativo e a organização do trabalho admitam que as ações profissionais competentes transcendam às prescrições, não sendo, contudo, sinônimo de independência, e sim de interdependência, entendida como responsabilidade (compromisso entre as partes) e reciprocidade (interação). Nesta perspectiva, a instituição formadora, ao traduzir as competências necessárias para o cuidar em saúde, precisa ter competência política para superar uma compreensão do conceito de competência limitado apenas a sua dimensão técnica, geralmente aprendida de forma fragmentada.

A política de currículo para a educação profissional baseada nas Diretrizes e nos Referenciais Curriculares Nacionais desafia todos a terem competência política, pedagógica, técnica e ética para compreender qual o significado dessa mudança para o setor Saúde.

### **A elaboração do perfil de competências profissionais do auxiliar de enfermagem: uma experiência em construção**

A ordenação da formação de recursos de humanos se constitui numa responsabilidade político-



institucional do Ministério da Saúde e, neste sentido, dentre outras iniciativas<sup>3</sup>, o Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (PROFAE), está sendo implementado com o objetivo de qualificar trabalhadores desta área que exercem sua profissão de forma irregular em termos educacionais, ético-profissionais e trabalhistas. Ao mesmo tempo, o PROFAE atua viabilizando condições de continuidade e sustentabilidade para os programas de formação de nível técnico, buscando garantir a qualidade da assistência em enfermagem e impedir que um novo contingente de trabalhadores em situação irregular possa surgir. Para concretizar esses objetivos, o Projeto desenvolve duas linhas de ação: redução do déficit de pessoal qualificado em auxiliar de enfermagem para atuar no setor e reforço do quadro normativo e de regulação na área da Saúde, com a criação de condições técnico-financeiras para a continuidade dos processos de formação técnica em saúde, em especial do pessoal de enfermagem. O Sistema de Certificação de Competências (SCC) se insere no Projeto e está voltado exclusivamente para os egressos dos cursos de qualificação profissional em auxiliar de enfermagem por ele implementados.

Para a implantação do SCC estão estruturados três grandes processos ou etapas, interligados e interdependentes: a padronização ou a normalização; a construção de currículo baseado em competências, a avaliação e a certificação. Essa metodologia segue o padrão internacional de processos de certificação; entretanto, o SCC/PROFAE ajustou as metodologias pertinentes ao desenvolvimento de cada uma dessas etapas às especificidades do setor Saúde, particularmente à Enfermagem.

A primeira etapa para a construção do sistema – padronização ou a normalização, consistiu na elaboração da “norma de certificação”, cujo conteúdo indica as competências

profissionais do auxiliar de enfermagem, pactuadas entre os diversos atores envolvidos com o trabalho deste profissional (trabalhadores da área de Enfermagem em geral, gestores e empregadores, órgãos de classe etc.). Um aspecto fundamental da norma é sua consistência com o que rege a prática profissional, ou seja, sua coerência com a maneira pela qual a prática é definida pelos atores que dela participam.

A norma orienta a definição das estratégias de avaliação (incluindo a elaboração e aplicação de provas) e pode servir de base para a construção de currículos baseados em competências.

#### *O processo de construção da norma: breve relato da metodologia utilizada*

Embora as atribuições do auxiliar de enfermagem estejam regulamentadas em lei, a metodologia de implementação do SCC exigiu a definição e validação do perfil de ações desse profissional como pré-requisito para a elaboração da norma. Ao mesmo tempo, o processo de elaboração e validação do perfil de ações do auxiliar de enfermagem abriu, para a área da Saúde, uma oportunidade de identificar as necessidades de adequação desse perfil ao modelo de atenção à saúde definido pelo SUS, bem como aos Referenciais Curriculares Nacionais da Educação Profissional de Nível Técnico para a área da Saúde, do Ministério da Educação.

A elaboração do perfil de ações do auxiliar de enfermagem envolveu duas fases: na primeira, foi sistematizada uma proposta preliminar do perfil, mobilizando profissionais das diferentes áreas de atuação da enfermagem, das várias regiões do País; na segunda, a versão preliminar do perfil

3 Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina – Uma nova Escola Médica para um novo Sistema de Saúde; Capacitação em Desenvolvimento de Recursos Humanos de Saúde – CADRHU; Desenvolvimento Gerencial de Unidades Básicas do Sistema Único de Saúde (GERUS/SUS).



foi submetida a um processo de validação, sendo utilizado um modelo de pesquisa qualitativa (grupos focais), que permitiu não apenas validar o perfil apresentado, mas também identificar as reações, percepções e a compreensão dos entrevistados em relação à proposta.

Para a quantificação e definição dos grupos, algumas variáveis passíveis de gerar e explicar as variações no perfil do auxiliar de enfermagem foram consideradas, tais como: a diversidade regional do País; as diferenças entre capital e interior; as visões dos vários segmentos profissionais mais diretamente envolvidos com o trabalho do auxiliar de enfermagem; o tipo, o tamanho e a complexidade das instituições em que o auxiliar de enfermagem desenvolve seu trabalho. Considerando essas premissas, a pesquisa foi desenhada da seguinte forma:

- locais de realização: Belém (PA); Recife (PE); Belo Horizonte (MG); Curitiba (PR); e Campo Grande (MS), garantindo a representatividade de todas as regiões do País;

- participantes dos grupos: 150 profissionais, reunindo auxiliares de enfermagem, enfermeiros dos serviços de saúde, docentes envolvidos com a formação do auxiliar de enfermagem, empregadores e gestores, todos recrutados em diferentes tipos de instituições (públicas, privadas, de pequeno, médio e grande porte, de baixa, média e alta complexidade, da capital e do interior do estado);

- tipos de grupos:

- a) formado apenas por auxiliares de enfermagem da rede básica (centros e postos de saúde) e de hospitais ou clínicas, da rede pública e privada;

- b) reunindo empregadores de auxiliares de enfermagem (administradores de hospitais ou de clínicas, gerentes de postos de saúde) e gestores da área da Saúde (secretários municipais ou seus executores);

- c) integrado por enfermeiros atuantes nas instituições de saúde e

docentes responsáveis pela formação de auxiliares de enfermagem.

A técnica utilizada na pesquisa foi a de discussão em grupo, conduzida por uma moderadora, com o apoio de um roteiro e do instrumento definido para a pesquisa (a versão preliminar do perfil de ações do auxiliar de enfermagem). As reuniões foram gravadas em fitas de áudio e posteriormente transcritas para a análise de seus conteúdos. Uma só profissional moderou todos os grupos e fez a análise de seus conteúdos.

O roteiro de discussão, para todos os grupos, continha dois blocos: indicação espontânea, pelos participantes, das ações realizadas pelos auxiliares de enfermagem, a partir de suas diferentes visões e realidades profissionais; e apresentação, pela moderadora, da versão preliminar do perfil de ações do auxiliar de enfermagem para discussão da pertinência e adequação das ações, bem como manifestação das percepções e compreensão dessas ações pelos participantes.

*Como o perfil de ações do auxiliar de enfermagem foi transformado na norma de certificação de competências*

A elaboração da norma pautou-se em três pressupostos considerados essenciais:

- a coerência interna em relação ao conceito de competência (amplamente discutido no documento “Referências Conceituais para a Organização do Sistema de Certificação de Competências/PROFAE”) assumido pelo Projeto;

- a necessidade de contemplar todos os aspectos relacionados à prática do auxiliar de enfermagem, considerando suas especificidades em relação a locais de produção dos serviços; formas de inserção, organização e regulação do trabalho; e atendimento das demandas dos indivíduos, grupos e coletividades;

- a observância a leis, decretos, resoluções e pareceres que regulam a formação e o exercício profissional do auxiliar de enfermagem.

Diante do exposto, o perfil de ações do auxiliar de enfermagem validado foi analisado e reinterpretado no sentido de identificar os eixos integradores que estruturam a prática deste profissional. Foram identificados seis eixos: a promoção da saúde e prevenção de agravos; a observação, coleta e registro de informações; a assistência na recuperação da saúde; a assistência em situações de urgência e emergência; a organização do próprio trabalho; e o planejamento e avaliação, em equipe, do trabalho das unidades de saúde.

A partir desses eixos, foram descritas as competências profissionais do auxiliar de enfermagem, buscando expressá-las de forma ampliada e abrangente às várias dimensões do trabalho deste profissional.

A equipe que elaborou a norma dedicou especial atenção para que a realidade de trabalho (bastante explicitada na pesquisa de validação do perfil de ações do auxiliar de enfermagem), por vezes pressionada por déficits de profissionais ou por dificuldades econômicas, não ditasse um perfil profissional distorcido. A norma buscou atender aos objetivos do PROFAE e particularmente permitir a verificação de lacunas e fragilidades na formação dos trabalhadores, estimular uma atitude avaliativa das instituições formadoras e fornecer subsídios para a construção de currículos estruturados em competências. Essas características imprimiram um modelo de norma com uma redação mais generalizável, abrangente e ampliada, de forma a caracterizar o trabalho em equipe. Além disso, a norma buscou traduzir a necessidade de implementação de uma nova organização do processo de trabalho em saúde que rompa com o antigo padrão de fragmentação e rotinização de tarefas, caracterizando um perfil de desempenho ampliado para o auxiliar de enfermagem, tal como é exigido pelas bases legais, políticas e estratégicas desenvolvidas pelo Ministério da Saúde. A norma

procurou traduzir essas novas perspectivas, entendendo que todas as competências nela especificadas são cumpridas segundo o planejamento e as normas dos serviços de saúde, onde já estão embutidas as capacidades de cada categoria profissional, conforme sua especificidade e normas legais vigentes.

Considerando a relevância e complexidade do assunto, a construção da norma envolveu várias etapas de trabalho e contou com a participação de profissionais da área de Enfermagem das várias especialidades e regiões do País. Dessa forma, foi elaborada uma minuta, submetida a consulta pública por um período de 40 dias e posteriormente homologada pelo Conselho Consultivo Nacional do Sistema de Certificação de Competências/PROFAE<sup>4</sup>. Assim, a norma de certificação de competências do auxiliar de enfermagem é resultado de um consenso entre os atores sociais envolvidos com o trabalho deste profissional.

Essa norma, entretanto, deverá ser analisada, revisada e integrada ao perfil de ações do técnico de enfermagem tão logo seja elaborado e validado.

---

4 Conselho Consultivo Nacional foi instituído como parte da estrutura organizativa do SCC/PROFAE. Tem atribuições de articulação e negociação político-institucional, além da apreciação e homologação de propostas e produtos em etapas críticas do processo de implementação do sistema. É integrado por representantes dos Ministérios da Saúde, Educação e Trabalho e Emprego, do Conselho Nacional de Saúde, do Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde, do Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde, da Associação Brasileira de Enfermagem, do Conselho Federal de Enfermagem, da Central Única dos Trabalhadores, da Federação Brasileira de Hospitais e da Confederação Nacional dos Trabalhadores da Saúde.

## Reflexões Finais

As idéias apresentadas neste artigo buscaram levantar questões relevantes para o debate sobre o complexo tema da formação profissional na área da Saúde, tendo como premissa principal a importância dessa formação estar referenciada na Política de Saúde assumida pelo Ministério da Saúde, que propõe a inversão do modelo de atenção (priorizando a promoção da saúde e a prevenção de agravos), a ênfase na atenção básica e a regionalização e hierarquização das ações. Por outro lado, a Política de Educação Profissional, implementada pelo Ministério da Educação, determina que as instituições formadoras reorganizem seus currículos de formação com base no modelo de competência. A reflexão sobre esses dois aspectos remete a pelo menos duas questões: que os espaços formadores devem investir esforços nas mudanças dos métodos de ensino e em novas propostas de formação docente e que os espaços de trabalho devem permitir aos trabalhadores a expressão de suas competências, em termos de autonomia, iniciativa, participação, diálogo, negociação e intervenção sobre as situações próprias ao seu trabalho.

Do ponto de vista da escola, se a formação do trabalhador de saúde estiver reduzida à esfera puramente profissional, em detrimento de uma formação integral que abranja a dimensão da cidadania, isto significaria uma abordagem reducionista do conceito de competência. Da mesma forma, a apropriação acrítica desse conceito conduziria a uma abordagem individualizante e individualizada da formação.

É necessário, portanto, não perder de vista a perspectiva histórica do processo de trabalho e de formação, uma vez que as competências variam historicamente, de acordo com os contextos sociais, econômicos e culturais, e dependem dos embates entre as visões de mundo dos diversos atores sociais. Na área da Saúde, é fundamental que a nova visão de qualidade seja incorporada aos

processos de formação, garantindo a perspectiva da humanização do cuidado, o que envolve os aspectos éticos, a organização do trabalho, a tecnologia (no sentido amplo), o processo de trabalho, a equipe de saúde e o usuário dos serviços.

A competência deve ser compreendida como um conceito político-educacional amplo, como um processo de articulação e mobilização de conhecimentos gerais e específicos, de habilidades teóricas e práticas, de exercício eficiente do trabalho, que possibilite ao trabalhador participação ativa, consciente e crítica no mundo do trabalho e na esfera social.

---

**Nota:** Os documentos: Referências Conceituais para a Organização do Sistema de Certificação de Competências/PROFAE, Relatório Final da Pesquisa de Validação do Perfil de Ações do Auxiliar de Enfermagem, Norma para a Certificação de Competências do Auxiliar de Enfermagem/PROFAE encontram-se disponíveis no site: [www.profiae.gov.br](http://www.profiae.gov.br).

---

## Bibliografia

BRASIL. Ministério da Educação. Decreto nº 2.208, de 17 de abril de 1997. Regulamenta o § 2º do art. 36 e os arts. 39 a 42 da Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que estabelece as Diretrizes e Bases da Educação Nacional. **Educação Profissional: Legislação Básica**. 2. ed. Brasília: Programa de Expansão da Educação Profissional, 1998.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação e Câmara de Educação Básica. Parecer nº 16, de 5 de outubro de 1999. Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Profissional de Nível Técnico. Disponível em: <<http://www.mec.gov.br/cne/parecer.shtm>>. Acesso em: 22 jul. 2002.

\_\_\_\_\_. Resolução nº 4, de 8 de dezembro de 1999. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Profissional de Nível Técnico. Disponível em: <<http://www.mec.gov.br/cne/resolucao.shtm>>. Acesso em: 22 jul. 2002.

\_\_\_\_\_. **Referenciais Curriculares Nacionais da Educação Profissional de Nível Técnico**. Brasília: Programa de Expansão da Educação Profissional, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Referencias Conceituais para a Organização do Sistema de Certificação de Competências/PROFAE**. Brasília, 2000.

\_\_\_\_\_. Oferta de qualificação é necessária para melhorar a atenção à saúde. **Formação**. Ministério da Saúde, Brasília, n. 1, p. 7-12, 2001.

DELUIZ, Neise. Qualificação, competências e certificação: visão do mundo do trabalho. In: SEMINÁRIO “CERTIFICAÇÃO DE COMPETÊNCIAS PARA A ÁREA DA SAÚDE: OS DESAFIOS DO PROFAE”, 2000, Brasília. **Anais...** Brasília: Ministério da Saúde, 2001. p. 27-36.

RAMOS, Marise N. **A Pedagogia das Competências: Autonomia ou Adaptação?** São Paulo: Cortez, 2001.

\_\_\_\_\_. Qualificação, competências e certificação: visão educacional. In: SEMINÁRIO “CERTIFICAÇÃO DE COMPETÊNCIAS PARA A ÁREA DA SAÚDE: OS DESAFIOS DO PROFAE”, 2000, Brasília. **Anais...** Brasília: Ministério da Saúde, 2001. p. 37-45.

TORREZ, Milta. Sistema de Certificação de Competências/PROFAE: Concepção. In: SEMINÁRIO “CERTIFICAÇÃO DE COMPETÊNCIAS PARA A ÁREA DA SAÚDE: OS DESAFIOS DO PROFAE”, 2000, Brasília. **Anais...** Brasília: Ministério da Saúde, 2001. p. 47-65.



# Dilemas da regulamentação profissional na área da Saúde: questões para um governo democrático e inclusionista

## Dilemmas on professional regulation in Health field: issues for a democratic and inclusive Government

Sábado Nicolau Girardi

Doutorando em Saúde Pública – Escola Nacional de Saúde Pública (ESPN/FIOCRUZ)

Paulo Henrique Seixas

Diretor da Coordenação Geral de Políticas de Recursos Humanos do Ministério da Saúde

---

**Resumo:** O artigo parte da identificação de uma lógica dual nas demandas por regulamentação profissional na área da Saúde no Brasil: ampliação de prerrogativas monopólicas no exercício das atividades profissionais *versus* demandas por reconhecimento. Conceituando a regulação profissional como política pública, discute razões, vantagens e problemas atribuídos à regulamentação das atividades profissionais, com foco na área da Saúde. À luz dessas considerações, o artigo apresenta alguns exemplos representativos do que define como novo paradigma da regulamentação profissional, desenvolvidos em experiências internacionais, para finalmente situar a questão nacional dentro de um contexto mais amplo de possibilidades de entendimento e ação política.

**Palavras-chave:** Reforma Regulatória; Regulamentação Profissional; Recursos Humanos em Saúde; Profissões de Saúde; Políticas Públicas.

**Abstract:** The article is based on the identification of a dual logic in the demand for professional regulation in Health field in Brazil: the expansion of monopolist prerogatives in the exercise of professional activities *versus* the demand for recognition. Understanding the professional regulation as public policy, it discusses reasons, advantages and problems related to the regulation of professional activities, focusing on the Health field. In the light of such considerations, the article brings some representative samples on what it defines as the new paradigm for professional regulation, developed in international experiences and, finally, it places the national issue in a broader context of possibilities of understanding and political action.

**Keywords:** Regulatory Reform; Professional Regulation; Human Resources in Health; Health Professions; Public Policies.

---



## Introdução

O período recente tem sido marcado por uma relativa turbulência na arena da regulamentação profissional na área da Saúde. Mais que a um crescimento simplesmente quantitativo, assiste-se a uma importante diferenciação destas demandas e isto em duas direções. Em primeiro lugar, assiste-se a uma ampliação das audiências da regulamentação profissional. Muitas das disputas entre as profissões do setor que eram travadas principalmente nos locais de trabalho atingem hoje, com renovado vigor, a esfera pública. E mais que isso, se os esforços realizados pelas profissões para alcançar seus pleitos se dirigiam, até muito recentemente, sobretudo, aos apoios do poder legislativo e ao “convencimento” do executivo, hoje eles avançam em direção à opinião pública e ao judiciário. Este último, que era acionado principalmente para resolver disputas individuais, envolvendo especialmente processos de erro profissional e questões relacionadas à prática ilegal das profissões, passa a ser crescentemente chamado para resolver disputas coletivas entre as profissões. As profissões de saúde têm se valido cada vez mais de decisões judiciais para legitimar, em contextos mais amplos, as resoluções expedidas pelos respectivos conselhos profissionais. As disputas em torno do exercício pleno da acupuntura pelos diversos profissionais de saúde, constituem apenas um, dentre muitos exemplos. Essa transformação é decisiva, uma vez que o judiciário passa a ser um ator de peso no processo de legitimação das demandas de regulamentação profissional. É preciso notar que esse movimento se inscreve dentro de um processo mais amplo que corresponde ao que Habermas (1987), entre outros autores, define como processo de judicialização das políticas sociais, característico das democracias contemporâneas<sup>1</sup>.

Em segundo lugar, é possível identificar uma nova qualidade nas demandas de regulamentação profes-

sional na área da Saúde. Na verdade, observa-se uma dualidade nas demandas. Por um lado, as profissões regulamentadas do setor, com prerrogativas de autogovernar-se, disputam em torno dos atos privativos ou exclusivos. Numa palavra, o aumento da concorrência interprofissional tem levado a uma disputa por ampliação de prerrogativas monopólicas no exercício de atividades e serviços profissionais na área da Saúde. Os recentes Projetos de Lei do “Ato Médico” e do “Ato de Enfermagem” constituem os exemplos mais claros. Ao lado dessas demandas, existem aquelas que expressam, mais que tudo, lutas por reconhecimento. A maior parte dos projetos relativos às práticas complementares e alternativas e à regularização de profissões exercidas de forma ilegal (os práticos), que constituem a maioria dos projetos tramitando no Congresso, se localiza nesta segunda categoria. O reconhecimento dessa dualidade nas demandas de regulamentação profissional tem implicações práticas e teóricas. No plano teórico, a questão exige uma abordagem que ultrapasse explicações relativas aos processos de profissionalização baseados exclusivamente na realização do “auto-interesse” e da concorrência por jurisdições de trabalho. É preciso incorporar às análises, a categoria do reconhecimento social, tratada no âmbito das chamadas políticas da diferença e das políticas do reconhecimento. No plano prático, a questão exige um tratamento diferenciado dessas demandas, se quisermos, para dizer o mínimo, dar a elas um tratamento justo e digno de uma sociedade democrática “inclusionista”.

O presente artigo tem como objetivo trazer à tona alguns elementos que, acreditamos, contribuem como subsídio para este debate. Apresentamos, de início aspectos gerais da regulação entendida como empreendimento simultaneamente ético e econômico. Em seguida dis-

<sup>1</sup> Para uma discussão do processo, ver especialmente Vianna *et al.* (1999).



cutimos razões, vantagens e problemas atribuídos à regulamentação das atividades profissionais, com foco na área da Saúde. À luz dessas considerações, trazemos alguns exemplos representativos do que chamamos de novo paradigma da regulamentação profissional, desenvolvidos em experiências internacionais para finalmente situarmos a questão nacional dentro de um contexto mais amplo de possibilidades de entendimento e ação.

### Considerações gerais sobre a regulação

Na tradição da economia política, o termo regulação engloba um amplo espectro de políticas disciplinadoras das atividades econômicas e sociais, visando não apenas seu controle como à prevenção ou atenuação de suas conseqüências para a comunidade. No primeiro caso, fala-se em regulação econômica e no segundo, em regulação social (Samuelson, 1992). Esquemáticamente falando, as políticas dessa regulação compreendem regras de entrada e saída em determinados mercados, controle dos preços e lucros, variedade e padrões de qualidade dos bens e serviços, regras de concorrência etc. A regulação econômica se justifica pela existência de falhas de mercado, por motivos que envolvem economias de escala (por exemplo, na produção de bens públicos), concentração de poder de mercado (monopólios) e graves lacunas de informação entre produtores e consumidores ou clientes. Por seu turno, a regulação social visa conter a variedade de efeitos negativos ou externalidades que resultam do movimento normal da economia, incluindo as regulações ambientais e demais medidas para promover a saúde e a segurança dos trabalhadores e consumidores. Juntamente com as políticas redistributivas e as políticas macroeconômicas de estabilização, a regulação dos mercados constitui o triunvirato das intervenções legítimas do Estado na economia.

De um modo bastante simplificado, o que existe de comum em toda e qualquer regulação é que ela representa uma “restrição intencional da livre escolha de um sujeito pro-

veniente de uma fonte externa que não as partes diretamente envolvidas” (Mitnick, 1989). Em outros termos, a regulação corresponde a uma intervenção pública (ou da política) sobre a soberania dos mercados (ou do jogo das trocas entre os agentes descentralizados na economia).

Um dos resultados da regulação – muitas vezes mesmo um dos seus objetivos – é que ela opera uma redistribuição de riscos e privilégios, vantagens e prejuízos entre pessoas, grupos e setores da sociedade por ela afetados, num sentido distinto daquele que seria o resultado das interações se estas fossem deixadas ao livre sabor das forças do mercado – entendido aqui na acepção braudeliana de um “jogo de trocas” entre agentes descentralizados.

Por isso, precisamente, um significado socialmente compartilhado nas sociedades que valorizam a “liberdade” dos mercados e a autonomia decisória dos indivíduos, é que toda regulação, para ser vista como legítima ou não tirânica, deve ser constantemente justificada e não apenas em termos de eficiência alocativa, mas também de justiça distributiva<sup>2</sup>. Nesse sentido, a regulação tem que propiciar alocações e distribuições não apenas diferentes, mas melhores que a dos mercados. Pode-se dizer, com efeito, que toda a crítica da regulação das teorias que a vinculam a políticas de grupos de interesse até as teorias que concebem a regulação como apenas mais uma dentre as mercadorias trocadas no mercado da política e das burocracias públicas, que carregam, em comum, este traço<sup>3</sup>. Varia, no entanto, o peso que atribuem cada uma delas aos *trade offs* entre eficiência e justiça.

2 Utilizo o termo tirania na acepção de Fishkin (1979).

3 Na verdade, a discussão sobre os benefícios diferenciais da regulamentação das atividades econômicas e sociais – e mais restritamente, da intervenção governamental – tem ocupado toda a história da economia moderna, com o pêndulo das avaliações, ora tendendo para o lado dos consumidores de bens e serviços, ora para o lado das indústrias e negócios regulados – o fiel sempre representado pela noção da utilidade pública. A racionalidade da regulação, esgrimida tanto por seus defensores como detratores, é apresentada: a utilidade ou o interesse público.

## Considerando a regulamentação profissional

A regulamentação das profissões é um capítulo muito especial da regulação econômica e social. Em certo sentido, poder-se-ia dizer que as profissões são reguladas porque, se deixadas por conta dos mecanismos de mercado, as atividades e serviços que elas brindam à sociedade seriam alocados em níveis sub ótimos. Em outras palavras, no balanço entre benefícios e desvantagens, o exercício livre dessas atividades traria mais prejuízos para a sociedade que os porventura ocasionados pela sua regulamentação. Mas essa é apenas uma maneira de enfocar o problema.

Conforme bem situa o economista canadense Robert Evans (1980), a questão profissional evoca outras distinções. Diferentemente de outras atividades econômicas e ocupações, os negócios e atividades profissionais funcionam dentro de uma estrutura muito especial de regulação pública, constituída por leis, instituições de fiscalização e controle do exercício, que definem e implementam tanto as regras para entrada nessas atividades como as normas de conduta técnica e ética de seus membros. Mais que isso, essa estrutura especial de regulação pública é constituída por instituições, em larga parte, representada por organizações dos próprios pares profissionais que exercem, por delegação, autoridade de Estado (os conselhos profissionais). De fato, a autoridade delegada pelo Estado para autogoverno (ou autonomia corporativa) parece ser, então a característica que mais diferencia as profissões, não somente dos demais negócios e atividades econômicas, como das ocupações comuns. O poder de autogoverno concedido a uma profissão guarda dois aspectos essenciais: o poder para licenciar ou autorizar e a habilidade para disciplinar os indivíduos licenciados para o exercício profissional. Essencialmente, o significado desse poder é a autoridade para decidir sobre questões relativas ao direito de prática, ou seja,

a quem será permitido ganhar a vida naquela atividade e a quem não (Casey, 2001, p. 1).

Mas por que isso? Por que razão o Estado e a sociedade brindariam ao sistema das profissões com estruturas especiais de regulação pública e, ainda por cima, com capacidade de autogoverno? Em geral, apresentam-se três argumentos básicos:

(i) a idéia de que o exercício das atividades exercidas pelas profissões implica em riscos que podem afetar profundamente a saúde pública, a segurança, o patrimônio e o bem-estar do público;

(ii) a idéia de que tais atividades envolvem habilidades complexas, com elevado teor científico e técnico, em geral não acessíveis sem o concurso de sistemas de formação profissional complexos como as universidades;

(iii) a idéia de que a qualidade e os resultados do trabalho dos profissionais não são passíveis de julgamento espontâneo do público leigo.

Os dois últimos argumentos, tecnicamente falando, o problema da assimetria informacional e das decisões errôneas, justificariam as prerrogativas de auto-regulação ou autogoverno concedidas pelo Estado a muitas profissões.

As barreiras legais para entrada nos mercados de trabalho – sob a forma do credenciamento educacional e da exigência de licenças e diplomas – emanadas em grande parte das próprias corporações profissionais, estabelecem padrões mínimos de prática técnica e conduta ética e social, que efetivamente mantêm os usuários de serviços relativamente a salvo de praticantes inescrupulosos e profissionais incompetentes.

Por outro lado, a existência de um sistema institucional de credenciamento ocupacional, que regula a questão do direito de prática e do uso de títulos profissionais, representa uma importante economia para redes de provedores e consumidores individuais com a obtenção de infor-

mação sobre a qualidade dos profissionais existentes no mercado (Freidson, 1988; Williamson, 1996). Em tese, desde essa perspectiva, pode-se dizer que o problema dos custos de informação nos mercados profissionais cresce na proporção direta do tamanho do mercado e em progressão geométrica, com a complexidade dos conhecimentos teórico-científicos e habilidades técnicas necessárias para o exercício da profissão. Sendo essas premissas verdadeiras, pode-se dizer que este sistema de “sinais de mercado”, propiciado pelos sistemas institucionais de regulação profissional, tão será mais confiável quanto mais rigorosamente for administrado a partir regras de excelência técnica e ética que governam internamente aquele campo de trabalho<sup>4</sup>. Este é o outro argumento que reforça a delegação de auto-regulação a determinadas profissões, muito particularmente no campo da saúde.

Entretanto, ao lado desses benefícios, as leis de exercício também criam *ex ante* reservas de mercado, que podem implicar em monopólios profissionais mais ou menos extensos sobre campos de atividades, dependendo, entre outras coisas, da extensão do escopo de práticas conferidas à profissão, do grau de privacidade ou exclusividade conferido aos atos específicos da profissão, e da capacidade de controle *ex post* das reservas legais pelas instituições de fiscalização do exercício. Ou seja, a regulação profissional cria direitos de propriedade ao restringir o acesso à prática dos atos regulados como privativos e à ostentação de títulos profissionais no mercado (Girardi, 2000). Quanto maior a extensão do escopo de práticas e mais extensa a lista de atos exclusivos ou privativos a ela legalmente atribuídos, maior será o tamanho de sua propriedade (ou do domínio patrimonial da profissão)<sup>5</sup>. Como qualquer política que redistribui ganhos e perdas nos mercados – e neste caso trata-se de ganhos em termos de propriedade ou

patrimônio – sua existência deve forçosamente representar um benefício público, além de considerar na sua concessão reclames de grupos de competidores que se considerem possivelmente lesados em seu direito.

Malgrado seus benefícios públicos, três tipos de crítica têm sido mais comumente apontadas à questão dos monopólios profissionais, mais especificamente na área da Saúde<sup>6</sup>. Em primeiro lugar, a crítica mais elementar (*à la* Milton Friedman) objeta que as restrições de entrada inflacionam os custos em duas vias: primeiro, por criarem lucros monopólicos para a profissão ao reduzir artificialmente a oferta de bens e serviços; depois pelo estabelecimento de preços cartelizados. Na verdade, esse argumento encontraria sua principal fraqueza numa verificação empírica muito comum pelo menos na Saúde: os profissionais, particularmente os que têm uma relação direta com os pacientes e guardam, na relação de serviços, maiores graus de autonomia técnica, costumam gerar sua própria demanda, aumentando e não diminuindo os níveis de oferta. Por outro lado, esse tipo de crítica não considera, seriamente, os benefícios gerados para os usuários em termos de segurança e bem-estar, e menos ainda na questão informacional, tal qual apresentado. Numa

---

4 Saltman & Busse (2002, p. 22) resumizam as vantagens da auto-regulação delegada a determinadas profissões relativamente a formas de “heterorregulação”: alto compromisso com as próprias regras; processo mais informado no desenho de normas técnicas; baixo custo gerencial comparativo; maior ajustamento dos protocolos e normas de prática adotados com aqueles vistos como razoáveis pelos profissionais que estão na prática; maior abrangência das regras; maior potencialidade e aceitação de ajustes; mais facilidade de implementação efetiva das regras e *possibilidade de combinação com supervisão externa* (grifo meu). Entre as desvantagens, a auto-regulação cria regras auto-interessadas e, no limite, pode tender a afrouxar a aplicação das próprias regras que cria, numa espécie de instinto de autodefesa corporativa. Daí outra importante limitação: a baixa confiança do público.

5 Agradeço a Antônio Anastasia, a analogia entre a concessão de campos de atos privativos e a idéia de patrimônio de uma profissão.

6 No seguinte, apoio-me fartamente em Evans (1980).

palavra, os signatários deste tipo de crítica não reconhecem as especificidades que cercam o sistema das profissões. Dois outros tipos de crítica, no entanto, revestem-se de maior pragmatismo e merecem ser mais seriamente consideradas, inclusive pelas possibilidades que abrem de se criar salvaguardas contra os efeitos maléficos dos monopólios profissionais. Alguns autores argumentam que organizações tipicamente profissionais, como as de saúde, quando dirigidas pelos próprios profissionais tendem a desperdiçar recursos por meio de uma contratação excessiva de trabalho de pares profissionais (talvez por mecanismos conscientes e inconscientes de defesa corporativa). A ambigüidade entre o papel de gerente e o de ofertante dos serviços profissionais levaria à contratação, por essas organizações, de um *mix* não eficiente de força de trabalho caracterizado pelo aumento da utilização de serviços de profissionais de maior qualificação e preços (os pares) em detrimento de uma utilização mais intensa de pessoal de qualificação auxiliar. Essa tendência para a ineficiência na combinação do uso de força de trabalho se veria naturalmente aumentada nos casos em que as atividades gerenciais também são regulamentadas como privativas ou exclusivas<sup>7</sup>. Um comportamento eficiente da organização recomendaria exatamente o contrário: que a gerência dos serviços seja compartilhada por profissionais de áreas distintas. Por fim, uma outra visão sustenta que o problema de certas profissões regulamentadas não reside na escassez de oferta, mas no excesso de oferta de serviços. Esse, conforme vem sendo apontado em vários estudos, é o caso das profissões de saúde que, em ambientes laborais de elevada autonomia profissional e baixa capacidade de governança gerencial, costumam produzir serviços muito além do necessário, levando não apenas a problemas de desperdício como a excessos iatrogênicos. Uma das soluções ensaiadas para contornar essa situação foi o

desenvolvimento, nos Estados Unidos, ainda na década de 70, dos modelos de atenção baseados na chamada competição (*Health Maintenance Organizations – HMO's*). Os modelos de atenção gerenciada operam num ambiente em que várias organizações de provedores de serviços vendem não exatamente serviços, mas contratos de manutenção de saúde dos pacientes segurados. A troca da lógica da venda de serviços pela de contratos de manutenção de saúde teria como efeito introduzir outro tipo de racionalidade, a de corte mais econômico-gerencial, funcionando como poder compensatório à lógica da dominância profissional, com tendência à minimização do problema da superprodução de procedimentos e atos profissionais de baixa relação custo-efetividade<sup>8</sup>.

Ademais da cristalização de reservas de mercado e da relativa invulnerabilidade aos legítimos objetivos gerenciais de ampliação da cobertura e acesso aos cuidados, os modelos de autogoverno profissional vêm sendo criticados por outras razões, das quais citaríamos três de maior visibilidade: a pequena “responsividade” ao público; o crescimento do sentimento de injustiça entre as ocupações, ocasionado pela exclusão e subordinação hierárquica das ocupações e profissões de menor *status* e o estabelecimento de entraves a políticas estatais para coordenação das profissões, tendo em vista, por exemplo, a implementação de Políticas de Saúde de corte universalista e de reconhecimento de competências laborais. Esses três problemas decorrem de uma dificuldade enfrentada pelas instituições de

---

7 Este é o caso do recente Projeto de Lei do Ato Médico, tramitando no Congresso Nacional, assim como da Lei de Exercício da Enfermagem vigente no Brasil, que definem como privativas das respectivas categorias, as atividades de gestão do trabalho destas profissões.

8 Para o conceito de dominância profissional ver Freidson (1988); para uma avaliação mais detalhada ver “*Institutional Change and Healthcare Organizations: From Professional Dominance to Managed Care*” Richard W. Scott (Editor), para o caso do Brasil (Merhy, 2002).



autogoverno com autoridade governamental delegada (os nossos conselhos profissionais) no que respeita à interpretação de sua missão. Instituídas e socialmente legitimadas como agentes do Estado para monitorar a qualidade técnica e o processo disciplinar do exercício profissional para a proteção do público, essas instituições, muitas vezes, na vigência de conflitos de interesses, costumam agir de forma “auto-interessada”, protegendo seus pares. Daí a pequena confiança que elas inspiram ao público. Pode-se dizer que essa ambigüidade na interpretação de seu papel leva muitas vezes a que dirigentes bem intencionados dessas instituições pleiteiem estratégias como a fusão com as organizações sindicais e associações profissionais, com o intuito de fortalecer a profissão. Essa mesma ambigüidade de papéis dificulta que instituições adotem, de forma espontânea, estratégias de ação coletiva visando à cooperação interprofissional, o trabalho multidisciplinar e o mútuo reconhecimento de competências. Daí, também, a necessidade de instâncias “supraprofissionais”, com autoridade de governo para coordenar as políticas de Estado para as profissões. Mas, ironicamente, na raiz das resistências à implementação dessas políticas, encontra-se essa dificuldade das instituições de autogoverno profissionais se interpretarem como agentes do Estado.

### **Novas experiências de regulamentação das profissões na área da Saúde: buscando um novo paradigma para a regulamentação profissional**

Em resposta a problemas como estes, países como o Canadá e os Estados Unidos e blocos regionais como a Comunidade Econômica, Européia vêm desenvolvendo, ao longo das últimas décadas, esforços para reformar seus sistemas de regulamentação pública das profissões, perguntando-se essencialmente sobre duas questões:

(i) Os modelos de autogoverno são os que servem melhor para a proteção e o bem-estar públicos?

(ii) Qual a extensão e níveis de exclusividade devem ser conferidos às reservas de mercado e monopólios profissionais?

Resultados de diversas investigações conduzidas no Canadá – país que tomou a dianteira nestas reformas – entre o final da década de 60 e início da 70, reconheceram as vantagens (e mesmo uma certa inevitabilidade) da auto-regulação profissional, porém recomendaram que, ao mesmo tempo, se emprestasse maior ênfase no desenho de mecanismos institucionais de prestação de contas ao público e de proteção dos direitos de indivíduos e grupos, especialmente aqueles em maior desvantagem nos mercados (Casey, 2001)<sup>9</sup>.

Não se pretende, aqui, realizar um inventário desses esforços e menos ainda avaliar seus resultados. O objetivo, nesta última sessão, é o de discutir algumas questões colocadas mais recentemente na arena da regulamentação profissional no Brasil, a exemplo dos Projetos de Lei do “Ato Médico” e do “Ato de Enfermagem”, à luz de elementos comuns retirados das experiências mais significativas e influentes ocorridas nas Américas, que vêm se constituindo numa espécie de novo paradigma de regulamentação profissional, forjado especialmente a partir da área da Saúde<sup>10</sup>.

9 Um dos relatórios pioneiros sobre o tema, reporta resultados de diversas investigações conduzidas no Canadá entre o final da década de 60 e início da 70, foi o *Relatório Mc Ruer*, Toronto, 1968-1971.

10 O argumento fundamenta-se especialmente nos resultados de um estudo sobre regulamentação profissional em países da América Latina, EUA e Canadá, realizado entre 1997 e 1999, pelo Programa de Recursos Humanos – *Organización Panamericana de la Salud* – OPS/OMS, Washington, DC sob a coordenação de Daniel Purcallas e Sábado Girardi. O estudo contou com a participação de pesquisadores do México, Colômbia e Chile, além do Brasil. As informações sobre o Canadá e os Estados Unidos foram obtidas por meio de entrevistas diretas e análise de publicações. Foram analisadas as experiências pioneiras de Ontário e Québec, e a experiência da *Pew Health Professions Commission*, cujos trabalhos, iniciados em 1989, tratam essencialmente de assuntos concernentes à regulamentação de profissões de saúde nos Estados Unidos. Diferentemente do caso canadense, em que as iniciativas são governamentais, no caso americano, a comissão é constituída no âmbito da sociedade civil.

De modo geral, esses movimentos de reforma da regulamentação das profissões de saúde não foram puxados nem de forma isolada, nem por iniciativas das próprias profissões. Pelo contrário, encontrando inicialmente oposição das profissões estabelecidas (que ao longo do processo se acomodaram), eles se inscreveram dentro de contextos de reformas mais amplos, a exemplo, no Canadá, dos movimentos de reformas administrativas e dos sistemas de seguridade social nos anos 70 e 80, e mais recentemente, a partir dos anos 90, das reformas setoriais da saúde; e no caso dos Estados Unidos, alimentados pela dinâmica de crise permanente e pelas tentativas de reforma do sistema de atenção à saúde<sup>11</sup>.

No caso canadense, as iniciativas partiram do governo das províncias e resultaram efetivamente em profundas mudanças na legislação e estruturas de regulação profissional em Ontário, Alberta, British Colúmbia e, mais recentemente, em Québec. Nos Estados Unidos, a questão da reforma profissional foi colocada na agenda pública, em escala nacional, a partir dos trabalhos de uma comissão constituída no âmbito da sociedade civil (a Comissão de Profissões de Saúde da Fundação Pew), sendo as recomendações de caráter exclusivamente persuasivo. Posteriormente, o estado da Virgínia, a partir de iniciativa oficial da assembléia legislativa, constituiu uma comissão para tratar da questão.

Apesar das especificidades de cada caso, essas experiências trazem de comum o fato de avançarem na direção de um novo paradigma para a regulamentação das profissões, especialmente na área da Saúde. O que se busca, sobretudo, com essas experiências de reforma, é construir um modelo baseado na idéia de que a proteção do público contra efeitos prejudiciais da prática das profissões é o princípio inarredável da regulamentação profissional. Sob esse prisma, os sistemas devem exibir a maior flexibilidade possível, tendo em vista atingir objetivos mais gerais

dos sistemas de saúde, tais como: a universalidade e equidade de acesso, maior eficiência econômica, uso pleno das potencialidades e competências dos recursos humanos, maior cooperação entre as profissões, capacidade para promover e ajustar-se às inovações tecnológicas, desenvolver novas modalidades de tratamento e ampliar o escopo de escolhas de alternativas terapêuticas seguras para os usuários. Isso num ambiente em que a proteção e o bem-estar do público devem ser constantemente aferidos e assegurados. Duas dinâmicas aparentemente contraditórias, na antiga regulação, passam a se verificar de forma concomitante com a introdução desses processos: um movimento de redução até a eliminação de monopólios profissionais desnecessários sobre determinados tipos de atividades e a regulamentação de atividades potencialmente danosas à população, até então desreguladas, inclusive pelo veto das profissões dominantes.

Esses processos de reforma profissional se iniciaram pela abertura de três grandes capítulos temáticos:

- a revisão do marco legal de regulamentação profissional;
- a revisão das estruturas institucionais da regulação profissional;
- a revisão dos escopos de prática (ou campos de prática) legalmente atribuídos às profissões.

Tendo em vista o objetivo do artigo, merece consideração o terceiro ponto, em que se comenta apenas os dois primeiros temas. Os processos de revisão da legislação profissional incluem não apenas a análise da legislação concernente a cada uma das profissões regulamentadas do setor, como a análise das demandas de regulamentação de profissões ou grupos ocupacionais emergentes. O objetivo desse procedimento é o de propiciar igualdade

<sup>11</sup> Cf. Girardi (1999).

de tratamento aos pleitos, reconhecendo as diferentes competências, dentro do princípio mais global da proteção do público contra danos provenientes do exercício das atividades profissionais. Como resultado, algumas ocupações e práticas terapêuticas complementares e alternativas ganharam regulamentação, enquanto que regulamentações anacrônicas se viram flexibilizadas.

No que concerne às estruturas institucionais de regulação pública, um resultado comum tem sido o fortalecimento dos conselhos profissionais no exercício de seus mandatos de proteção ao público. Buscou-se aumentar a capacidade dos conselhos profissionais no que concerne à fiscalização e controle da conduta técnica e ética dos seus membros, à formação continuada de competências, à agilização da condução de processos de erro profissional etc., inclusive por meio do aumento de dotações orçamentárias e processos formativos específicos de seus quadros para tal fim. Ao lado desse objetivo, foram instituídos outros tipos de agentes que compartilham com os conselhos, por meio de mandatos específicos – representação do público e assessoria ao governo, gestão governamental, representação judicial etc. – a tarefa de promover uma regulamentação das profissões de interesse público. A idéia subjacente ao processo é a de conciliar a existência das instituições de autogoverno das profissões no interior de um *mix* regulatório que opera constantemente balanços entre interesses conflitantes dos diversos atores que atuam nesse campo: profissões regulamentadas, grupos que demandam regulação, usuários e gestores de serviços. O princípio do interesse público figura como uma espécie “fiel” da balança.

Com relação ao tema da revisão dos campos de prática, os processos de reforma, pela maneira como vêm sendo conduzidos, acabaram por introduzir alguns conceitos novos que

merecem uma discussão um pouco mais detalhada noção de atos controlados, autorizados ou reservados – usados mais ou menos indistintamente<sup>12</sup>; a noção de proteção ou reserva de uso de título; e a noção de atos delegados e atos supervisionados.

A noção de escopo de prática estabelece os parâmetros da profissão. O campo de prática define, em termos amplos, o que a profissão faz e como ela faz. O novo paradigma da regulação profissional começa por reconhecer que na regulação antiga cada profissão regulamentada possuía um campo exclusivo de prática, que proíbe outras profissões de praticarem no seu interior, a não ser que sob permissão legal. No interior de seu campo de prática, cada profissão tem atos que lhe são reservados, por lei, de forma exclusiva (ou privativa) – que é de sua propriedade – e atos compartilhados.

Conforme bem define Miranda Sá Jr. (2001):

*“Os atos profissionais podem ser atribuídos de maneira privativa aos agentes de uma profissão, caso em que só podem ser executados por um agente profissional legalmente habilitado daquela categoria profissional. Ou podem ser típicos de uma profissão ou mesmo específicos dela, mas sendo compartilhados com agentes de outra categoria profissional (ou diversas delas)...”*

O novo paradigma da regulamentação profissional parte da definição de escopos de prática não-exclusivos e atos reservados (ou mais genericamente ainda atividades reservadas). Em nenhum dos casos esses atos são, *a priori*, entendidos como privativos ou exclusivos a uma determinada profissão, mesmo que por lei, seu exercício seja a ela autorizado e a mais

12 Na reforma de Québec, a mais recente, a lei que modifica o Código das Profissões, sancionada em junho de 2002, substituiu o conceito de ato – utilizado em leis precedentes das outras províncias, pelo conceito de atividade, por considerar este último um conceito mais amplo.

nenhuma outra. Escopos de prática sobrepostos (*overlapping scopes of practice*) não são apenas reconhecidos, mas também encorajados.

A definição dos atos reservados (controlados ou autorizados) remete a tarefas, serviços e procedimentos que envolvem grau significativo de risco de dano aos pacientes. Estes estão restritos apenas aos membros das profissões autorizadas, mas não constituem base de exclusividade ou monopólio de uma profissão isolada. De qualquer forma, nenhuma pessoa não pertencente às profissões autorizadas por lei pode exercer atos autorizados sem incorrer em prática ilegal<sup>13</sup>.

Na definição de um ato reservado, três grupos de fatores são avaliados na consideração do risco efetivo de dano:

- a probabilidade de sua ocorrência;
- o significado de suas consequências para as vítimas individuais;
- o número de pessoas potencialmente ameaçadas.

Na legislação de Ontário (que vigora desde 1994), estabeleceram-se 13 atos controlados (por exemplo: comunicação de diagnósticos, execução de procedimento invasivo sob a derme, redução de fraturas, administração de substâncias por injeção e de fármacos sob prescrição regulamentada; realização de testes alérgicos, aplicação de próteses dentais e artefatos visuais e auditivos correccionais, administração de formas de energia, administração de trabalho de parto, dentre outras). Cada profissão na saúde, autorizada sob lei específica, elaborada pelo seu conselho, terá autorização para exercer um ou mais dos 13 atos controlados, mas nenhum desses atos constitui, *a priori*, domínio exclusivo ou privativo de uma profissão<sup>14</sup>.

A noção de “proteção de título” ou mais especificamente o estabelecimento de títulos de uso reservado, que apenas membros da profissão são

permitidos ostentar, tem o objetivo de assegurar ao público que o portador do título profissional tem os mínimos níveis de qualificação exigidos pela profissão em questão e que é fiscalizado pelo conselho da sua profissão.

Ao lado dessas medidas de proteção do público, as noções de atos delegados e atos supervisionados complementam o quadro dessas inovações e têm o sentido explícito de promover o reconhecimento das competências laborais efetivamente demonstradas e certificadas, bem como de propiciar o pleno uso dos recursos humanos. Situações especiais como a escassez de recursos humanos em determinadas áreas geográficas e territoriais, situações emergenciais, especificidades de hábitos culturais ou mesmo necessidades de ordem gerencial colocadas por projetos inovadores em determinadas áreas assistenciais (a exemplo da área de Saúde Mental), justificam a delegação de atos profissionais autorizados para uma profissão a membros de outras profissões e pessoal auxiliar. Em tese, a delegação supõe que as tarefas delegadas possam ser realizadas sem a presença do profissional que as delegou. O ato supervisionado, por seu turno, implica num controle mais intenso, podendo exigir a presença física do supervisor. Os atos delegados sob supervisão são acompanhados de instruções escritas sobre o modo de prática do ato seja sob protocolo geral seja por meio de instruções específicas sobre casos. Em geral, os processos de delegação envolvem de forma proativa a participação dos conselhos profissionais que regulam a profissão que delega o ato, sob circunstâncias

---

13 Alguns críticos do novo sistema consideram que o resultado prático é uma realocação do monopólio desde uma profissão específica para uma espécie de monopólio setorial de um condomínio profissional. Essa crítica pode ser deduzida da entrevista com representantes do Conselho de Medicina de Ontário (Girardi, 1999).

14 Os médicos são autorizados para exercerem 12 dos atos controlados e cinco profissões reguladas não têm autorização para executar nenhum dos 13 atos.



especiais, inclusive na elaboração dos protocolos de prática. Nesse sentido, a Lei de Profissões de Saúde, recentemente sancionada na província de Québec, estabelece de forma explícita as disposições que permitem a não profissionais exercerem certas atividades, sob circunstâncias e tarefas bem delimitadas, no sentido de responder às necessidades da população. Da mesma forma, a lei estabelece um quadro que autoriza a profissionais não-médicos, notadamente enfermeiros, a exercerem certas atividades médicas, desde que passíveis de verificação, no seu exercício, pelo conselho de medicina. Uma exigência crescentemente apontada para o exercício de atividades delegadas tem sido a de que o profissional em questão tenha sua competência certificada por órgãos oficialmente reconhecidos dos sistemas de certificação de competências laborais.

No Brasil, dois projetos de regulamentação profissional na área da Saúde, trazem para a esfera pública, com renovado vigor, a discussão acerca de campos de prática e atos privativos ou exclusivos. Representam novidade, no cenário da regulamentação profissional da área, na medida em que buscam definições sobre o que constitui ato profissional específico e ato privativo, num contexto marcado pelo recrudescimento das disputas por jurisdição profissionais monopólicas no mercado de trabalho. Trata-se do Projeto de Lei do “Ato Médico” que deu entrada no Senado Federal em fevereiro de 2002, e do Projeto de Lei que define o “Ato de Enfermagem”, que deu entrada na Câmara dos Deputados em julho de 2002. Ambos os projetos encontram-se tramitando no legislativo.

O primeiro projeto estabelece o conceito de ato médico privativo ou exclusivo ao lado do ato médico compartilhado com outras profissões. Amparando-se nos conceitos de prevenção primária, secundária e terciária da Medicina Preventiva<sup>15</sup>, estabelece-se basicamente que os atos

de prevenção secundária e os demais implicam em procedimentos diagnósticos de enfermidades, e os de indicação terapêutica constituem atos privativos dos médicos. Fica aberta para as outras profissões da área da Saúde a porta da prevenção primária e secundária sem diagnóstico ou terapêutica. Exceção é feita, de forma explícita, para os casos da odontologia e de práticas de psicoterapia que apesar de praticarem atos tipicamente médicos (cirurgias bucomaxilares e psicoterapia), os fazem de forma compartilhada. Além disso, expande-se o campo dos atos privativos da profissão médica às atividades de gestão, avaliação e ensino daqueles procedimentos privativos dos médicos.

Por seu turno, o projeto que define o Ato de Enfermagem confere ao Conselho Federal de Enfermagem a atribuição para definir a natureza e a extensão dos atos dessa profissão, assim como determinar as ações e competências exclusivas desta profissão. É preciso notar que já na Lei de Exercício da Enfermagem, de 1986 (em vigor), definia-se como atividades privativas da profissão, dentre outros: a direção dos órgãos de enfermagem das instituições de saúde, a chefia das unidades de enfermagem, o planejamento e a avaliação dos serviços de assistência à enfermagem, entre outros atos privativos; ao lado de atos compartilhados com outras profissões de saúde, a exemplo da execução de trabalho de parto sem distocia, bem como identificação de distocias obstétricas e tomada de providências necessárias até a chegada do profissional de medicina.

---

15 A prevenção primária inclui atividades tomadas para reduzir o risco de ocorrência de enfermidades, a exemplo da imunização, desenvolvimento de atividades físicas e antiobesidade preventivas de doença cardiovasculares, campanhas antitáfumo, preventivas de DST/aids etc. A prevenção secundária abarca diagnóstico inicial e tratamento imediato de doenças para reduzir ou alterar seu curso e prevenir complicações, inclusive para terceiros; a prevenção terciária visa à limitação dos danos produzidos por uma doença ou deficiência instalada e à promoção de reabilitação de doenças crônicas.

Não é o propósito desse artigo adentrar os méritos intrínsecos de cada um desses projetos. É certo que ambos representam formas legítimas de enfrentamento de dificuldades dessas profissões nos mercados de trabalho. A própria tradição corporativa da regulamentação profissional em nosso País os legitima. A recente lei de regulamentação da advocacia, de 1994, confere à profissão atos privativos, de exercício exclusivo. Assim também acontece com muitas outras profissões. Por outro lado, entre as intenções do projeto – especificamente no caso da medicina – figura a legítima preocupação com o crescimento, talvez inusitado entre nós, das práticas clínicas desreguladas, realizadas por médicos e especialmente por não-médicos, com resultados extremamente lesivos à saúde da população, conforme se sabe.

No sentido de contribuir para o debate, duas críticas poderiam ser feitas. Em primeiro lugar, tais projetos situam-se na contramão do desenvolvimento do setor da Saúde em nosso País. Eles chegam, pode-se dizer, num momento de expansão potencial de escopo de prática de profissões não-médicas. Uma série de fatores, que não cabe aqui especificar, empurra para uma expansão do escopo de prática de profissionais não-médicos em direções clínicas, envolvendo em várias dimensões, aspectos diagnósticos e terapêuticos antes reservados (por tradição ou convenção e não por lei ou norma jurídica escrita) aos médicos. É o caso das terapias e práticas clínicas alternativas, é também o das novas práticas de saúde mental e da prevenção de epidemias como a da aids, entre outros. Por outro lado, é bastante razoável supor que em localidades desprovidas de médicos ou em áreas de atuação que apresentam lacunas assistenciais, até pelas tendências de especialização e abstração crescente das práticas profissionais, as autoridades sanitárias do País pretendam expandir o escopo de prática de outros profissionais, e uma maneira segura de fazer tal coisa é por

meio do ato supervisionado ou delegado sob ordem e prescrição direta do médico (em casos individuais) ou sob a vigência de protocolos clínicos, a exemplo do que se observa em outros países, conforme visto.

Com efeito, um conjunto de ações governamentais está interferindo no escopo das atividades profissionais por meio do reordenamento do processo de trabalho, como aqueles desenvolvidos pelas equipes de saúde da família, ao induzir o desenvolvimento de novas competências, voltadas ao planejamento, ao desenvolvimento de ações inter-setoriais, à atenção humanizada e ao compartilhamento destas atividades no trabalho em equipe, gerando também áreas cinzentas de atuação e novas possibilidades de recombinação destes trabalhos. Esse mesmo processo se reproduz em atividades de atendimento à aids, em Saúde Mental etc. O desenvolvimento de protocolos de prática também interfere nos escopos e nos limites de atuação, assim como as portarias que regulamentam o funcionamento dos serviços de saúde e definem os profissionais habilitados para neles trabalharem. Por outro lado, a incorporação das metodologias de identificação e construção de competências dirigidas a processos educativos, aplicada em profundidade pelo PROFAE, permite criar um importante instrumento de mediação dos conflitos profissionais.

Em segundo lugar, os projetos de atribuição de atos exclusivos a profissões situam-se na contramão das reformas da regulação profissional que têm servido de paradigmas pela inovação e respeito à cidadania e reconhecimento das diferenças interprofissionais.

Por outro lado, do ponto de vista procedimental, também estamos na contramão. A maior parte dos processos de reforma profissional, fundamentados na proteção e bem-estar do público, não tem se caracterizado por reformas pontuais baseadas nessa ou naquela profissão

– geralmente quando é assim, ganham os segmentos da sociedade, com maior poder e capacidade lobística – e isso em detrimento da população e mesmo das profissões. Na verdade, um processo de reforma desse tipo em nosso País, apropriado à realidade do século que se inicia, além de envolver uma profunda revisão da legislação e das demandas de regulamentação profissional, dos escopos de prática de cada categoria e das estruturas e instituições de regulação pública das profissões, deve se pautar pela publicidade dos debates e pela participação do conjunto dos atores sociais e econômicos interessados. E esse é um processo que, nos países de democracia inclusiva, envolve, necessariamente, coordenação de governo. A questão da regulamentação profissional é uma questão de política pública e como tal deve ser enfrentada.

#### Considerações finais

A reforma da regulação profissional deve se pautar por diretrizes que visem reforçar os aspectos positivos do sistema de auto-regulação vigente, em especial seu potencial para garantir a qualidade dos padrões técnicos e éticos do exercício profissional e de proteção do público, contudo deve esforçar-se por criar mecanismos para compensar suas falhas.

Para tanto, um formato de regulação profissional e ocupacional a ser estimulado, baseado no princípio geral da utilidade pública da regulação, deve contemplar, na prática, o balanço criterioso entre objetivos pragmáticos da política do governo para o setor e do fortalecimento das instituições básicas de uma sociedade justa, dentre os quais, vale citar:

- proteção do público contra a ação de profissionais incompetentes, provedores desqualificados e inescrupulosos;
- promoção da eficiência na provisão dos serviços de saúde;
- garantia da acessibilidade aos serviços de saúde;

- garantia da equidade na distribuição dos serviços de saúde;
- equidade no tratamento das profissões e ocupações;
- reconhecimento das competências laborais;
- promoção de capacidade de Estado para a coordenação da política para as profissões.

---

#### Bibliografia

CASEY, J. T. **The Regulation of Professions in Canadá.** Toronto: Carswel, 2001.

EVANS, R. G. Professions and the production function: can competitive police improve efficiency in the licensed professions. In: ROTTENBERG, S. (Ed.). **Occupational Licensure and Regulation.** American Enterprise Institute for Public Policy Research, 1980.

FISHKIN, J. **Tyranny and Legitimacy: A Critique of Political Theories.** Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1979.

FREIDSON, E. **Professional powers: a study of the institutionalization of formal knowledge.** Chicago: The University of Chicago Press, 1988.

GIRARDI, S. N. et al. **Sinais de Mercado e Regulação Institucional do Trabalho em Saúde no Brasil dos anos 90.** Brasília: CGDRH; Ministério da Saúde, 1995.

GIRARDI, S. N. **A regulação institucional da força de trabalho em saúde nos Estados Unidos e Canadá: políticas de transição.** Relatório de Pesquisa. Washington, DC: Panamerican Health Organization/WHO, 1999.

\_\_\_\_\_. “Los dilemas de la Reforma de la Regulación del Trabajo y de las Profesionales de Salud en la Reforma del Estado”, **Cuadernos Médico Sociales**, n. 77, abr. 2000, p. 45-58.

HABERMAS, J. **The Theory of Communicative Action: Lifeworld and System: a critique of functionalist reason**, Boston: Beacon Press, 1987.

HESS, D. Medicina integrada e questões de universalismo. In: GOES, L. G. et al. (Orgs.). **O Brasil não é para principiantes; carnavais, malandros e heróis, 20 anos depois**. Rio de Janeiro: Ed. FGV, 2000.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.

MIRANDA SÁ JR, L. S. **Exposição de Motivos**, Anexo à Resolução CFM N.º 1.627/2001, 2001.

MITNICK, Barry M. (1989). **La Economía Política de la Regulación**. México: Fondo de Cultura Económica. 505 p.

ONTARIO. Ministry of Health (s.d.). **Striking a New Balance: a blueprint for the Regulation of Ontario's Health Professions**: Recommendation of the Health Professions Legislation Review. Ontario, p. 11.

PEW HEALTH PROFESSIONS COMMISSION. **Critical Challenges: Revitalizing the Health Professions for the Twenty-First Century**. The Third Report of The Pew Health Profession Commission, <<http://futurehealth.ucsf.edu/pewreg>> , 1995.

SALTMAN, R. B.; BUSSE, R. Balancing regulation and entrepreneurialism in Europe's health sector: theory and practice in Regulating Entrepreneurial Behaviour. In: SALTMAN, R. B.; MOSSIALOS, E. E.; BUSSE, R. (Eds.). **European Health Care Systems**. [s. l.]: Open University Press, 2002.

SAMUELSON, P.; NORDHAUS, W. **Economics**. New York: McGraw-Hill, 1992.

VIANNA, L. W. et al. **A judicialização da política e das relações sociais no Brasil**. Rio de Janeiro: Revan, 1999.

WILLIAMSON, Oliver. **The Mechanisms of Governance**. New York: Oxford University Press, 1996.



# Educação profissional em Saúde no Brasil: a proposta das Escolas Técnicas de Saúde do Sistema Único de Saúde

## Professional education and health in Brazil: the proposal of technical health schools of Unified Health System

Rita Elisabeth da Rocha Sório  
Gerente Geral do PROFAE – Ministério da Saúde

---

**Resumo:** Este artigo trata da história dos Centros Formadores de Recursos Humanos para a Saúde ou das Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde (ETSUS), criados e mantidos pela rede pública de saúde na década de 80. Sua concepção foi desenhada a partir do reconhecimento das dificuldades enfrentadas pelos profissionais dos serviços de saúde que, embora atuassem na assistência à população e “sofressem” inúmeros treinamentos para o desempenho de atividades no trabalho, não dispunham de condições materiais para participar de um processo educativo que lhes propiciasse dignidade e identidade profissional, conseqüentemente respeito e valorização. Assim desde seu início, as ETSUS têm como princípio a inclusão social de milhares de trabalhadores da saúde.

Hoje, mantendo sua concepção e estrutura direcionadas para organizar e oferecer serviços educativos voltados para as necessidades da área de Saúde, essa rede de escolas é considerada a alternativa para a oferta de educação profissional para o Sistema Único de Saúde (SUS). Essa é a razão principal para que o Ministério da Saúde (MS), por meio do Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da área de Enfermagem (PROFAE), esteja investindo amplamente na consolidação e expansão de seu modelo. Sua abrangência não delimita espaços; sua metodologia não discrimina pessoas; sua potencialidade supera as barreiras de uma escola tradicional. Assim são as ETSUS.

**Palavras-chave:** Educação Profissional; Escola Técnica do SUS; Inclusão Social.

**Abstract:** This paper is about the history of the Centers for Human Resources Training in Health, or the Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde – ETSUS (Brazilian Unified Health System’s Technical Schools), which were established and maintained by the public health network in the 1980’s. They were devised based on the recognition of the difficulties faced by health care professionals who – despite providing care to population and “suffering” countless training sessions for performing their work duties – did not have enough material conditions for participating in an educational process that should provide them with dignity and professional identity and, therefore, respect and valuation. Hence, since their very beginning, the ETSUS’ main principle is the social inclusion for thousands of health workers.

Currently, holding its concept and structure addressed to organizing and providing educational services aimed at the Health field needs, that network of schools is considered as the alternative for providing professional education to the Sistema Único de Saúde – SUS (Unified Health System). That is the main reason why the Ministry of Health, through the Project Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem – PROFAE (Professional Training for the Workers in the Field of Nursing), is largely investing on the consolidation and expansion of its model. Its scope is not restricted to spaces; its methodology holds no discrimination against people; its potentiality overcomes the barriers of a traditional school. That is how ETSUS are.

**Key Words:** Professional Education, Brazilian Unified Health System’s Technical Schools, Social Inclusion.

---





## Introdução

Pensar a questão de recursos humanos para o setor Saúde impõe, por um lado, caminhar rumo ao preceito constitucional<sup>1</sup> que assegura a saúde como direito do cidadão e, por outro, refletir sobre o princípio normativo que identifica o setor como responsável pelo “ordenamento da formação de recursos humanos”<sup>2</sup>. Esse ordenamento tem várias dimensões que vão desde a regulação até a formação e a gestão do pessoal que atua na área da Saúde.

Ao longo do tempo, milhares de trabalhadores brasileiros não tiveram acesso à educação, tanto do ponto de vista geral quanto do profissional. Sem possibilidades de concluir seus estudos, ingressaram no mercado de trabalho em saúde como forma de sobrevivência. Dessa forma, os trabalhadores que atuaram e vêm atuando no processo produtivo em saúde, sem formação profissional e qualificação específicas para as funções que exercem, não vislumbram uma inserção digna nos planos de cargos e salários de suas instituições, não alimentam expectativas de crescimento funcional e muito menos obtêm registro profissional fornecido pelos órgãos de classe. Como resultado disso, esses trabalhadores têm sido marginalizados e tido baixo reconhecimento profissional e social.

Paralelo a isso, a luta pela ampliação do acesso aos serviços públicos de saúde, legitimada pelos movimentos sociais na década de 70, confluuiu para o estabelecimento de estratégias no setor que garantissem extensão da cobertura com maior qualidade das ações. No entanto, o diagnóstico sobre os problemas qualitativos e quantitativos de recursos humanos para atuar na saúde, já era conhecido e debatido desde os anos 60.

Ou seja, em última instância, trata-se de um problema antigo, cujas soluções ainda se impõem como desafios nos dias atuais. A exclusão do processo educativo, a deficiência das escolas profissionais para atender

às necessidades de preparação de pessoal para o setor, na quantidade e qualidade desejadas, a falta de uma política e de mecanismos que possibilitassem a formação em saúde, o perfil social heterogêneo dos trabalhadores já empregados, as qualificações incipientes feitas por meio de treinamentos pontuais realizados em serviço e a dispersão geográfica em que se encontravam motivaram o desenvolvimento de um projeto social com o objetivo de dar identidade profissional aos trabalhadores excluídos, de assegurar-lhes a oportunidade de competição no mercado de trabalho e de reorganizar os serviços para assegurar o acesso da população à assistência de qualidade.

E por que a necessidade de se criar uma escola profissional específica para a saúde? A resposta a essa questão implica considerar duas variáveis: em primeiro lugar, o ensino técnico na área da Saúde sempre foi visto como a oferta de cursos, sem especificidades, podendo qualquer escola oferecê-lo, independente de qualquer condição *a priori*. Em segundo lugar, o setor Saúde possui uma cultura instituída e grande acumulação na área de capacitação emergencial, um peso tecnológico relevante e principalmente uma força de trabalho expressiva, em 1999 estimada em 2,5 milhões de pessoas<sup>3</sup> empregadas em atividades nessa área, das quais aproximadamente 700 mil são profissionais que trabalham no nível técnico e auxiliar, no cuidado direto às pessoas.

Essas condições justificaram a criação de espaços educativos que permitissem sistematizar as experiências acumuladas ao longo dos anos e avançar na conformação de alternativas pedagógicas adequadas às características do setor e às demandas originadas das políticas de saúde.

1 Constituição Federal, artigo 196.

2 Constituição Federal, artigo 200 e inciso III.

3 Relação Anual de Informações Sociais – RAIS e Cadastro Geral de Empregados e Desempregados – CAGED (1999).

## As Escolas Técnicas do SUS e a Política de Saúde no País

Nas últimas décadas, o setor Saúde cresce em complexidade face aos compromissos assumidos pelas esferas governamentais, com vistas a atender as demandas crescentes no campo da atenção à saúde, demandas que mais tarde se tornariam princípios caros à Constituição, promulgada em 1988, e fundamentais para consolidar as Políticas de Saúde hoje vigentes.

Por um lado, a reordenação das práticas de saúde e a regionalização da assistência apontam para a necessidade de qualificação e formação de pessoal de nível básico e técnico para atuar tanto na atenção básica quanto na média e alta complexidade, no apoio diagnóstico, vigilância em saúde, informação, desenvolvimento e gerência de processos e funções intermediárias. Por outro lado, os gestores, impelidos pela necessidade de responder pela melhoria da qualidade da assistência prestada e dar respostas efetivas à população, buscam diferentes estratégias para compor seu quadro de pessoal, com predomínio da contratação de pessoal com baixa qualificação e sem experiência prévia. Por fim, a inserção desse grande contingente sem a qualificação específica se dá, em parte, pela limitação da oferta de pessoal qualificado, visto que o setor Educacional não conseguia formar profissionais nesses níveis de ensino, na quantidade e qualidade exigidas pelo setor Saúde.

Mais de 30 anos se passaram e o cenário do ensino profissionalizante, principalmente para o setor Saúde, parece não ter se modificado de forma substancial. Indicativos dessa afirmação se encontram nos resultados do Censo de Educação Profissional realizado pelo Ministério da Educação (MEC), por meio do Instituto Nacional de Estudos Pedagógicos (INEP), no ano de 1999<sup>4</sup>.

As informações decorrentes dos dados cadastrais das instituições possibilitam a caracterização do

perfil dos cursos ofertados por níveis e áreas profissionais e sua dependência administrativa, os professores e instrutores por grau de formação e nível de atuação, e as matrículas e concluintes por sexo, faixa etária, nível e área profissional.

Aqui, são relacionados os resultados do censo referentes ao objeto deste trabalho: instituições, cursos e matrículas na educação profissional:

- das 3.948 instituições de ensino que oferecem educação profissional em diferentes níveis e áreas, apenas 5,2% (204 estabelecimentos) ofertam cursos na área da Saúde;
- na área da Saúde, a maioria, 61%, é instituição privada;
- a oferta de educação profissional nos diferentes níveis e áreas concentra-se na Região Sudeste, com a presença de 48% das instituições;
- as instituições que contribuem para a área da Saúde, nessa região, correspondem a 62%, ou seja, 126 estabelecimentos.

Essas informações nos parecem bastante indicativas da baixa oferta de educação profissional em saúde. Ainda sobre isso, vale a pena registrar, a partir da mesma fonte de informações:

- nos cursos de educação profissional, nas diferentes áreas e níveis, estão matriculados 2,8 milhões de estudantes, dos quais apenas 121 mil alunos estão na área da Saúde;
- a maioria das matrículas, 71,5% (37 mil), está concentrada nos 590 cursos de nível básico, principalmente os de primeiros socorros e instrumentação cirúrgica, abertos a qualquer pessoa interessada, independente de escolaridade prévia;

4 O censo abrangeu escolas federais, estaduais, municipais e os estabelecimentos privados, incluindo os cursos ministrados pelo "Sistema S", por instituições empresariais, sindicais, comunitárias e filantrópicas, que oferecem educação profissional de acordo com a Lei nº 9 394/96, Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB).

- a matrícula nos 703 cursos de nível técnico corresponde a 82 mil;
- os principais cursos técnicos, oferecidos simultaneamente ou após a conclusão do ensino médio, com organização curricular própria e carga horária mínima nunca inferior a 1.200 horas, são os de técnico e auxiliar de enfermagem, patologia clínica e nutrição e dietética.

As informações da Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (AMS/IBGE), sobre Recursos Humanos de 1999, realizado em todos os estabelecimentos públicos e privados de saúde no País, evidenciam a demanda de formação dos trabalhadores de saúde para o setor Educacional, ou seja, um contingente que necessita de formação técnica, básica e educação continuada tendo em vista a oferta de serviços de saúde de qualidade.

Os dados da AMS/1999 em termos de escolaridade, revelam que:

- 185.586 trabalhadores possuem até oito séries do ensino fundamental, e 333.149 são de nível médio, com até três anos de escolaridade, além do ensino fundamental;

- em termos de habilitações técnicas presentes enquanto áreas profissionais da saúde, observa-se as de odontologia, enfermagem, farmácia, hemoterapia, histologia, nutrição e dietética, patologia clínica, reabilitação, vigilância sanitária e saúde ambiental, citologia, equipamentos médico-hospitalares e radiologia médica.

Ao se considerar além dessas profissões, todas as ocupações presentes no setor, representadas por agentes comunitários, agentes de saneamento, de vigilância, de zoonoses, parteiras, dentre outras, e considerados os trabalhadores de nível fundamental, médio e um quantitativo que persiste com a definição “não se aplica”, totaliza-se 709.726 pessoas potencialmente demandantes de processos de qualificação profissional, empregadas no setor Saúde.

O cotejamento entre a oferta de educação profissional e o quantitativo de trabalhadores explicitado evidencia a dimensão do desafio colocado para o setor Saúde. E no campo das respostas engendradas pelo Estado, sobressai o Projeto de Formação em Larga Escala, implantado a partir de meados dos anos 80 e que tem na Escola Técnica de Saúde ou Centro Formador, a alternativa para a resolução do problema de baixa qualificação da força de trabalho empregada nos serviços de saúde.

Também é importante destacar que, na década de 90, o papel das Escolas Técnicas de Saúde se inscreve no cerne de três grandes processos em curso na sociedade brasileira: a reforma do aparelho do Estado, a reforma educacional e a reforma sanitária brasileira.

A Portaria Ministerial nº 1.298 de 28 de novembro de 2000, veio formalizar a constituição de uma rede nacional de ETSUS. O movimento nessa direção é fundamental para o avanço dessas instituições, ao mesmo tempo em que se relaciona com iniciativas anteriores de ampliar a interlocução interinstitucional, fortalecer esses espaços e ampliar a capacidade de normativa e reguladora dessas ETSUS no campo dos Recursos Humanos em Saúde. Nesse ponto é fundamental resgatar, por exemplo, o Projeto Escola.

Essa discussão, contudo, não pode ser pensada de maneira dissociada ao contexto da Educação Profissional no Brasil. Assim, é importante considerar que, ainda na década de 70, o setor Saúde, à semelhança do que ocorreu com a indústria e outros setores, se viu obrigado a preparar tecnicamente seus quadros, uma vez que estavam em expansão os programas de extensão de cobertura e o sistema educacional não respondia qualitativa e quantitativamente às necessidades da área da Saúde.

Simultaneamente é oportuno recuperar que a origem das Escolas Técnicas de Saúde remonta à

implantação de programas sociais de extensão de cobertura por serviços de saúde recomendados por organismos internacionais e assumidos como Políticas Públicas no Brasil, nos anos 70, particularmente, o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), criado por Decreto Presidencial em agosto de 1976, inicialmente para a Região Nordeste do País. (Brasil, 1979). Aqui é forçoso rever que são diretrizes básicas do Programa: ampla utilização de pessoal auxiliar, recrutado nas próprias comunidades a serem beneficiadas, a prevenção de doenças transmissíveis, o atendimento a doenças mais freqüentes e detecção precoce dos casos mais complexos, o desenvolvimento de ações de saúde de baixo custo e alta eficácia, a disseminação de unidades de saúde tipo miniposto, integradas ao sistema de saúde da região e apoiadas por unidades de maior porte e complexidade, a integração dos diversos organismos públicos, a ampla participação comunitária e a desativação gradual de unidades itinerantes de saúde (Brasil, 1976).

As diretrizes básicas colocadas servem de base para a implantação de outros programas, igualmente importantes para o setor. Nesse contexto, é constituído um grupo de trabalho, com profissionais oriundos do Ministério da Saúde, da Educação, da Previdência Social e da Organização Pan-Americana da Saúde. Esses organismos firmaram um acordo com a finalidade de estudar a questão de recursos humanos da área da Saúde e de propor soluções, tendo em vista as proposições de Políticas Públicas advindas do II Plano Nacional de Desenvolvimento – 1975-1979. As propostas apresentadas por esse grupo deram origem ao Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde (PPREPS), em 1976 (Macedo *et alii*, 1980). Desse grupo de trabalho participava a Enfermeira Izabel dos Santos, como uma das representantes do Ministério da Saúde.

Inicia-se, assim, o PPREPS, abrangendo 16 projetos, dos quais 11 de treinamento e desenvolvimento de recursos humanos, sob a responsabilidade das secretarias estaduais de saúde (Macedo *et alii*, 1980). Seu objetivo era “promover a adequação (quantitativa e qualitativa) de formação de pessoal de saúde às necessidades e possibilidades dos serviços por intermédio da progressiva integração das atividades de capacitação na realidade do sistema de saúde”.

A formulação e operacionalização do PPREPS já trazem implícita a idéia de introdução de processos educativos nos serviços de saúde, compreendidos para além de um programa, um professor, alunos, carteiras e material didático.

Os programas de preparação de pessoal em larga escala (daí surge o nome do Projeto conhecido no Brasil como Larga Escala), concebidos no processo de viabilização do PPREPS, optaram por alternativas em que os treinamentos não constituíam um fim em si mesmo, mas possibilitavam aos participantes, analisar criticamente as propostas dos serviços de saúde e de desenvolvimento de recursos humanos face às reais necessidades da população a que serviam, a criação de novas tecnologias e a participação dos treinandos na construção de modelos alternativos de assistência.

Dada a dimensão nacional do Programa, surge a necessidade de organização de um espaço estável e permanente de validação dos processos de capacitação. Assim nascem os Centros Formadores de Recursos Humanos de nível técnico para a saúde, com o objetivo de profissionalizar todos os trabalhadores de nível médio e elementar necessários ao processo de trabalho em saúde. A seguir listamos, por região, o conjunto de instituições formalizadas nesse período.

Tabela 1

UF/Região	Instituições
<b>Região Nordeste</b>	
AL	Centro Formador em Recursos Humanos para a Saúde “Dr. Waldir Arcoverde”
BA	Escola de Formação Técnica em Saúde “Professor Jorge Novis”
CE	Escola de Saúde Pública
PB	Centro Formador de Recursos Humanos para a Saúde
PE	Escola de Saúde Pública
RN	Centro de Formação de Pessoal para os Serviços de Saúde “Dr. Manoel da Costa Souza”
<b>Região Sudeste</b>	
ES	Centro de Formação em Saúde Coletiva
MG	Centro Formador de Recursos Humanos para a Saúde/Escola de Saúde Minas Gerais/ Fundação Ezequiel Dias – ESMIG/FUNED
MG	Escola de Qualificação Profissional/Fundação Hospitalar de Minas Gerais – FHEMIG
MG	Escola Técnica de Saúde da Universidade Estadual de Montes Claros – UNIMONTES
RJ	Escola de Formação Técnica em Saúde “Enfermeira Izabel dos Santos”
RJ	Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio
SP	Centro Formador – CEFOR de Osasco
SP	Centro Formador – CEFOR de Araraquara
SP	Centro Formador – CEFOR de Franco da Rocha
SP	Centro Formador – CEFOR de Assis
SP	Centro Formador – CEFOR de Vila Mariana
SP	Centro Formador – CEFOR de Pariquera-açu
SP	Centro Formador – CEFOR de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde
<b>Região Sul</b>	
PR	Centro Formador de Recursos Humanos para a Saúde “Caetano Munhoz da Rocha”
SC	Escola de Formação em Saúde
SC	Escola Técnica de Saúde de Blumenau
<b>Região Centro-Oeste</b>	
GO	Centro Formador de Pessoal de Nível Médio para a Área da Saúde
MT	Escola Técnica de Saúde (hoje transformada em Núcleo de Formação Técnica)
MS	Centro Formador de Recursos Humanos para a Saúde



No conjunto, essas escolas são de responsabilidade e vinculadas às secretarias estaduais de saúde dos seus respectivos Estados. Apenas duas são mantidas por secretarias municipais de saúde (CEFOR da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo e a Escola Técnica de Saúde de Blumenau), três vinculam-se a fundações das secretarias de estado (duas de Minas e uma de Alagoas), uma pertence à Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES). A Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, pertence à Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), unidade técnico-científica do Ministério da Saúde.

Na sua história recente, essas escolas, além de oferecer cursos de educação profissional básica e técnica, assessoram órgãos governamentais em assuntos referentes à área de recursos humanos de nível técnico em saúde, pesquisam, articulam-se com prefeituras e secretarias municipais de saúde, identificam fontes de recursos de projetos externos, em muitos casos participando de concorrência pública, desenvolvem métodos, técnicas e currículos inovadores no campo da educação profissional em saúde.

Recentemente, diversas áreas do setor Saúde vêm demandando das Escolas do SUS a execução de cursos de especialização da formação técnica, de modo, a atender setores estratégicos e mais especializados, representados por serviços de média

e alta complexidade, tais como centros cirúrgicos, serviços de hemodiálise, laboratórios de referência, urgência e emergência, unidades de neonatologia, dentre outras.

A despeito da capacidade instalada nas regiões citadas anteriormente, merece destaque a inexistência de Escolas Técnicas de Saúde, vinculadas ao SUS, na Região Norte, o que traz enormes prejuízos ao combate de endemias e ao estabelecimento de uma rede assistencial de qualidade em nível locorregional.

Para inverter essa situação e se buscar romper com o círculo da iniquidade no País, da falta de acesso aos bens públicos na região, o PROFAE do Ministério da Saúde, estará investindo e apoiando a implementação de sete escolas na Região Norte. A criação dessas escolas também faz parte do Acordo de Cooperação Técnica estabelecido entre o Ministério da Saúde, por meio do PROFAE e o Ministério da Educação por meio do Programa de Expansão da Educação Profissional (PROEP).

A articulação política entre os dois ministérios, viabilizada pelo diálogo efetivo entre os dois programas, com vistas no plano geral, à sinergia de resultados e, no plano específico à criação e implementação de 11 novas ETSUS, sendo sete na Região Norte, três no Nordeste, e uma na Região Sul, assim distribuídas:

Tabela 2

UF/Região	Instituições
<b>Região Norte</b>	
AC	Escola Técnica de Saúde do Acre
AP	Escola Técnica de Saúde do Amapá
AM	Escola Técnica de Saúde do Amazonas
PA	Escola Técnica de Saúde do Pará
RO	Escola Técnica de Saúde de Rondônia
RR	Escola Técnica de Saúde de Roraima
TO	Escola Técnica de Saúde do Tocantins
<b>Região Nordeste</b>	
MA	Escola Técnica de Saúde do Maranhão
PI	Escola Técnica de Saúde do Piauí
SE	Escola Técnica de Saúde de Sergipe
<b>Região Sul</b>	
RS	Escola Técnica de Saúde do Rio Grande do Sul

## O que faz a diferença na ETSUS?

As ETSUS são, hoje, o mecanismo que a saúde possui para responder às necessidades de formação dos quadros para o setor, na oferta da educação profissional para os níveis técnico e básico, num primeiro momento, podendo avançar, posteriormente, até a oferta de educação tecnológica.

Em que pese essa concepção de escola tenha sido gerada há quase duas décadas, sua pertinência às necessidades de preparação de pessoal para o setor Saúde e aos princípios da educação profissional preconizados pela Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) de 1996, fazem dela uma escola aberta, moderna e flexível, atendendo às necessidades impostas pelo mundo do trabalho, respeitando os princípios de uma educação ética e competente.

A inclusão é o princípio norteador que orienta as demais características. O trabalhador empregado, independente do seu grau de escolaridade, tem acesso imediato, independente de qualquer seleção. Se ele presta serviços, há que fazê-lo sem riscos para si e para os outros. Isso é o que lhe assegura o ingresso na escola. Para mantê-lo no processo, as atividades curriculares são organizadas de forma integrada, constituindo-se o que se denomina currículo integrado, considerando a prática real dos sujeitos da aprendizagem de modo que possam refletir sobre ela, teorizar e acrescentar conhecimentos, sistematizar o que já se sabe, de modo que possam voltar aos serviços com uma prática profissional totalmente reformulada. Essa é uma de suas características.

Currículo integrado é um plano pedagógico que articula dinamicamente trabalho e ensino, prática e teoria, serviço e comunidade. O conhecimento não é estático, acabado, definitivo. Sua renovação precisa estar constantemente se inserindo na prática, e vice-versa, num movimento dialético, incessante de realimentação de idéias pelos fatos e dos fatos pelas idéias (Kramer, 1989). Nesse plano

pedagógico, os problemas e suas hipóteses de solução devem ter sempre, como pano de fundo, as características socioculturais do meio em que esse processo se desenvolve. Tal processo de formação se caracteriza pela concepção pedagógica de integração ensino-serviço, em que a realidade se torna a referência problematizadora e as ações educativas consistentes com a proposta da reforma sanitária, no sentido de reorientar e qualificar a prática profissional.

Moreira (1992), um estudioso das principais tendências do pensamento curricular no Brasil, defende “a idéia de se planejarem currículos que dêem aos estudantes voz ativa e crítica e que lhes forneçam o conhecimento e as habilidades necessárias para a sobrevivência e o crescimento do mundo moderno. Essa concepção está associada à ênfase na necessidade de se trabalhar no sentido de levar o aluno a desenvolver força de vontade, disciplina, respeito ao trabalho, constância nos esforços e propósitos. Mas também se pretende formar cidadãos críticos, autônomos, participantes, ativos e possuidores de conhecimentos e habilidades que o levem a contribuir para a promoção de melhores e mais justas condições de vida para todos” (Moreira, 1992 *apud* Sá, 2000).

Essa é a razão pela qual a ETSUS faz a opção pelo currículo integrado? Isso não está dado. Inclusive poucas hoje adotam o currículo integrado. Nessa concepção foram elaborados os guias curriculares para a formação do auxiliar de enfermagem para atuar na rede básica do SUS (Brasil, 1994), para a formação do auxiliar de enfermagem para atuar na rede hospitalar do SUS (Brasil, 1994), para a formação do técnico em higiene dental para atuar na rede básica do SUS (Brasil, 1994), para a formação do atendente de consultório dentário para atuar na rede básica do SUS (Brasil, 1998). Foram ainda construídos os currículos integrados para a formação do técnico em patologia clínica e técnico em farmácia, ainda não publicados.



A elaboração desse material didático sob a forma de currículos integrados levou em conta a importância de estimular a aquisição de conhecimentos, habilidades e atitudes, pois eles são o elemento-chave para o alcance das competências.

O currículo integrado é uma proposta que permite:

- efetiva integração entre ensino e prática profissional;
- avanço na construção de teorias a partir da anterior;
- a busca de soluções específicas e originais para as diferentes situações;
- a integração ensino-trabalho-comunidade; e
- a adaptação a cada realidade local e aos padrões culturais próprios de uma determinada estrutura social.

Outra opção pedagógica é o currículo correlacionado, que tem como características principais a identificação e definição dos problemas de realidade, organizando-se os assuntos em torno de um tema central.

A ETSUS que adota o currículo integrado para o ensino profissionalizante também estimula seus alunos a buscarem a complementação da educação geral como parte do resgate da cidadania, na busca do direito constitucional de escolaridade mínima de oito anos para todos os brasileiros. Com a inserção de trabalhadores em todas as áreas, outra característica que se destaca é a oferta da educação multiprofissional dentro do setor Saúde.

O Conselho Nacional de Educação aprovou habilitações profissionais nas seguintes subáreas: biodiagnóstico, enfermagem, estética, farmácia, hemoterapia, nutrição e dietética, radiologia e diagnóstico por imagem em saúde, reabilitação, saúde bucal, saúde visual, saúde e segurança no trabalho e vigilância sanitária. Pelo Censo de Educação Profissional

realizado em 1999, pelo MEC/INEP, a rede convencional de ensino oferece principalmente cursos na área de Enfermagem, patologia clínica e nutrição e dietética. A habilitação e a qualificação nas demais áreas necessárias à operacionalização do SUS é ofertada quase que exclusivamente na rede das escolas técnicas de saúde, com exceção da estética que foi recentemente incorporada ao setor Saúde.

Estando os trabalhadores dispersos e distribuídos nos serviços de saúde de diferentes complexidades, a ETSUS possui outra característica básica: a descentralização. Para atingir o fim para o qual foi criada, buscou-se implantar a escola-função, que vai até o aluno, levando a ele a oportunidade educacional, mesmo que ele resida num município distante da sede da escola. Se toda a execução curricular é descentralizada, os processos administrativos dos registros escolares são centralizados na escola para assegurar ao serviço de inspeção escolar o controle do processo burocrático.

Para que a escola possa atuar de forma descentralizada nos municípios que demandam a formação dos trabalhadores, a ETSUS apresenta outra característica impar na educação profissional em saúde: preparar o profissional de nível superior, dos serviços, para assumir também a função docente.

Ainda voltada para garantir a qualidade do processo educativo e facilitar a aprendizagem, desenvolveu-se nova característica voltada para o processo metodológico, privilegiando os conhecimentos, experiências e expectativas do aluno como ponto de partida do processo ensino-aprendizagem. A seleção dos conteúdos programáticos deve guardar uma relação direta com os problemas vivenciados pelo aluno, sendo a prática em situação real também considerada como experiência de ensino e o ambiente de trabalho como local preferencial da formação profissional. Essa forma metodológica

de conduzir o currículo dispensa estágios convencionais. A prática supervisionada e o estágio são realizados durante todo o desenvolvimento das atividades curriculares, não se limitando ao tradicional estágio supervisionado oferecido ao final do curso. As atividades práticas devem proporcionar ao estudante freqüentes oportunidades para:

- observar outras pessoas desempenhando determinadas oportunidades e tarefas a serem executadas. No desempenho de tais tarefas o instrutor ou supervisor deve tornar explícito todo o “processo mental” utilizado para a sua execução;

- praticar as diversas habilidades a serem adquiridas e acompanhadas com imediato retorno dado pelo instrutor ou supervisor.

Em ambas as oportunidades as atividades devem ser trabalhadas em contextos em que se desenvolve o processo de trabalho ou naquele o mais próximo possível da realidade na qual elas se desenvolvem.

#### **O Ministério da Saúde e o fortalecimento das ETSUS**

O Ministério da Saúde vem acompanhando ao longo desses anos o desenvolvimento das ETSUS por meio da atual Coordenação de Políticas de Desenvolvimento de Recursos Humanos e da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/FIOCRUZ, aportando, inclusive, recursos financeiros específicos para o fortalecimento e modernização da rede de escolas do SUS.

O Acordo de Cooperação Técnica Brasil do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), o Projeto BRA/90-032, Desenvolvimento Institucional do Ministério da Saúde – Projeto Nordeste assegurou recursos para a formação de pessoal de nível médio, possibilitando ainda, o financiamento de estudos e pesquisas, o acompanhamento e assessoria aos projetos estaduais, revisão, publicação e distribuição dos guias curriculares

integrados tanto para alunos como para os instrutores e supervisores. O Projeto Escola, financiado pela FIOCRUZ, sob a coordenação da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, financiou, 10 escolas previamente selecionadas, a estruturação e informatização dos registros escolares e a capacitação dos secretários escolares e gestores dessas unidades de ensino.

Em 1999, importante decisão política do Ministério da Saúde reescreveria a história das ETSUS. O Governo Brasileiro firmou com o Banco Interamericano de Desenvolvimento o Contrato de Empréstimo nº 1215/OC-BR para o desenvolvimento do Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área da Enfermagem, cujo objetivo é “melhorar a qualidade do atendimento ambulatorial e hospitalar, principalmente em estabelecimentos que integram ou venham integrar o Sistema Único de Saúde, por intermédio da capacitação dos trabalhadores da área da Enfermagem e do fortalecimento das instâncias reguladoras e formadoras de recursos humanos para o SUS” (Brasil, 2000).

O PROF AE iniciou sua atuação de fortalecimento e modernização das ETSUS, realizando um diagnóstico para verificar a viabilidade técnica, política e administrativo-financeira daquelas unidades. O resultado desse diagnóstico trouxe à luz aspectos importantes que têm sido objeto de investimentos no sentido de superar ou minimizar a situação encontrada.

Na viabilidade técnica o PROF AE tem investido na reconstrução do Projeto Político Pedagógico das escolas, tendo em vista novos cenários no campo da saúde e da educação profissional e a necessidade de expansão não só das habilitações técnicas, mas das qualificações básicas para além da área da Enfermagem. A coordenação de algumas áreas de fortalecimento técnico foi assumida diretamente pelo PROF AE, com investimentos que levam à modernização e que

conformam e respaldam a construção da identidade das ETSUS.

Uma delas é a biblioteca, cujo acervo físico terá um tratamento especial baseado em metodologia informatizada do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (Bireme), chegando até à implantação da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), com destaque para a área da educação profissional no setor.

Na área da informação e informatização, a aquisição de *softwares* e equipamentos trará um avanço para os processos técnicos, administrativos e gerenciais e finalmente, a preparação de quadros técnicos e administrativos prevista pela escola em seu Projeto de Investimentos financiado pelo PROFAE, se estende até a oferta de mestrado profissional para os quadros dirigentes de recursos humanos das secretarias de saúde e das Escolas Técnicas de Saúde.

No campo da viabilidade política, no seu recorte de gestão, vem sendo negociado, com os dirigentes da entidade mantenedora da ETSUS, a oferta de cooperação técnico-financeira direta e indireta para a elaboração de estudos de alternativas de gestão e flexibilização.

Na viabilidade administrativo-financeira, cada escola elaborou seu projeto de investimento no valor de R\$ 500.000,00 financiados pelo PROFAE, buscando fortalecer aqueles pontos identificados como frágeis durante a realização do seu planejamento estratégico. O fortalecimento da ETSUS impõe a composição de uma agenda política compartilhada entre os gestores estaduais e a coordenação do PROFAE no Ministério da Saúde. São questões pertinentes à área de Recursos Humanos em Saúde, bastante complexas e importantes para o sistema que precisam ser definidas pelo nível estratégico do setor.

Em 2001, inicia-se um processo de negociação entre os gestores do PROFAE, no Ministério da Saúde, e

do PROEP, no Ministério da Educação, para articulação entre as agendas complementares dos dois programas nacionais destinados à melhoria da educação profissional no País. Iniciativa inédita até então, esse processo culmina com o estabelecimento de recursos e priorização de ações que possam possibilitar o aporte de recursos para o setor Saúde, com vistas à construção de novas escolas do SUS, nos estados que não dispõem de estruturas do SUS voltadas para formação profissional de nível técnico em saúde. Com esse Acordo Interministerial, os recursos do Programa de Expansão da Educação Profissional, além de possibilitar maior oferta da educação profissional em saúde, possibilitarão também promover maior qualidade do ensino das existentes, por meio do financiamento de reformas e equipamentos pedagógicos para as escolas pertencentes à Rede de Escolas Técnicas do SUS (RET-SUS). Também já estão assegurados recursos para este ano, para a construção e aquisição de equipamentos para as novas ETSUS do Acre e Amapá, cujos projetos estão em fase de finalização.

#### Considerações finais

As ETSUS possuem potencialidades e competências adquiridas ao longo desses anos que fortalecem sua posição de escola profissional a serviço das necessidades de qualidade do Sistema Único de Saúde e, portanto, não poderiam deixar de ser alvo do esforço que vem sido conduzido pelo PROFAE no que se refere à execução de uma política integrada de recursos humanos para a área de Saúde.

A participação em processos e decisões que envolvem a área de Recursos Humanos, a interlocução com as secretarias de estado da saúde, a busca de financiamento por meio de acordos de cooperação técnica, o grande potencial de expansão, a capacidade de dar respostas imediatas às demandas dos serviços de saúde estabelecidas pelas secretarias estaduais de saúde – SES e secretarias

municipais de saúde – SMS, a capacidade de articulação interinstitucional, o estabelecimento de parcerias com as prefeituras e outras instituições afins e o reconhecimento da qualidade dos egressos evidenciados em resultados de concursos e seleções tornam as ETSUS um tipo de escola diferenciada.

Some-se a isso, no campo pedagógico, a possibilidade da oferta de cursos de formação e especialização para nível técnico, de cursos de qualificação básica e técnica, a assessoria a órgãos competentes de recursos humanos na área de educação profissional, a capacidade de planejar os cursos junto aos serviços de saúde, coordenar e supervisionar a execução e avaliar as transformações ocorridas, a capacidade de oferecer aos municípios os cursos demandados, e o atendimento a grande demanda para cursos abertos à comunidade são aspectos relevantes para a consolidação do espaço pedagógico de educação profissional em saúde.

---

## Bibliografia

APPLE, Michael W. Reprodução, Contestação e Currículo. In: *Educação e Poder*. PA, Artes Médicas, 1989. cap. 1, p. 19-54.

BRASIL. Decreto nº 78.307, de 24 de agosto de 1976. Aprova o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento no Nordeste e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 1976.

\_\_\_\_\_. *Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento – PIASS*. Anteprojeto para a Expansão Nacional do PIASS. Brasília, 1979.

\_\_\_\_\_. *Constituição Federal*. Ministério da Educação. Brasília, 1989.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos

para o SUS. Capacitação Pedagógica/ Supervisor – Área da Saúde - s. ed., reimpressão. Brasília: Ministério da Saúde, 1994. 60 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Guia Curricular para a Formação do Auxiliar de Enfermagem para a Rede Básica*. Brasília, 1994.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Guia Curricular para a Formação do Auxiliar de Enfermagem para a Rede Hospitalar*. Brasília, 1994.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Guia Curricular para a Formação do Técnico em Higiene Dental para a Rede Básica*. Brasília, 1994.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Recursos Humanos para Serviços Básicos de Saúde*. 1. ed., reimpressão. Brasília, 1995.

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação e Desporto. Decreto nº 2.208, de 17 de abril de 1997. Regulamenta o parágrafo 2º do art. 36 e os arts. 39 e 42 da Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. *Diário Oficial da União*, Brasília, 18 abr., 1997a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação e Desporto. Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece As diretrizes e bases da educação nacional. *Diário Oficial da União*, Brasília, 24 maio, 1997.

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação e do Desporto. Conselho Nacional de Educação. *Resolução CNE nº 02*, de 26 de junho de 1997c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Contrato de Empréstimo nº 1.215/OC-BR. Brasília, 1999.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde. *As Escolas Técnicas do SUS: modernizando e flexibilizando*. Brasília, 1998.

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação e do Desporto. Conselho Nacional de Educação. *Diretrizes Curriculares Nacionais para Educação Profissional de Nível Técnico*. Brasília, 1999a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação e do Desporto. *Censo de Educação Profissional*. Brasília, 1999.

\_\_\_\_\_. Ministério do Trabalho. *Cadastro Geral dos Empregados e Desempregados*. Brasília, 1999.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Pesquisa de Assistência Médico Sanitária*. Brasília, 1999.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Portaria Ministerial nº 1.298 que institui a Rede de Escolas Técnicas do SUS*. Brasília, 2000.

GALVÃO, Ena. Educação Profissional de Nível Técnico para a Área de Saúde. Brasília, 2002, mimeografado.

GANDIM, Danilo Luis Armando. *Temas para um projeto político pedagógico*. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2000. 175 p.

KRAMER, S. Melhoria da qualidade do ensino: o desafio da formação de professores. Brasília, DF. *Revista Brasileira de Estudos Pedagógicos*, n. 165, p. 189-207, 1989.

MACEDO, C. G.; SANTOS, I.; VIEIRA, C. A. B. Uma experiência de formação de pessoal de Saúde no Brasil. *Educación Médica y Salud*, v. 14, n.1, p. 62-75, 1980.

MOREIRA, A. F. B. *Currículo e Controle Social: Teoria & Educação*, v. 5, n. 3-1, p. 13-27, 1992.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. *Educación médica y salud*, v. 14, n. 1, 1980.

ROSAS, E. J. *A extensão de cobertura dos serviços de Saúde no Brasil*. PIASS: Análise de uma experiência. Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, 1981.

SÁ, Eliana Maria de Oliveira. *Quando o Currículo faz a diferença... O Currículo integrado na formação em serviço do Técnico em Higiene Dental*. Dissertação de Mestrado. Belo Horizonte: PUC, 2000.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Escola de Formação em Saúde. *Plano Político Pedagógico*, 2000.

SANTANA, José Paranaguá de. Formulação de Políticas de RH nos serviços de saúde. *Saúde em Debate*, n. 28, p. 66-71, maio 1990.

SILVA, Joana Azevedo. *Assistência Primária de Saúde: o agente de saúde do Vale do Ribeira*. Dissertação de Mestrado – Faculdade de Saúde Pública da USP, São Paulo, 1984.

\_\_\_\_\_. *Relatório Final de Consultoria à Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS*. Brasília, 1997.

SOUZA, Alina Maria de Almeida; GALVÃO, Ena de Araújo; SANTOS, Izabel dos et al. *Processo Educativo nos serviços de saúde*. [s.l.]: Organização Pan-Americana da Saúde, 1989.

# Formação profissional e humanização dos serviços de saúde

## Professional preparation and humanization of health services

Francisca Valda da Silva

Presidente da Associação Brasileira de Enfermagem - ABEn

Maria Dalva Gomes Alencar de Souza Menezes

Mestre em Educação – Universidade Federal do Rio Grande do Norte

---

**Resumo:** O artigo discute os impasses revelados na formação dos profissionais de saúde, articulando os impactos possíveis dessa formação na prestação de serviços na área. Aprofunda o conceito de humanização, situando-o historicamente quanto ao seu surgimento e ao seu significado enquanto prática nos serviços de saúde. A questão fundamental circula em torno de temas como subjetividade, cidadania e qualidade de vida e ainda, como a saúde e a doença vinculam-se a esses temas. A partir da discussão, revela-se que a formação profissional deverá ser permanente, sendo dessa maneira possível formar um profissional cidadão, comprometido com uma prestação de serviços de boa qualidade e assim caracterizada como humanizada.

**Palavras-chave:** Formação Profissional; Humanização; Subjetividade; Qualidade de Vida; Cidadania.

**Abstract:** Discusses the impasses revealed along the training of health professionals, articulating the likely impacts of such training on health services. It also examines thoroughly the concept of “Humanization”, by historically placing it concerning its emergence and meaning as practice in health services. The core issue is about subjects like subjectivity, citizenship quality of life, as well as on how health and illness are bound to them. The discussion reveals that the professional training must be a permanent process, therefore allowing for bringing up a citizen professional, committed to rendering good quality services, characterized as humanized ones.

**Keywords:** Professional Training; Humanization; Subjectivity; Quality of Life; Citizenship.

---





## Introdução

Certamente o título deste artigo sugere infinitas questões que estão implicadas entre si, pois não há como suscitar idéias sem estabelecer relações entre seus termos. Existem perguntas como: qual a formação profissional que se tem construído, se tem oferecido e se tem exercido? Há alguma relação entre essa formação profissional, a humanização e a prestação de serviços na área de Saúde? A humanização dos serviços de saúde vincula-se de alguma forma à formação profissional? Para essas questões não é fácil encontrar respostas. No entanto, o exercício de suscitar questionamentos e procurar vias acessíveis à discussão desses termos coloca-se como responsabilidade aos profissionais de saúde, pois derivam daí duas questões fundamentais: o que se tem privilegiado na formação profissional na área de Saúde e qual a relação que essa formação mantém com a prestação de serviços humanizada?

Historicamente, a prestação de serviços na área de Saúde vem privilegiando e supervalorizando os avanços tecnológicos em detrimento da relação cuidador e usuário. O sentido humanitário do direito à assistência nem sempre está presente na condição de princípio das políticas de proteção à saúde dos cidadãos.

Nos séculos XVIII e XIX, as ações na área caracterizavam-se como “higienistas”, cuja idéia norteadora era higienização dos locais de moradia com a intenção de evitar danos à saúde, e “sanitaristas”, marcadamente como responsabilidade do Estado em inaugurar e controlar hospitais e locais onde havia uso de equipamentos permanentes de saúde.

Nos estudos sobre a organização de serviços de saúde a presença do Estado sempre foi marcante. Ele tenta de uma ou outra forma dar respostas à população, às suas necessidades de assistência. No entanto, realizando uma reflexão crítica nesse percurso histórico, pois desde o início da civilização se tem buscado a preserva-

ção da boa saúde e da vida, na medida em que o Estado tomou para si a responsabilidade de representar e providenciar a satisfação das necessidades do cidadão nessa área, assim suas políticas têm representado os interesses de grupos que estão no poder e de apenas parte da sociedade. Mas há sempre um movimento dialético, esses grupos mudam e também as decisões do governo. As necessidades em saúde também sofrem variações, uma vez que estão associadas a mudanças sociais determinadas pelos fatores econômicos e políticos. As mudanças de ações no setor da Saúde são pressionadas desta forma por toda essa conjuntura. Há ainda a pressão de grupos sociais que não estão no poder, porém que criam movimentos de mudança com suas demandas por uma melhor assistência na prestação de serviços. Diversos atores sociais e políticos determinam então as políticas neste setor.

Foi então nessa luta de forças que, em 1979, no I Simpósio Nacional de Política de Saúde, realizado pela Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados, o movimento representado pelo Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (CEBES) declarou em público as bases propostas para a reorientação do Sistema de Saúde, que à época já se denominava Sistema Único de Saúde (SUS). Seus princípios aliavam-se à democratização ampla da sociedade, à universalização do direito à saúde de natureza pública com resolutividade, além de descentralizado e com ações curativas e preventivas de forma integral.

Essas conquistas ainda têm um longo caminho a ser trilhado e sempre haverá movimentos de resistências às mudanças. Contudo, o princípio da integralidade proposto pelo Sistema Único de Saúde, dentre os outros citados, aponta para questões cruciais na prestação de serviços, pois a pessoa não é um amontoado de partes, é um ser histórico, vivendo em sociedade. E ainda, não há como desvincular saúde e cidadania. Portanto, as ações devem privilegiar

o sujeito e a comunidade, a prevenção e o tratamento, respeitando a dignidade humana.

### **Humanização: princípio ético para reorganização do atual modelo de atenção**

A sociedade encontra-se, nos dias atuais, submetida a uma linguagem e estética que refletem um estilo de vida completamente subjugado por perspectivas tecnológicas, influenciando sobremaneira na subjetividade humana. Estética aqui não é referida como uma teoria sobre a estética em si ou sobre a beleza, mas como um fenômeno relacionado aos sentidos da corporeidade humana, ou seja, como o ser humano decodifica a presença de outro, e o que significa essa presença em formas sensoriais para ele.

E o que seria então o acontecimento humano? Gilberto Safra (2001, p. 17), referindo-se ao tema, focaliza na corporeidade e acrescenta:

*“Ao falar em corporeidade não estou me referindo ao corpo, como é estudado pela biologia, mas me refiro ao organismo humano, que não se reduz ao corpo – soma, compreendido como o lugar do acontecimento e do aparecimento da subjetividade, a partir do qual se inicia o processo de singularização e de aparecimento humano.”*

Dessa forma então, a noção de humano se distancia da idéia de funcionalidade, influência herdada do Iluminismo e tão freqüentemente estilizada pela Psicologia. O homem funcional seria então aquele que necessita interagir com a realidade e a vista disto toda noção de subjetividade se vinculará à de funcionalidade. A idéia a ser enfatizada é a de que o ser humano não é um funcionamento e que a melhor forma de compreendê-lo é numa perspectiva fenomenológica e, assim, acompanhar o surgimento e o contexto de uma singularidade. O acontecimento humano se constitui a partir de um lugar na subjetividade do outro e não num lugar físico. Não basta nascer

com corpo biológico para que se possa emergir como humano. Para que haja acontecimento humano, é necessário que haja o encontro entre as subjetividades. Ainda na obra de Gilberto Safra (*id.*, p. 18-19), encontram-se importantes contribuições a esse tema:

*“Não é possível falar-se de alguém sem falar de um outro. O ser humano não pode ser abstraído da relação com um outro. Esse acontecimento originário inicia a criança em um processo e temporalização, pois no momento em que a criança nasce na subjetividade de alguém passa a ter uma história pessoal. Evidentemente, a história pessoal vem precedida de concepções assentadas em tradições, mitos, mas esse momento originário significa que a criança nasceu em um mundo humano com um sentido de temporalidade.”*

O termo temporalidade é importante, pois estará no alicerce do surgimento da subjetividade. Inicialmente, a idéia de a temporalidade é vivida entre as pessoas no meio ambiente e a criança. A corporeidade humana dará ritmo a esse tempo e a da presença humana do outro será significada pelos movimentos do corpo em tempo e subjetividade.

Talvez a idéia do nascimento do ser humano a partir da criação da subjetividade do outro fique mais clara ao se pensar sobre a sobrevivência de uma criança recém-nascida. Entre os seres vivos, este parece ser o que nasce em maior condição de desamparo. Se não houver uma outra pessoa, alguém de cuidados, que entenda os gestos desse pequeno ser desamparado, certamente sua vida não vingará. Se esse alguém não traduzir os apelos, o choro, a inquietação, não lhe der estatuto de mensagens a serem traduzidas e atendidas, a criança não terá a quem apelar, não virá ninguém ao seu encontro e ela poderá sucumbir por causa de suas necessidades.

Necessidades que muito precocemente se misturarão entre auto-conservação e amor.

Assim, pode-se pensar que, nesse caminho percorrido até então, a subjetividade será constituída a partir do encontro de um humano com outro, das traduções que serão dadas às mensagens enviadas nesse encontro, das marcas que esses encontros propiciam e ainda, das marcas deixadas no encontro com o mundo, ou seja, como o mundo recebe cada um que nele chega para habitar. Vemos dessa forma como, desde cedo, o ser humano é ativo, pulsante e é desejoso de ser significado em sua existência.

Esse sujeito humano pode ser definido pela relação que mantém com sua própria intimidade e com o meio em que está inserido: meio cultural marcado de valores, leis, ritos e riquezas. O mundo simbólico já existe antes dele nascer e, ao encontrá-lo, ele irá transformá-lo, ao mesmo tempo em que será transformado por ele. Nos dias atuais, parece que um dos mais graves problemas que se tem observado na construção das relações é que elas têm se constituído em princípios objetivantes, tem-se suprimido o mito individual, a história de cada ser, o modo como cada sujeito tem seu encontro com a cultura. Dessa forma, a subjetividade fica suprimida junto com tudo mais que foge aos padrões de controle.

Algumas questões precisam ser enumeradas, a saber: o que de fato caracteriza uma prática humanizada? O que seria “humanização no âmbito da saúde”? Pode-se falar em humanização sem inseri-la em outras questões da área? Respondê-las talvez não seja possível, porém articulá-las na discussão se revela como possibilidade de aprofundamento.

A questão da “humanização” ganha repercussão nos trabalhos em saúde a partir da Reforma Psiquiátrica. Toda a discussão desse movimento gira em torno da construção de práticas que

influenciem as Políticas de Saúde Mental já que seu eixo fundamental é a não-segregação dos pacientes psiquiátricos. Inicialmente, o que vemos na história desse movimento são fatos que mostram que de um lado estava um grupo resistente às políticas segregatórias e excludentes e que lutavam por mudanças, e de outro, um grupo que se opunha às transformações, mas que tentava, a todo custo, maquiagem a desgraça em que se encontravam os internos confinados em “hospitais-prisões”. Propunham dessa forma algumas práticas que, aos olhos dos espectadores menos atentos parecessem mudanças, quando na verdade não aprofundavam as questões sobre a assistência às pessoas necessitadas de cuidados e com sofrimento psíquico.

Magali Gouveia Engel (2001, p. 203-204), complementando e consolidando os estudos realizados no Brasil sobre o nascimento e a constituição das práticas e saberes psiquiátricos, a partir dos relatos das vivências da loucura nas ruas do Rio de Janeiro, no período entre 1830 e 1930, cita uma passagem interessante e reveladora das práticas que se prestavam a maquiagem os verdadeiros problemas dos hospitais psiquiátricos:

*“Situado num dos locais mais bonitos da cidade, o Hospício de Pedro II acabaria se transformando numa opção para os passeios dominicais: ‘Já passou o tempo em que ninguém se atrevia a entrar em um hospital de doidos...onde eram encarcerados os míseros, como se fossem feras. Acorrentados presos ao tronco...’(AZEVEDO, 1877 apud ENGEL, 2001). Reclusa no hospício, a loucura era ‘humanizada’ e exibida como verdadeiro troféu dos médicos. Nessas exposições, os loucos desempenhavam papel secundário, pois a grande estrela do espetáculo era a obra filantrópica e científica da medicina. Espetáculo, enfim, bastante distinto das exposições públicas da loucura nas ruas da cidade e no Hospital da Misericórdia. Mas havia um outro lado*

*desse espetáculo da loucura reclusa que, contrariando os idealizadores do hospício, aproximava de forma íntima o Hospício de Pedro II do Hospital da Misericórdia.*”

A mesma autora (POMPÉIA, 1982 apud ENGEL, 2001, p. 204) destaca que “*Raul Pompéia apreende de modo bastante perspicaz esse outro significado do espetáculo:*”

*“No domingo, abriram-se à visitação do público as portas do Hospício de Pedro II. A afluência foi considerável como em todas as visitas de hospitais, espetáculos do sofrimento a que o povo transporta a sua curiosidade, com uma pontinha de ânimo perverso, que vem do circo romano, no caráter latino.”*

Essa citação mostra claramente a questão da “humanização-maquagem” e que se contrapõe à “humanização-princípio”. A humanização como princípio ético, sob o aspecto da atitude pertinente às práticas em saúde, carece do aprofundamento das questões quanto à saúde e à enfermidade, articulando-as em seus determinantes históricos. Já a “humanização-maquagem” propõe apenas soluções superficiais às mazelas que o setor Saúde vem passando devido aos péssimos políticos na área, o que implica em má formação profissional e em má qualidade dos serviços.

Pode-se então afirmar que o conceito de humanização é articulado às políticas de saúde, ao modo pelo qual se concebe qualidade de vida, saúde e cidadania. É a partir dessa articulação que se pode pensar a construção de uma prática humanizada. É bem verdade que a crescente deterioração do setor público de saúde produz o individualismo entre os membros das equipes; nos serviços, o eterno adiamento das resoluções dos problemas e um profundo desânimo nos profissionais. Não se nega que há movimentos de mudanças, mas há de se ter sempre em pauta as questões em seu aspecto macro.

O individualismo suscita questões e atitudes que dificultam a produção de um fazer comprometido com mudanças. O individualismo, tentativa de cada um buscar soluções individuais aos problemas que afetam a equipe de cuidados, produz dificuldades para que o trabalho se realize em grupo. Produz, ainda, a falta de solidariedade com o usuário do serviço, angústia e competição exacerbada, dificultando toda e qualquer possibilidade de se estabelecer atitudes e vínculos solidários. Qualquer prática de resistência a essas dificuldades deverá ser pautada em princípios que priorizem o trabalho em equipe e a produção de subjetividade.

Trabalho em equipe nesses preceitos, define-se como o encontro entre vários atores que serão também autores de um projeto que tenha objetivos claros e em que o conceito de saúde e doença seja articulado aos seus determinantes. A conceitualização de instituição deverá contemplar com clareza as diretrizes e um planejamento vinculado ao coletivo e com proposições de realização de ações integradas.

Uma prestação de serviços em saúde comprometida com a humanização transcende questões relacionadas apenas à expressão de sorrisos, alegria e “aceitação incondicional do paciente”. O trabalho comprometido com a humanização só terá razão e sentido se, em sua existência, trouxer a marca da resistência a toda política de saúde que anula os direitos do cidadão, seja ele o cuidador ou o que necessita de cuidados. A possibilidade da circulação de afetos entre os membros da equipe proporcionará a resistência ao isolamento, promoverá a expressão da subjetividade e conseqüentemente, a busca constante de novas formas de produzir ação e reflexão dessa ação, motor das mudanças.

Uma assistência humanizada tem sua razão e sentido nas mudanças de relação de poder, seja na instituição,



seja no encontro entre cuidadores e quem é cuidado. Tem sua razão e sentido se estiver pautada na transdisciplinaridade, em que todos serão responsáveis pelo projeto de trabalho e pela construção das ações. Dessa forma, a singularidade de cada sujeito será reconhecida por meio do seu lugar ativo, onde cada voz, como num coral, possui sua verdade.

A razão e o sentido de uma intervenção humanizada trarão em seu cerne uma nova visão de instituição de cuidados. Sua definição será a de um espaço de convivência que acolhe, cuida e possibilita a utilização de diversos recursos, enfatizando um projeto de invenção social e não se focalizando na doença. O ser humano não nasce quando adocece. Para o profissional de saúde, certamente saber o caminho percorrido pela doença tem seu valor. No entanto, o valor do trabalho de quem cuida está na possibilidade de estabelecer um encontro com quem o procura. Encontro esse marcado não apenas pelo sofrimento da irrupção da doença, mas pelas vicissitudes do sujeito no seu percurso em busca da saúde, do respeito e da cidadania. O corpo biológico só poderá ser significado como corpo psíquico e isso difere o ser humano radicalmente dos outros animais.

#### **Projeto UNI-Natal: uma experiência integrada de humanização**

Muitas experiências têm sido realizadas tendo a humanização como princípio norteador na atenção ao usuário em serviços de saúde. Dentre elas pode se destacar algumas realizadas pelo Projeto UNI-Natal (Uma Nova Iniciativa dos Profissionais de Saúde: em união com a comunidade). (Projeto UNI-Natal, 2002).

O Projeto UNI-Natal é uma iniciativa no campo da formação de profissionais de saúde, pensada e construída em união com a comunidade. Teve início em 1995, desenvolvendo suas ações nos bairros de Cidade da Esperança, Cidade Nova, Felipe Camarão, Guarapes e Bom Pastor, localizados na região

oeste de Natal, uma das quatro regiões administrativas da capital do Rio Grande do Norte, alcançando uma população estimada em 200.000 habitantes. Sua missão se resume em três aspectos: construir mudanças no modelo de assistência e na prática profissional na Secretaria de Saúde Pública do Estado do Rio Grande do Norte (SESAP/RN) e na Secretaria Municipal de Saúde de Natal, efetivar mudanças no ensino da saúde na Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) e promover o desenvolvimento comunitário para o “autocuidado” e o controle social sobre os serviços e Políticas Públicas de Saúde.

O UNI-Natal desenvolve uma programação em torno de alguns dos problemas que comprometem as chances das pessoas de viver, se desenvolver e de alcançar qualidade de vida, priorizando, assim, o trabalho com crianças e adolescentes.

Essas iniciativas envolvem os seguintes parceiros: Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Secretaria de Saúde Pública do Estado do Rio Grande do Norte, Secretaria Municipal de Saúde de Natal (SMS-Natal), além de organizações comunitárias e parceiros formais: Associação Comendador Luís da Câmara Cascudo, Conselho Comunitário do Bairro de Cidade da Esperança, Fundação Fé e Alegria, e Movimento Nacional dos Meninos e Meninas de Rua.

Os problemas foram selecionados por bairro, buscando contribuir no enfrentamento dos mais graves indicadores de saúde identificados em cada área: mortalidade infantil no Bairro de Felipe Camarão; gravidez na adolescência em Cidade Nova; alto índice de cárie e doenças periodontais e o crônico problema de falta de medicamentos e da automedicação em Cidade da Esperança; a desumanização da assistência na unidade de pediatria do hospital estadual de referência em doenças infecto-contagiosas, Hospital Giselda Trigueiro (Quintas).

Na fase I (1995/1998), foram elaborados e implantados os sub-projetos em quatro bairros da região oeste, com objetivo de experimentar a mudança na lógica de organizar serviços de saúde – da demanda espontânea para a vigilância à saúde, definição de território, trabalho com problemas, criação e redefinição de protocolos de atenção e reorganização de serviços. As experiências também buscam a mudança no perfil das profissões de saúde e no modelo da prática multiprofissional no setor, como também o fortalecimento da ação comunitária para o autocuidado e controle social sobre serviços e políticas do setor.

Na fase II (1999/2002), ocorreu a elaboração coletiva da proposta de inovação no projeto político-pedagógico do ensino da saúde na UFRN, com a parceria dos serviços de saúde e da comunidade. Os processos de mudança no ensino se materializaram por meio de três grandes iniciativas: o Programa Estruturante de Extensão Universitária Educação, Saúde e Cidadania (PESC), a Disciplina Saúde e Cidadania (SACI), e o Projeto de Implantação do Laboratório Multiprofissional de Habilidades para o Ensino de Graduação da Saúde.

Pela ação articulada dessas iniciativas, o Projeto UNI-Natal reuniu um corpo docente de formadores de opinião e geradores de massa crítica que vem influenciando nos processos internos de mudanças dos cursos envolvidos. Ainda dentro das velhas estruturas dos currículos antigos, o UNI-Natal promoveu e incentivou a abertura de novos campos de prática, fora dos muros da universidade, articulando a ação ensino-pesquisa e extensão universitária de forma mais sintonizada com as necessidades das populações submetidas ao processo de exclusão, particularmente da região oeste do Natal.

O Projeto UNI-Natal, hoje, ocupa um lugar importante no cenário local como articulador e mobilizador de

recursos de diversas naturezas, tendo assumido um papel de catalisar e escutar os distintos atores envolvidos nos três seguimentos que o compõem: universidade, serviços de saúde e comunidade. Essa ação vem proporcionando condições e criando espaços comuns de discussão de demandas e interesses. Esse reconhecimento é particularmente importante, já que as condições concretas que o Projeto enfrentou para o desenvolvimento de sua missão, cujo cenário é o interior de instituições de forte tradição em organizações verticais e “tecnoburocráticas”, além de uma comunidade com baixa capacidade de reflexão sobre sua condição e, conseqüentemente, de intervenção sobre seus próprios problemas.

Nos dois primeiros anos da Fase I do Projeto, houve necessidade de investimentos na adequação de espaços físicos e aquisição de equipamentos e insumos para o desenvolvimento da proposta do Programa UNI-Natal. Embora não estivesse aí o “novo” a que se propunha, essa ação teve papel importante, haja vista a inexistência de espaços em condições físicas e estruturais adequadas para o desenvolvimento das ações e inovações propostas, por exemplo: a garantia das condições para o estágio de alunos da graduação nas unidades de saúde (atenção básica). Ao mesmo tempo, era desencadeado um processo de identificação e mobilização de atores e lideranças com perfil e vontade de construir os princípios desenhados pelo movimento da reforma sanitária, que passa pela construção e fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS). Nesse processo de fortalecimento, o Programa UNI tem contribuído, dentre outras coisas, na discussão para a proposição de Políticas de Recursos Humanos para o SUS (Brasil) e de formação em saúde (América Latina).

O Projeto UNI-Natal promoveu um esforço e realizou investimentos significativos na formação de quadros e lideranças, buscando uma

qualificação não só técnica, mas também social, política e humana, contextualizada e sintonizada com a realidade local e global. Esses investimentos contribuíram para o desenvolvimento de conhecimentos e habilidade nos campos gerencial, técnico, pedagógico e social, ampliando a autonomia no “saber fazer”, aumentando a autoconfiança e segurança das pessoas em colocar-se, credenciando-as a participar dos processos de mudanças e, conseqüentemente, influenciando sobre políticas e processos locais, assim como, em redes de âmbito nacional e internacional. Esse trabalho tem influenciado na reconstrução de uma intersubjetividade dos grupos envolvidos com essas experiências, com grande potencial para a construção de novas identidades como também no processo de mudança no modelo de atenção, de recontextualização dos papéis e da diversificação do rol de competências profissionais, demandadas pelas transformações e regulações no processo de trabalho da saúde.

A mobilização de pessoas para uma ação coletiva e a busca permanente de acordos foram uma opção de condução para o trabalho, tendo como premissa o reconhecimento dos espaços de “micropoderes” existentes nas instituições, buscou-se a superação da fragmentação, do conformismo, da dependência, da passividade e da submissão nas ações e relações existentes. Essa ação tem como conseqüência a otimização do potencial de cada pessoa em promover mudanças nos modos de conceber, conhecer, saber, pensar e fazer ação de saúde, com vistas à conquista de maior cobertura, qualidade e resolutividade.

As ações e subprojetos desenvolvidos pelo UNI-Natal e parceiros estão organizados a partir de três grandes linhas de atuação, que, embora centradas em um dos componentes – universidade, serviços de saúde ou comunidade –, têm se desenvolvido de forma integrada articulando no planejamento e na

ação, pessoas dos demais componentes. São elas: desenvolvimento de novos modelos de atenção integral à saúde na SMS e SESAP; desenvolvimento de experiências inovadoras de ensino e apoio aos processos de implantação de projetos político-pedagógicos nos cursos de saúde na UFRN; organização e ação comunitária para a qualidade de vida e o controle social sobre serviços e Políticas de Saúde.

Os projetos da academia têm como espaço de realização os serviços de saúde e a comunidade. As experiências originadas nos serviços, além da reorganização e humanização do cuidado são campos de prática para alunos de graduação e de pesquisa de pós-graduação. As experiências da comunidade têm contado com apoio técnico-operacional dos demais componentes, ao mesmo tempo em que esta participa e apóia a disciplina Saúde e Cidadania, bem como atividades e eventos promovidos coletivamente. Ao mesmo tempo, o UNI-Natal também estabeleceu como estratégia a participação nos espaços de discussão de decisão de políticas de saúde e educação, nos níveis centrais da administração dos parceiros institucionais, com vistas a apresentar e disponibilizar experiências e tecnologias para os respectivos gestores como alternativas para solução de alguns dos problemas por eles enfrentados.

Junto à Secretaria Municipal de Saúde, o UNI-Natal tem participado das discussões e encontros preparatórios para a definição das bases para uma política de atenção integral na cidade de Natal, no que se refere aos processos e políticas em áreas específicas, tais como: Saúde Bucal, Saúde da Criança, do Adolescente e da Mulher, Fitoterapia, humanização do processo de trabalho na atenção e no cuidado à saúde, e na articulação saúde e cidadania.

Na UFRN, cuja estratégia de institucionalização tem ganho vulto pela extensão universitária, o UNI-Natal, por meio do Programa



Estruturante de Extensão Educação, Saúde e Cidadania e da Disciplina Saúde e Cidadania, tem participado das discussões e contribuído para dar corpo ao projeto da UFRN de implementação de um Programa de Ação Curricular em Comunidade, que integra a extensão universitária, ensino e pesquisa, constituindo-se em um dos “espaços-laboratório” de construção da proposta.

Um outro movimento importante na academia foi a participação no projeto de implantação do Laboratório Multiprofissional de Habilidades para o Ensino de Alunos de Graduação da Saúde, aprovado pelo Ministério da Educação. Esse processo fortaleceu os movimentos de construção de projetos político-pedagógicos orientados para o processo de implantação das novas Diretrizes Curriculares Nacionais para os de graduação, em particular para os cursos de Enfermagem e Medicina, cujos projetos já foram aprovados e implantados. Observa-se também um impacto positivo sobre as discussões dos projetos dos Cursos de Nutrição, Fisioterapia e Farmácia, que se encontram em fase de elaboração.

Junto à comunidade, o Projeto UNI-Natal tem participado e apoiado, técnica e estruturalmente, a implantação do Fórum Comunitário de Promoção de Saúde pela Qualidade de Vida em Felipe Camarão, como também a articulação de uma rede local de comunidades, envolvendo todos os bairros, com a intenção de uma maior troca de experiências e busca de identidades que fortaleçam a organização e a ação comunitária, o que vem se dando a partir do Projeto Comunidade Interagindo em Rede.

Essas duas iniciativas ganham relevo por serem iniciativas comunitárias aglutinadoras de muitas pessoas, e que estão dando ao componente comunidade uma maior direcionalidade para o aumento da autonomia e da capacidade de intervenção, ao promover na

comunidade um importante debate sobre a constituição de redes sociais para a conquista da qualidade de vida. Trata-se, portanto, de dois projetos estruturantes para o componente que juntamente com as experiências do Projeto Saúde no Ar e o Projeto de Reciclagem de Papel e Cidadania compõem o leque de espaços de constituição de sujeitos na comunidade, fomentando a produção de conhecimentos e o desenvolvimento de habilidades e competências nas áreas de gestão social, comunicação alternativa e alterativa, participação e protagonismo para a conquista da cidadania e da qualidade de vida.

O Projeto UNI-Natal vive hoje um momento em que a maioria das experiências e projetos desenvolvidos encontra-se em processo de institucionalização. Entenda-se por processo de institucionalização, no UNI-Natal, o desenvolvimento e capitalização do ideário do Programa UNI e dos conhecimentos gerados a partir das experiências locais, nas diversas dimensões e espaços individuais e coletivos, humanos, políticos, sociais e organizativos. Embora consistente, esse processo não é linear, pois acontece com ritmos diferentes, tempos diferentes e de formas distintas em cada componente. Institucionalizar compreende não só portarias e decretos, mas uma mudança de postura e atitude das instituições, grupos e pessoas.

O Projeto Redução da Mortalidade e Desenvolvimento em Felipe Camarão apresentou como produtos e resultados alcançados: redução da mortalidade infantil na área de atuação do subprojeto, de 34 por mil nascidos vivos, em 1996, para 16 por mil nascidos vivos em 1999, sendo mantido este índice nos anos de 2000 e 2001; desenvolvimento e implantação de protocolo para aplicação da Terapia de Reidratação Oral (TRO), como atenção à criança com sintoma de diarreia ou desidratação, que, inclusive, já está sendo aplicado em mais de 30% das Unidades de Saúde do Distrito

Sanitário Oeste; implantação de Programa de Formação de Multiplicadores – permanente; construção coletiva, implantação e desenvolvimento de Protocolo de Acolhimento; institucionalização no campo de estágio, na atenção básica, para alunos de Medicina, Enfermagem, Fisioterapia e Odontologia no atendimento ambulatorial e domiciliar (PSF); implantação do Evento Sentinela para todas as mortes de menores de 1 ano (realizado por alunos do curso de Medicina); consolidação da garantia do atendimento para todas as crianças que procurarem a unidade com sintoma de infecção respiratória aguda, diarreia e desnutrição infantil; consolidação da parceria com os projetos Pró-Natal e Midwifery que atuam na unidade materno-infantil da Unidade Mista de Saúde; participação na conquista do Prêmio Hospital Amigo da Criança conferido pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) para a Unidade Materno-Infantil do bairro de Felipe Camarão.

É importante citar ainda os produtos do Projeto Afetividade, Sexualidade e Regulação da Gravidez na Adolescência: redução da gravidez entre adolescente de 25,8%, em 1998, para 22,5%, em 2001, do total de partos entre mulheres do bairro; implantação e institucionalização do programa de Natalidade Planejada, com base na concepção de afetividade, sexualidade e regulação da gravidez na adolescência; convite aos adolescentes para participarem na organização e planejamento do II Encontro Potiguar de Adolescentes, ocorrido em 2000; campo de pesquisa e estágio para alunos do curso de especialização em Educação Sexual promovido pelo FUNUAP/SSAP/UFRN; formação e institucionalização de grupos de auto-ajuda e de multiplicadores juvenis para as temáticas da afetividade e sexualidade na Unidade de Saúde de Cidade Nova; construção coletiva de protocolos de acolhimento e humanização dos serviços; sensibilização e reconhecimento, por parte do nível Central

da SMS para a institucionalização do trabalho com grupos de adolescentes; garantia do atendimento (clínico e odontológico) para os adolescentes inseridos no Programa; tendência de mudança na porta de entrada do sistema de saúde e na forma de captação da clientela; desenvolvimento do protagonismo juvenil e das novas lideranças jovens.

Por fim, na tentativa de construir experiências humanizadas na atenção à saúde, vale a pena referir-se ao Projeto Sorriso de Criança, uma referência em humanização para outros serviços de pediatria do município e ponto de partida para a lei estadual que regulamenta o direito ao acompanhante para crianças e adolescentes hospitalizados. Esse projeto tem como objetivos prestar uma assistência humanizada à criança e ao adolescente hospitalizado, percebendo o paciente e a família de modo integrado; acolher o sofrimento humano no momento da hospitalização; garantir a aplicação do Estatuto da Criança e do Adolescente (artigo 12, capítulo. 1, Dos Direitos Fundamentais – quanto ao acompanhamento familiar durante a hospitalização); construir um protocolo de humanização para a criança hospitalizada considerando as necessidades particulares da infância e da adolescência, assim como as expressões emocionais do acompanhante durante a hospitalização; instituir espaços de socialização de informações sobre as doenças, as terapêuticas utilizadas e o seu prognóstico, bem como os direitos e deveres dos pacientes e acompanhantes – Grupo Informativo e Lugar da Palavra – com vistas a promover uma participação ativa do acompanhante no processo de recuperação da saúde da criança hospitalizada; utilizar o “brincar” como terapêutica auxiliar, possibilitando ao paciente a elaboração de sua condição no hospital e consequentemente, uma atitude mais ativa no processo de hospitalização; contribuir para a elaboração de protocolos de intervenção e atri-

buições, dos membros da equipe, quanto ao acolhimento, orientação, informação e resolução de conflitos, frente à rotina de estresse aos quais estão submetidos os membros da equipe, pacientes e acompanhantes. Dentre os resultados obtidos, destacam-se a atuação como campo de estágio para alunos de diversos cursos da área de Saúde como Enfermagem, Medicina e Odontologia, e também para brinquedistas de outras instituições hospitalares; as mudanças no perfil das profissões de saúde e na organização do trabalho hospitalar em direção à uma assistência mais humanizada, com maior respeito em relação aos direitos dos usuários dos serviços de saúde; a construção coletiva de protocolos que promovam cuidados integrais à criança, fazendo com que o paciente seja visto e respeitado como um sujeito integrado em seus aspectos físicos, psíquicos e culturais, e não mais como uma patologia; o desenvolvimento de protocolos de humanização do “brincar” e sua função terapeutizante para as crianças no momento da hospitalização, com impacto positivo sobre a depressão durante o período hospitalar e diminuindo o tempo de recuperação; e, por fim, a construção de novos aportes teórico-conceituais e produção de conhecimentos na área da Atenção Hospitalar Humanizada, considerando uma prática interdisciplinar e multiprofissional.

**A formação profissional: movimento permanente de mudanças no contexto de humanização da atenção à saúde**

O pensamento racional na atual cultura está alicerçado em Descartes, em que a máxima “*Penso, logo existo*” explica, na cultura ocidental, a divisão entre espírito e matéria e a concepção do universo como um sistema mecânico, no qual, em geral, os organismos vivos são considerados máquinas formadas por peças separadas. Essa concepção cartesiana está na base da maioria das ciências, da fragmentação das disciplinas acadêmicas e entidades governamentais e no tratamento prestado ao meio ambiente natural.

A concepção de que os organismos vivos são considerados máquinas formadas por peças separadas tem efeitos muito danosos ao sujeito humano. Como ele poderá fazer seus encontros na vida, se não houver possibilidades de ver-se e ser visto como um todo? Como enfrentar os males da civilização atual e criar modos de sobrevivência física e psíquica? Bruno Bettelheim (1985, p. 10), a esse respeito, comenta:

“Para realizar tal proeza, não se pode mais manter separados o coração e a razão. O trabalho e a arte, como a família e a sociedade, não podem mais desenvolver-se à distância um do outro. O coração destemido precisa invadir a razão com seu calor vital, ainda que a simetria da razão deva ceder lugar para admitir o amor e a pulsação da vida. Não mais podemos contentar-nos com uma vida onde o coração tem suas razões, que a razão desconhece. Nossos corações precisam conhecer o mundo da razão, e a razão tem de ser orientada por um coração informado”.

É possível que razão e coração juntos possam produzir um novo olhar e pensar sobre as questões que são colocadas com muita insistência e diariamente a respeito da prestação dos serviços na área da Saúde.

Luís David Castiel (1994, p. 12) tece comentários sobre o título do seu livro “O buraco e o avestruz – A singularidade do adoecer humano”, no tocante à metáfora do buraco como:

*“[...] referente a um comportamento atribuído às aves estrutioniformes de ‘escapar’ de ameaças/dificuldades/problemas, lançando mão de (ou, melhor, a cabeça) de mecanismos psicológicos denegatórios. Ou seja, ao depararem com situações incômodas, enfiariam a cabeça em um buraco (feito na areia), como se assim a fonte problemática deixasse de produzir seus efeitos.”*

Desse modo, ele fornece subsídios para se pensar nessa metáfora com a função de explicitar formas usuais de evitar a confrontação e o encontro

com situações de grande sofrimento no âmbito profissional. Situações que, ao menos pelos que preferem os percalços das incertezas ao sossego das falsas certezas, sabe-se que são produzidas historicamente. A produção científica, sob esse ângulo, está vinculada a interesses de grupos e de paradigmas. Nesse sentido, a metáfora do “buraco” citada anteriormente, pode constituir-se como um momento de encontro com outras possibilidades para além daquelas pré-determinadas pelo que se procura. É o que se pode chamar de elemento surpresa da pesquisa, quando se está aberto a outras descobertas para além do que se espera encontrar. Isso pressupõe um modelo de formação permanente, comprometido com a qualidade do conhecimento para a intervenção a que se propõe e vinculado ao exercício da cidadania.

Pedro Demo (1996, p. 32), discutindo sobre Educação e Conhecimento, escreve:

*“Os traços principais da competência moderna ultrapassam marcantemente a posição passiva e repetitiva de gente apenas treinada. Pesquisa, por ser método de questionamento crítico e criativo, também é princípio educativo, porque é parte integrante do processo emancipatório. Não copiar propostas alheias, mas construir e reconstruir as próprias, com habilidade individual e coletiva, é marca central da capacidade de participar ativamente da inovação e da humanização da história. A reconstrução da própria experiência, além de fomentar a pertinência cultural, transforma o fazer em saber fazer. Inovar supõe estar à frente da história, pela via da atualização permanente.”*

Formação profissional seria, assim, um caminho trilhado continuamente e não apenas um momento inserido no tempo acadêmico. O profissional nunca estará num momento de completude. Supondo-se que o conhecimento é sempre acrescido de

novos saberes, a formação será um movimento permanente, não podendo constituir-se como algo acabado e completo. Dentro desse princípio, a formação profissional será então um caminho a ser trilhado por toda a vida.

Parece haver sentido em conceber a formação profissional como um percurso a ser sempre construído e como algo inacabado. A sociedade passa por constantes mudanças, mudanças essas que interferem em arranjos e rearranjos de sobrevivência física e psíquica dos sujeitos nela inseridos. O lugar ocupado por uma pessoa será quase sempre demarcado em função de relações de alteridade, mediante hábitos e costumes locais, regras jurídicas, valores culturais, tradições familiares, além de outras questões. Portanto, não há fim. Há sempre começo e recomeço.

Nesse sentido, Pedro Demo (*id.*, p. 53), escrevendo sobre a felicidade e a lógica da flor, parece vir em auxílio esclarecedor à idéia exposta:

*“A felicidade tem a lógica da flor: não há como separar sua beleza da fragilidade e do fenecimento. Entretanto o fenecimento não é apenas a destruição de sua beleza, mas condição de recomeço. Assim, deve-se aceitar que a flor é bonita porque fenece. Flor que fica sempre é de papel, artificial. É cópia. A flor viva vive a contrariedade da vida: desgasta-se, passa. A seguir, brota de novo. A felicidade possui o frenesi do desejo eterno na sua estrutura, mas realiza-se na passagem intensa de um momento na sua história. Ser feliz é multiplicar momentos felizes. Ou: saber deglutir a infelicidade, que é diária, para saborear melhor a felicidade, sempre que for possível. Felicidade, não se passa por ela. É ela na passagem. A maior infelicidade é querer felicidade total, toda hora. Todo amor acaba traído. Dói. Mas recomeça.”*

Uma formação profissional concebida como acabada pressupõe um conhecimento completo. A dor é



saber que todo saber é incompleto. A dor é saber que a incompletude é o motor do começo, ou do eterno recomeço. Alguns preferem a ilusão da completude, outros suportam a dimensão da falta, a dimensão do humano.

Parece então, ter-se avançado nas questões suscitadas no início do artigo. Será que se tem privilegiado uma formação profissional permanente? Viu-se que, se assim for, a incompletude coloca-se como existente e, dessa forma, parece ser mais fácil estabelecer critérios mais humanos na assistência à saúde. Por quê?

Se não há saber completo, se há sempre algo a ser reaprendido, é possível que dessa forma se possa pensar em quem, ou a quem se está prestando serviços em saúde. É possível se pensar para que e como estão se dando esses encontros. Sim, encontros, pois é na necessidade de cuidados que surge a presença do cuidador.

O enfoque técnico da saúde, resultante da concepção mecanicista dos organismos vivos, não considera o potencial curativo do paciente. A cura vincula-se sempre a alguma intervenção externa. O corpo se coloca sem vinculação, é uma entidade à parte, sem história, sem dono e sem desejos. Não se consideram os aspectos sociais e psíquicos da doença sofrida pelo sujeito que busca cuidados.

Nesse aspecto, pode-se retomar a questão da formação profissional, eixo temático dessa escrita. Na formação ocorre o mesmo processo que na assistência à saúde. A base parece ser então a questão da educação. Joaquim Gonçalves Barbosa (1998, p. 7) escreve sobre a “pedagogia da desautorização”, cujo

*“[...] eixo central tem sido a negação desde as primeiras séries escolares, daquilo que é produzido pelo aluno no que se refere ao pensar, ao sentir, ao imaginar, ao decidir, ao agir...em síntese, negação do processo de produção*

*do aluno e, conseqüentemente, negação de seu processo de autoprodução.”*

Percebe-se assim, que há uma desvinculação, um esfacelamento no processo educacional. Barbosa (*id.*) ainda analisa que esse processo não se dá apenas no âmbito escolar, esse processo é social:

*“A pessoa é a grande vítima deste século. Consideramos em nossas análises o trabalhador, o consumidor, o professor, o gerente, o funcionário...mas não a pessoa por trás desses papéis. Como conseqüência imediata, não é difícil concluir o porque da falência da ética nas relações entre as pessoas, uma vez que a pessoa inexistente enquanto categoria em nosso modo de pensar.”*

Nesse sentido, Joaquim Gonçalves Barbosa (*id.*) propõe uma

*“[...] educação para formação de autores cidadãos. Autor no sentido de quem exerce sua cidadania. A idéia de cidadania é rica, pois possibilita pensar o sujeito contemporâneo numa perspectiva histórica (não há cidadania fora da história); numa perspectiva geográfica (a mesma se institui numa geografia); numa perspectiva sociológica, pois cidadania se constrói perante outrem; numa perspectiva psicanalítica, pois se trata de instituir espaço para o inconsciente; e numa perspectiva ecológica, no sentido da qualidade de vida em sintonia e interação com o meio ambiente em que vive, dentre outros.”*

Assim, o “autor-cidadão” seria sujeito, autor e ator em sua obra que se revelaria de forma integrada, seja no público ou no privado. Parece colocar-se um momento ímpar para se pensar a formação profissional. Em consonância com esses princípios, o que se espera então é que haja um “profissional-cidadão”, formado para o exercício da cidadania e implicado com suas ações. Uma formação

vinculada e pautada nessa ética jamais se furtará a encontros na vida e assim sendo, sua atuação profissional será radicalmente diferenciada do modelo vigente.

O modelo vigente na assistência à saúde está vinculado, de acordo com as reflexões expostas, a aspectos da macropolítica. A crise não é só da saúde, mas dos paradigmas para se pensar as questões da contemporaneidade.

Júlio César Silveira Gomes Pinto (1998, p. 121), relatando sua experiência com alunos da área de Saúde, observa que há uma discrepância entre os conhecimentos que se referem a técnicas para o estabelecimento de diagnóstico de doenças e os conhecimentos relativos à vida emocional dos pacientes. O que se ensina nos cursos da área de Saúde, sobretudo nos de Medicina, é o controle dos pacientes. As perguntas objetivas das anamneses e as decisões rápidas explicitam o domínio do médico sobre o paciente. Em sua análise conclui: *“A hipótese é a de que o atual mercado de trabalho, onde se exige atendimento em massa, rápido, corrido, sem tempo para ouvir as pessoas, está determinando de modo quase completo a formação nas faculdades.”*

Nesse estudo, fica claro que a formação profissional tem valorizado os conhecimentos a respeito do organismo em detrimento aos da vida psíquica e social da população. E ainda: *“O método e o conteúdo do ensino tradicional na área de Saúde dificulta ou impede a emergência da subjetividade dos assistidos e que, para tal efeito, é necessário, ao longo dos anos de formação solapar a subjetividade do futuro profissional de saúde”* (*id.*, p. 123).

Caminhou-se muito. Há um maravilhoso desenvolvimento tecnológico e, no entanto, questões antigas ainda são suscitadas com estatuto de novidade. O velho invade o novo sem ao menos se dar ao trabalho de vir com nova roupagem. Muitas vezes não há sequer o trabalho de disfarçar-se

como nova questão. A crise atual é sobretudo nas relações. O “desenvolvimento” tem se eximido de responder a duas premissas cruciais presentes a qualquer rumo que se queira tomar: para que e para quem? Dessa maneira, é possível que se chegue a uma outra questão: como? Assim, há a promessa de instaurar-se uma marca histórica nas ações como um todo em nosso País.

Jurandir Freire Costa (1989), discutindo sobre as dificuldades que os profissionais de saúde encontram no seu dia-a-dia e sobre a capacidade de criar que se impõe na superação dessas dificuldades, analisa que as teorias não devem ser usadas como camisas-de-força que impeçam os movimentos criativos. Para ele, o lugar das teorias é o da reflexão sobre o fazer e um lugar privilegiado de superação aos impasses de cada dia. Diz ainda, que só se cria algo novo quando se corre o risco de por à prova os paradigmas científicos existentes.

É necessário correr o risco de discutir sem medo a prática que se tem construído entre os profissionais de saúde. O máximo que poderá acontecer será a construção de novas referências e, mesmo que isso possa atordoar os que se apegam às certezas, parece ser menos danoso que a obediência cega.

*“Se o corpo humano é despedaçado, o homem está morto. Se a alma é despedaçada, ele simplesmente se tornará mais obediente e nada mais”* (SCHWARTZ *apud* COSTA, 1989, p. 6).

---

## Bibliografia

BARBOSA, Joaquim Gonçalves. **Multirreferencialidade na ciência e na educação**. São Carlos: EdUFSCar, 1998.

BETTELHEIM, Bruno. **O coração informado**: autonomia na era da massificação. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1985.

CASTIEL, Luís David. **O buraco e o avestruz**: a singularidade do adoecer humano. Campinas: Papyrus, 1994.

COSTA, Jurandir Freire. **Psicanálise e contexto cultural**: imaginário psicanalítico, grupos e psicoterapias. Rio de Janeiro: Campus, 1989.

DEMO, Pedro. **Combate à pobreza**: desenvolvimento como oportunidade. Campinas: Autores Associados, 1996.

ENGEL, Magali Gouveia. **Os delírios da razão**: médicos, loucos e hospícios (Rio de Janeiro, 1830-1930). Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2001.

PINTO, Júlio César Silveira Gomes. **Temas de saúde mental**. Niterói: Muiraquitã, 1998.

PROJETO UNI-NATAL. **Relatório analítico da fase II- 1999 a 2002**. Natal: UFRN/Projeto UNI, 2002. 74 p.

SAFRA, Gilberto. Corpo e imagem: em busca da presença. In: COMPARATO, Maria Cecília Mazilli; MONTEIRO, Denise de Souza Feliciano. **A criança na contemporaneidade e a psicanálise**: mentes & mídia: diálogos interdisciplinares. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001. p. 17-23.



## Recursos humanos e qualificação profissional: impasses e possibilidades

### Human resources and professional training: impairments and possibilities

Geraldo Biasoto Junior

Doutor em Economia – Universidade Estadual de Campinas

---

---

**Resumo:** Na construção do Sistema Único de Saúde (SUS), a administração de recursos humanos e a qualificação profissional acabaram tendo prioridade nitidamente marginal. O desenvolvimento tardio da maioria das secretarias de estado pode explicar parte desse comportamento. A Emenda Constitucional n.º 29 e a Lei Complementar, que deverá regulamentá-la, abrem caminho para políticas no campo da gestão de recursos humanos.

**Palavras-chave:** Financiamento da saúde; Recursos Humanos; Qualificação Profissional, Orçamento; Sistema Único de Saúde.

**Abstract:** In the building up of the Unified Health System [Sistema Único de Saúde – SUS], human resources management and professional training were, notably, left aside the priorities. The late development of most State Secretariats may explain part of such behavior. The Constitutional Amendment n.º 29 and the Complementary Law – which shall regulate the Amendment – open new paths for policies in the field of human resources.

**Keywords:** Health financing; Human Resources; Professional Training; Budget; Unified Health System [*Sistema Único de Saúde*].

---

---



## Introdução

O objetivo deste artigo é identificar alguns dos elementos que afetaram as Políticas de Recursos Humanos e Formação Profissional, nos últimos anos. Mais que isso, apontar os impasses e as possibilidades abertas pelas novas políticas e formas de ação, além das alterações no ordenamento institucional, especialmente as derivadas da Emenda Constitucional n.º 29, que versou sobre a questão administrativa no setor público.

Importa identificar, de pronto, a pequena relevância que o tema recursos humanos teve durante todo o período que antecedeu a formação do Sistema Único de Saúde (SUS). A gestão de recursos humanos foi, em geral, uma questão de menor repercussão dentro do Sistema de Saúde brasileiro durante todo o seu período de formação. A forma de atuação do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), basicamente um comprador de serviços, explica grande parte dessa posição subalterna.

O mesmo se aplicou à questão da qualificação profissional. A maior parte do trabalho de qualificação ficou sob responsabilidade das próprias instituições hospitalares, tanto no que diz respeito ao nível superior quanto ao nível técnico e básico. De forma complementar, quase ocasional, diversos estados e municípios mantinham aparelhos formadores próprios, sempre limitados à qualificação de nível médio e básico.

Algumas iniciativas de vulto como o Programa de Preparação Estratégica para Pessoal de Saúde (PPREPS) e o Projeto Larga Escala tiveram lugar ainda antes da Constituição de 1988, mas, de nosso ponto de vista, reforçam as teses expostas, que recursos humanos e a qualificação profissional jamais desfrutaram de maior relevância para os gestores de saúde e de educação.

## Características gerais do novo sistema de saúde e reflexos sobre a política de capacitação

A Constituição de 1988 deveria reverter de forma completa esse quadro. Os formuladores da reforma sanitária apostavam num modelo de acesso universal e gratuito da população ao Sistema de Saúde. Além do mais, este sistema seria gerido pelo poder público e o serviço seria ofertado por instituições e entidades de caráter estatal ou assemelhadas.

Em princípio, a criação do Sistema Único de Saúde pela Carta Constitucional, veio dar contornos completamente novos ao velho INAMPS, na medida em que passou a prever, na forma do artigo 198, que as ações e os serviços públicos de saúde integrassem uma rede regionalizada e hierarquizada, mas constituindo um sistema único, descentralizado, com direção unitária em cada esfera de governo. No entanto, no artigo imediatamente posterior, a Constituição reabriu todas as condições para que a iniciativa privada continuasse a fornecer serviços de assistência médica ao setor público, ao dispor que as instituições privadas poderiam participar de forma complementar do sistema, mediante contrato de direito público ou convênio.

Embora toda a relação entre a saúde e o cidadão tenha sido reposta a outros marcos pela Constituição de 1988, a relação entre os prestadores privados de serviços e o contratante estatal apenas mudou de endereço, do nível central para os níveis subnacionais. Evidentemente, a representatividade política dos segmentos privados no Congresso Constituinte determinou a solução de compromisso que conformou o SUS como um sistema híbrido, em que convivem agentes públicos e privados. Vale notar que um subsegmento do sistema privado tem grande importância, as entidades filantrópicas, notadamente as Santas Casas de Misericórdia.

A Lei n.º 8.080, em seus artigos 15 a 19, deu substância ao formato

descentralizado do Sistema de Saúde que a Constituição apenas enunciara. Ela definiu as funções comuns e as específicas a cada esfera de governo e reforçou a ênfase no caráter de execução dos municípios e planejamento por parte dos estados. Nunca é demais enfatizar que a Lei n.º 8.080 significou um marco dentro do processo de descentralização do estado brasileiro, especialmente por seu enfoque em estruturas regionais de gestão, organizadas de forma hierarquizada.

A prática, como não poderia deixar de ser, demonstrou que a montagem de um sistema nacional de saúde é muito mais intrincada que a formulação e expressão em lei de uma concepção de gestão. A intensa heterogeneidade entre as distintas unidades federadas e as diferentes correlações de força entre as áreas de Saúde e as instâncias de poder, em cada unidade, produziram uma ampla gama de situações e resultados das políticas e processos de descentralização.

Por uma série de razões, a descentralização da execução e da gestão da saúde foram realizadas por meio de uma ligação direta entre a União, representada pelo Ministério da Saúde e os municípios. De um lado, pelo interesse de muitos municípios em assumir rapidamente as funções de saúde em seu espaço. De outro, a maioria dos governos estaduais demonstrou grande dificuldade em acompanhar a velocidade do processo, ou mesmo se situar frente aos mecanismos institucionais da descentralização.

As Normas Operacionais Básicas (NOBs) deram os parâmetros essenciais para esse processo de descentralização. Em 1991, 1993 e 1996, o Ministério da Saúde promoveu o direcionamento desse processo, por meio desse conjunto de portarias ministeriais que, ao lado da extinção do INAMPS, alteraram completamente a gestão do conjunto das ações de Saúde Pública. Evidentemente, uma descentralização do vulto da brasileira teria que se fazer

num curso extenso de tempo. Mas apenas a partir da NOB de 1996, o processo de descentralização chegou de forma efetiva à gestão dos sistemas de saúde municipais.

### A posição dos gestores dentro do processo de descentralização

O ponto que vale destacar em todo esse processo é o papel reservado ao Estado e a efetividade do mesmo. Nenhum papel efetivamente especial foi reservado ao Estado na gestão ou na capacitação de recursos humanos. Em seu artigo de número 15, a Lei n.º 8.080 é explícita:

*“A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios exercerão, em seu âmbito administrativo, as seguintes atribuições... IX - participação na formulação e na execução da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde; participação na formulação e na execução da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde.”*

Ou seja, a atribuição indefinida no campo dos recursos humanos foi a tônica do processo de descentralização.

É importante destacar que um elemento pertencente aos esforços de controle das finanças estaduais e municipais acabou exercendo papel extremamente perverso nesse contexto. Esse elemento é a Lei Camata, cujos fundamentos foram posteriormente incorporados à Lei de Responsabilidade Fiscal. O problema é que diversas administrações já se encontravam no limite dos 60% de gastos com pessoal ainda em meados da década de 90, ainda antes de aflorarem mais densamente os problemas derivados dos desequilíbrios com os inativos e aposentados do serviço público. O resultado foi que as administrações tiveram posturas extremamente conservadoras quanto aos gastos com pessoal, que se estenderam para todos os campos da gestão e capacitação de recursos humanos. Em verdade, em diversas áreas da administração, a ter-

ceirização de serviços intensivos em mão-de-obra foi a saída para situações de absoluta inviabilidade frente à legislação.

A presença do setor privado na venda de serviços ao SUS resultou numa dinâmica ainda mais perversa por parte de diversos estados. Tendo em vista que o setor privado poderia oferecer os serviços e diversas prefeituras assumiam o desafio de ampliar a capacidade própria de atendimento em saúde, os estados reduziram seu papel, abdicando de funções que a estrutura do sistema lhes reservava. As ações de média e alta complexidade tiveram comportamento impar. O grande interesse pela rentabilidade e possibilidade de arbitragem de clientelas pelas entidades privadas, entre a prestação de serviços ao SUS, aos planos de saúde e mediante pagamento, acabaram fazendo o Estado abdicar dessas ações a deixar o caminho livre para as entidades privadas com fins lucrativos e as entidades filantrópicas, nas quais o lucro também foi um objetivo em vários casos, em que grupos privados exploravam os equipamentos.

Ao mesmo tempo em que as administrações estaduais não tinham grande interesse em promover uma boa gestão de recursos humanos para o sistema, as administrações municipais lutavam com problemas de escala de suas ações em saúde. Além disso, com a carência de pessoal capacitado, tanto na área pública quanto na privada, o nível de rotatividade poderia ser muito alto, problematizando a execução de uma Política de Capacitação por um município. Tanto pela escala de sua rede como por sua capacidade financeira, o município de São Paulo poderia ser a exceção a esse processo. No entanto, justamente no caso de São Paulo, os elementos aventados anteriormente, propensão a privatizar a prestação de serviços e a expectativa de redução do comprometimento da administração com gastos de pessoal, levaram à desastrosa experiência do Plano de Assistência Médica (PAS).

## As possibilidades abertas pela Emenda Constitucional nº 29

A questão do financiamento da saúde apresentou-se em toda sua dramaticidade na área de Recursos Humanos. Por um lado, a dificuldade de crescimento da fatia relativa à saúde dentre o conjunto dos gastos estaduais, por outro, a expansão do quantitativo de inativos do setor Saúde, introduziram restrições adicionais à administração de recursos humanos. Inclusive, com a limitação de gastos com pessoal para as administrações públicas, imposta pela Lei Camata, seguida pela Lei de Responsabilidade Fiscal. Em síntese, as condições para a expansão do gasto público com pessoal, durante os anos 90, foram extremamente adversas.

No campo das administrações municipais, as condições foram bem melhores em decorrência de duas especificidades. De um lado, os recursos disponíveis, já contabilizadas as transferências constitucionais, decorrentes de impostos, tiveram o comportamento mais favorável de todas as receitas públicas, em razão do formato da reforma do sistema tributário, realizada pela Constituição de 1988. De outro, porque, nas administrações municipais, sofreram muito menos com o incremento da folha de inativos do que suas máquinas administrativas e de prestação de serviços, pois eram de perfil muito mais jovem, especialmente na área da Saúde, em que a atuação das administrações municipais era especialmente limitada. Isso deu condições a um comportamento diferenciado dos municípios, notadamente as capitais e os pólos regionais de saúde.

A Emenda nº 29 abre enormes condições para que seja redefinido o papel da gestão de recursos humanos e da capacitação profissional no âmbito das administrações estaduais e municipais. A Emenda vinculou recursos para a área da Saúde, tendo como base a receita de impostos e transferências derivadas de impostos, num conceito semelhante ao da

vinculação da educação. Para os estados, a vinculação, em 2004, será de 12% da receita; para os municípios, será, no mesmo ano, de 15%. Justamente para não ensejar um problema mais grave para as finanças dos estados e municípios, fixou-se um piso de 7%, em 2000, para que, a partir daí, por meio de elevações anuais, seja alcançada a meta de 12 e 15%, em 2004.

A Tabela 1 mostra a situação da Região Norte com os valores gastos em 2000, e a expectativa de gasto em 2004. Para os estados do Amazonas, do Acre e de Roraima, os gastos já são até superiores aos níveis de relação despesa-receita vinculável previstos na Emenda, não sendo, por isso, exigível nenhuma correção. Nos casos do Pará, de Tocantins, de Rondônia e de Amapá, em que a despesa própria em saúde situou-se entre 7,44% e 8,26% em 2000. O mero cumprimento do mandamento constitucional implicará na expansão de gasto anual em 2004, situada entre R\$ 32 e 96 milhões. No conjunto, o gasto com saúde será cerca de R\$ 200 milhões maior, sem contar os incrementos de receita, relativos ao avanço da atividade econômica.

A Tabela 2 mostra os mesmos indicadores para a Região Nordeste. O único estado que, em 2000, já atingiu o piso de gastos com saúde de 12% da receita vinculável é o Rio Grande do Norte. Os outros estados se dividem em dois grupos: a) Pernambuco, Ceará e Bahia, com níveis de comprometimento entre 8,1 e 9,7%; e b) Sergipe, Maranhão, Piauí e Alagoas, em que os níveis de comprometimento não passam de 5%. Assim sendo, a mera aplicação da Emenda Constitucional implicará aumentos nos gastos com saúde entre R\$ 60,5 milhões, caso do Ceará, e R\$ 171 milhões; caso do Maranhão, que apresenta um nível de comprometimento baixíssimo. No conjunto, os estados da região terão que aplicar mais R\$ 910 milhões em saúde até 2004.

A Tabela 3 mostra a situação das Regiões Sudeste, Sul e Centro-oeste.

No Sudeste, as situações são bastante diferenciadas, porém a mais precária é a de Minas Gerais, no qual o gasto com recursos próprios, em saúde, situou-se em apenas 3,74% da receita vinculável. No caso do Espírito Santo, esse indicador apontou para 10,37%. O estado de São Paulo, embora tenha se situado acima do piso fixado para 2000 (7%), com a marca de 7,8%, deverá, para cumprir os requisitos da Emenda até 2004, ampliar seu gasto, no mesmo ano, em R\$ 1,1 bilhão. Na soma dos quatro estados da Região Sudeste, a evolução anual de gastos culminará, em 2004, com despesas superiores ao ano 2000, em nada menos que R\$ 2,3 bilhões.

Na Região Sul, a situação é bastante heterogênea. O estado de Santa Catarina apresenta o maior comprometimento, com mais de 8%. O Rio Grande do Sul não chegou, em 2000, ao piso estabelecido pela Emenda, mas não está distante, dado que a participação chega a 6,6%. Já o caso do Paraná é o mais grave, dado que ele gastou, em 2000, apenas 2,4% de sua receita vinculável. O pleno atendimento aos requisitos da Emenda envolverá gastos adicionais de R\$ 800 milhões para os três estados, sendo que, apenas o Paraná terá que aumentar em R\$ 428 milhões suas despesas.

No caso da Região Centro-oeste, a Tabela 3 mostra que o Distrito Federal e o estado de Goiás, já demonstram alto grau de comprometimento com as despesas com saúde. Ao contrário, Mato Grosso e Mato Grosso do Sul mostram níveis muito inferiores ao piso estabelecido na Emenda para 2000. No conjunto dos três estados, mais o DF, os gastos deverão subir cerca de R\$ 340 milhões.

No conjunto das administrações estaduais, os gastos com saúde, sem contar a expansão de receitas decorrente do crescimento da economia ou de alterações na legislação tributária, deverão ter uma expansão paulatina até chegar a R\$ 4,5 bilhões em 2004. O uso desse recurso não foi



regulamentado pela Emenda Constitucional, mas é um espaço em aberto, no qual as administrações poderão arbitrar todas as ações e serviços públicos em saúde. Vale dizer, os gestores estaduais estarão decidindo entre mais contratos com prestadores privados, novos hospitais públicos, novas equipes de saúde da família, mais distribuição de medicamentos, ampliação dos salários dos servidores, reforço a mecanismos de capacitação profissional, dentre outros.

A Tabela 4 mostra os dados para as capitais. Podemos dividi-las em três grupos. O primeiro deles, formado por Porto Alegre, Cuiabá e Campo Grande, os níveis de vinculação previstos para 2004 já foram ultrapassados em 2000. O segundo grupo, formado por Palmas, São Luís, João Pessoa, Natal, Belo Horizonte, Vitória, Rio de Janeiro, São Paulo, Curitiba, Florianópolis e Goiânia, superou, em 2000, o piso de vinculação, mas se encontra abaixo dos 15% previstos como nível de vinculação plena. O terceiro grupo é formado pelo restante das capitais, que nem atingiu o piso de vinculação em 2000. Vale notar que o cumprimento da Emenda resultará em recursos adicionais de R\$ 627 milhões em 2004, com expansão paulatina até aquele ano.

É importante entender que a Emenda Constitucional representa uma grande chance para que a área de Recursos Humanos, notadamente nas administrações estaduais, ganhe enorme espaço. Seja na gestão da Política de Pessoal, seja na construção do aparelho formador. A preservação de uma parcela dos ganhos envolvidos, para aplicação nesta área, envolve uma oportunidade talvez única na história da saúde. É importante notar que o Governo Federal foi à frente, implementando o Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (PROFAE) e as capacitações e qualificações em saúde da família. Mas será a condução das Políticas Estaduais, pactuadas com os gestores

municipais, que definirão seu peso e a abrangência.

A Lei Complementar, enunciada pela Emenda Constitucional n.º 29, desponta como *locus*, por excelência, dessa discussão porque vai identificar a postura das autoridades públicas frente aos compromissos com a formação de pessoal e a gestão de recursos humanos. De todo modo, trata-se de uma grande oportunidade para colocar a discussão de recursos humanos ao lado dos grandes temas da saúde: financiamento, gestão e modelo de atenção.



Tabela 1  
Despesa Real e Projeções segundo a Emenda nº 29 – 2000 a 2004

(em R\$ correntes)

UF	Pessoal e Encargos Sociais	Receita Vinculada	Despesa Própria	Simulação com mínimo		Percentual Desp. Própria/Receita					Expansão
				% DP/RV	Despesa Própria	2000	2001 est	2002 est	2003 est	2004 est	
Rondônia	50.132.003	845.161.582	66.260.668	12,00	101.419.390	7,84	8,67	9,34	9,87	12,00	35.158.722
Acre	89.799.361	532.395.712	115.849.307	21,76	115.849.307	21,76	12,00	12,00	12,00	12,00	-
Amazonas	113.492.298	1.587.946.982	285.195.278	17,96	285.195.278	17,96	12,00	12,00	12,00	12,00	-
Roraima	6.821.835	400.384.786	52.450.407	13,10	52.450.407	13,10	12,00	12,00	12,00	12,00	-
Pará	71.239.390	2.117.292.352	157.526.551	12,00	254.075.082	7,44	8,35	9,08	9,67	12,00	96.548.531
Amapá	31.587.522	952.948.147	74.044.071	12,00	114.353.778	7,77	8,62	9,29	9,83	12,00	40.309.707
Tocantins	48.488.087	853.553.886	70.503.551	12,00	102.426.466	8,26	9,01	9,61	10,09	12,00	31.922.915

Fonte: Balanços dos Governos Estaduais de 2000.

Tabela 2  
Despesa Real e Projeções segundo a Emenda nº 29 – 2000 a 2004

(em R\$ correntes)

UF	Pessoal e Encargos Sociais	Receita Vinculada	Despesa Própria	Simulação com mínimo		Percentual Desp. Própria/Receita					Expansão
				% DP/RV	Despesa Própria	2000	2001 est	2002 est	2003 est	2004 est	
Maranhão	14.666.723	1.633.918.816	24.835.566	12,00	196.070.258	1,52	8,00	8,80	9,44	12,00	171.234.692
Piauí	39.015.082	984.552.112	49.424.516	12,00	118.146.253	5,02	8,00	8,80	9,44	12,00	68.721.737
Ceará	112.069.464	2.620.402.828	253.917.034	12,00	314.448.339	9,69	10,15	10,52	10,82	12,00	60.531.305
Rio Gr Norte	107.969.672	1.252.553.764	162.080.457	12,94	162.080.457	12,94	12,00	12,00	12,00	12,00	-
Paraíba	50.216.953	1.302.634.354	57.446.175	12,00	156.316.122	4,41	8,00	8,80	9,44	12,00	98.869.947
Pernambuco	222.461.841	2.834.355.055	230.433.066	12,00	340.122.607	8,13	8,90	9,52	10,02	12,00	109.689.541
Alagoas	56.910.932	1.663.018.594	53.216.595	12,00	199.562.231	3,20	8,00	8,80	9,44	12,00	146.345.636
Sergipe	34.371.412	1.019.433.713	34.049.086	12,00	122.332.046	3,34	8,00	8,80	9,44	12,00	88.282.960
Bahia	281.032.191	4.499.478.942	374.356.648	12,00	539.937.473	8,32	9,06	9,64	10,12	12,00	165.580.825

Fonte: Balanços dos Governos Estaduais de 2000.

Tabela 3  
Despesa Real e Projeções segundo a Emenda nº 29 – 2000 a 2004

(em R\$ correntes)

UF	Pessoal e Encargos Sociais	Receita Vinculada	Despesa Própria	Simulação com mínimo		Percentual Desp. Própria/Receita					Expansão
				% DP/RV	Despesa Própria	2000	2001 estim	2002 estim	2003 estim	2004 estim	
Minas Gerais	184.512.326	7.974.859.599	298.259.749	12,00	956.983.152	3,74	8,00	8,80	9,44	12,00	658.723.403
Espírito Santo	135.891.894	1.983.132.633	205.650.854	12,00	237.975.916	10,37	10,70	10,96	11,17	12,00	32.325.062
Rio de Janeiro	173.048.821	7.367.755.120	398.595.552	12,00	884.130.614	5,41	8,00	8,80	9,44	12,00	485.535.062
São Paulo	1.343.921.026	26.601.041.872	2.074.881.266	12,00	3.192.125.025	7,80	8,64	9,31	9,85	12,00	1.117.243.759
Paraná	98.718.385	4.460.214.917	107.045.158	12,00	535.225.790	2,40	8,00	8,80	9,44	12,00	428.180.632
Santa Catarina	129.662.698	2.643.136.146	231.803.040	12,00	317.176.338	8,77	9,42	9,93	10,35	12,00	85.373.298
Rio G. do Sul	90.029.503	5.755.993.394	379.895.564	12,00	690.719.207	6,60	8,00	8,80	9,44	12,00	310.823.643
Mato G. do Sul	19.979.011	1.080.111.904	44.824.644	12,00	129.613.428	4,15	8,00	8,80	9,44	12,00	84.788.784
Mato Grosso	27.440.284	1.553.039.142	36.185.812	12,00	186.364.697	2,33	8,00	8,80	9,44	12,00	150.178.885
Goiás	97.520.066	2.251.163.549	218.813.097	12,00	270.139.626	9,72	10,18	10,54	10,83	12,00	51.326.529
Distrito Federal	86.878.397	2.406.918.820	236.600.120	12,00	288.830.258	9,83	10,26	10,61	10,89	12,00	52.230.138

Fonte: Balanços dos Governos Estaduais de 2000.

**Tabela 4**  
**Despesa Real e Projeções segundo a Emenda nº 29 – 2000 a 2004**

(em R\$ correntes)

UF	Pessoal e Encargos Sociais	Receita Vinculada	Despesa Própria	Simulação com mínimo		Percentual Desp. Própria/Receita					Expansão
				% DP/RV	Despesa Própria	2000	2001 estim	2002 estim	2003 estim	2004 estim	
Natal	28.790.676	199.931.210	25.071.374	15,00	29.989.681	12,54	13,03	13,43	13,74	15,00	4.918.308
João Pessoa	15.176.049	163.297.300	6.907.476	15,00	24.494.595	4,23	8,00	9,40	10,52	15,00	17.587.119
Recife	29.747.634	544.544.268	29.677.663	15,00	81.681.640	5,45	8,00	9,40	10,52	15,00	52.003.978
Maceió	44.283.121	180.034.671	8.299.598	15,00	27.005.201	4,61	8,00	9,40	10,52	15,00	18.705.602
Aracaju	8.506.683	141.830.233	5.800.857	15,00	21.274.535	4,09	8,00	9,40	10,52	15,00	15.473.678
Salvador	14.540.637	603.910.959	33.879.405	15,00	90.586.644	5,61	8,00	9,40	10,52	15,00	56.707.239
Belo Horizonte	125.673.976	890.128.562	89.991.998	15,00	133.519.284	10,11	11,09	11,87	12,50	15,00	43.527.287
Vitória	22.500.303	266.781.292	29.372.620	15,00	40.017.194	11,01	11,81	12,45	12,96	15,00	10.644.574
Rio de Janeiro	216.007.267	2.898.942.125	296.271.885	15,00	434.841.319	10,22	11,18	11,94	12,55	15,00	138.569.434
São Paulo	192.248.243	6.036.698.511	804.088.242	15,00	905.504.777	13,32	13,66	13,92	14,14	15,00	101.416.535
Curitiba	50.884.129	657.934.415	51.187.298	15,00	98.690.162	7,78	9,22	10,38	11,30	15,00	47.502.865
Florianópolis	8.953.018	142.904.467	10.460.607	15,00	21.435.670	7,32	8,86	10,08	11,07	15,00	10.975.063
Porto Alegre	87.909.895	592.633.462	96.658.518	16,31	96.658.518	16,31	15,00	15,00	15,00	15,00	-
Campo Grande	37.262.008	179.763.798	50.226.005	27,94	50.226.005	27,94	15,00	15,00	15,00	15,00	-
Cuiabá	38.382.607	153.350.135	37.678.128	24,57	37.678.128	24,57	15,00	15,00	15,00	15,00	-
Goiânia	24.893.875	403.848.324	59.608.013	15,00	60.577.249	14,76	14,81	14,85	14,88	15,00	969.236
<b>TOTAL GERAL</b>	<b>1.198.820.441</b>	<b>16.011.483.805</b>	<b>1.830.568.719</b>	<b>15,35</b>	<b>2.457.628.763</b>	<b>11,43</b>					<b>627.060.043</b>

Fonte: Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos (SIOPS/SIS/IMS) ano-base 2000.

---

## **Bibliografia**

ARRETCHE, M. T. S. **O processo de descentralização das políticas sociais no Brasil**. Campinas: UNICAMP; IFCH, 1998 (Tese de Doutorado).

CARVALHO, G. I.; Santos, L. **Sistema Único de Saúde: comentários à Lei Orgânica da Saúde**. São Paulo: HUCITEC, 1995.

COSTA, N. R.; RIBEIRO, J. M. **Descentralização e política social: o caso do setor saúde**. Instituto de [s. l.]: Pesquisa Econômica Aplicada; Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (IPEA-PNUD), 1997.

DAIN, S. et al. Avaliação dos impactos da reforma tributária sobre o financiamento da saúde. In: NEGRI, B.; DI GIOVANI, G. **Brasil Radiografia da Saúde**. Campinas: IE-UNICAMP, 2001. p. 233-290.

SILVA, P. L. B., COSTA, N. R.; MELO, M. A. **Reforma do Estado e Setor Saúde**. Pesquisa CAPES-MARE, 1999.

VILAÇA, E. (Org). **A organização da saúde no nível local**. São Paulo: HUCITEC, 1998.



## Escolas Técnicas de Saúde do Sistema Único de Saúde (ETSUS)

### SUS Technical Schools in Health (ETSUS)

Izabel dos Santos

Consultora do Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (PROFAE) – Ministério da Saúde.

---

A entrevistada Izabel dos Santos é consultora do Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores de Enfermagem, da Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde (SIS), do Ministério da Saúde. Enfermeira desde cedo, participou ativamente de processos que têm por objetivo promover a melhoria das condições de saúde da população, é referência incontestada da área de Recursos Humanos em Saúde. Sua contribuição sempre esteve vinculada à criação de processos e métodos que pudessem propiciar a emancipação dos trabalhadores do setor Saúde, por meio da elevação de sua condição cidadã. Para isso, foi precursora e, pode-se dizer, “criadora” do Projeto Larga Escala de formação de pessoal para saúde, desenvolvido no Brasil a partir dos anos 80. Seu trabalho se baseia na articulação indissociável entre saúde e educação, como necessidade intrínseca ao processo de trabalho em saúde. Docente de Enfermagem em Saúde Pública, na Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco, de 1965 a 1974. Foi também consultora da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) no Brasil. Nesta entrevista, a professora Izabel dos Santos fala da importância das Escolas Técnicas de Saúde do SUS no contexto de reorganização das práticas sanitárias.

The interviewed, Ms. Izabel dos Santos, is a consultant to the Project *Profissionalização dos Trabalhadores de Enfermagem*, of the *Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde – SIS* [Secretariat on Management of Investment in Health], of the Ministry of Health. As a nurse for a long time, she has actively participated in processes addressed to promoting the improvement on population’s health conditions and, undoubtedly, is a reference in the field of Human Resources in Health. Her contribution has always been bound to the establishment of processes and methods that could allow for the emancipation of Health Field workers, by raising their status as citizens. For that, she was a precursor and, one might say, the “creator” of the Large-Scale Project on training to health staff, developed in Brazil since the 1980’s. Her work is based on the indissoluble association between health and education, as an intrinsic requirement to the work in health. She was a Professor of Nursing in Public Health, at the Nursing School of the Federal University of Pernambuco, from 1965 a 1974. She was also a consultant to the Pan American Health Organization (PAHO) in Brazil. In this interview, Professor Izabel dos Santos talks about the relevance of SUS Technical Schools in Health and their importance in the context of reorganizing sanitation practices.





*Formação* – As Escolas Técnicas de Saúde do Sistema Único de Saúde (ETSUS) estão sendo reestruturadas. O que é necessário para que o Sistema Único de Saúde (SUS) absorva plenamente o que elas oferecem?

*Izabel dos Santos* – Para que as Escolas Técnicas de Saúde tenham visibilidade e sejam reconhecidas pelo SUS, é preciso realizar um trabalho conjunto. Existem várias iniciativas que podem ser incorporadas. Uma delas é que a escola se torne cada vez mais parceira do Sistema Único de Saúde. A exemplo das escolas agro-técnicas que têm uma forte parceria com o setor agroindustrial, as escolas técnicas de saúde devem atuar em parceria com o SUS, porque todo o processo tecnológico está nesta rede de saúde. O fortalecimento dessa relação é essencial. Ele se inicia com a eleição de prioridades, desde a identificação das categorias profissionais que necessitam de formação até a estruturação de programas de educação permanente.

Torna-se imprescindível a intensificação dessa parceria para acompanhar as exigências desse mercado profissional em estruturar currículos por competência. A competência profissional não pode ser estabelecida pela escola, porque não é na escola que ela se constrói, é na prática real, ou seja, no desempenho das atividades em serviço. O Sistema de Saúde é quem vai dizer para a escola qual a competência, entre as diferentes categorias, ele vai absorver. Isso é uma tarefa nova que vai requerer muito esforço e muito trabalho conjunto. Se isso se concretizar, essa escola se tornará necessária ao Sistema Único de Saúde e, como ela está se reestruturando, não poderá perder de vista essa direcionalidade.

*F* – Do seu ponto de vista, qual é a causa dessa desarticulação da Escola Técnica com a organização do Sistema Único de Saúde?

*IS* – São várias as causas. Dentre elas está o modelo de escola que trabalha o conhecimento sem um compromisso real com a prática

profissional. Nessa concepção de escola, o que existe é a valorização do conhecimento pelo conhecimento. Esse movimento de ensino por competência profissional que está se ampliando é, na verdade, uma estratégia para fazer com que a escola se comprometa também com a prática profissional. Por outro lado, a formação e a qualificação profissionais não são valorizadas como uma exigência para a produção de serviços de saúde. De fato, ainda existe um ranço de treinamento por treinamento. O baixo índice de qualificação que temos verificado nos profissionais de nível médio demonstra claramente a falta de conscientização de gestores dessa área sobre a importância desta formação para a qualidade do serviço de saúde para o usuário. Já em relação ao nível superior, essa percepção é mais presente.

*F* – Como promover esta articulação entre os setores de Recursos Humanos e a Política de Recursos Humanos no campo da Saúde?

*IS* – Essa pergunta é muito interessante. Recentemente eu discuti essa questão com um profissional que estava saindo do setor público e entrando para o setor privado. Estávamos exatamente estabelecendo essa diferença, na área privada, o setor de Recursos Humanos é fundamental em todas as decisões, enquanto na área pública, este setor é, na maioria das vezes, ignorado e, em consequência, as decisões são todas tomadas à revelia dele. A pergunta que faço é a seguinte: Por que, apesar de todos os nossos esforços com a preparação de gestores de recursos humanos do SUS, isso ainda não se tornou uma ação permanente?

*F* – De acordo com essa visão, isso é quase contraditório. O setor público, em determinado momento, se referiu à mais-valia, exercício de reservas, profissionalização...

*IS* – É verdade, mas quando chega a ocasião de usar o gerente de recursos humanos para pensar uma proposta de produção isso não ocorre,

porque o clientelismo ainda atravessa essa área e o setor público não tem muito interesse em modernizar esse processo de uma forma mais efetiva. É realmente um paradoxo. De um lado, se esforça para modernizar e, por outro, é boicotado por esse clientelismo ainda, infelizmente, presente no serviço público. É necessário estabelecer uma parceria real entre a escola e o Sistema de Saúde, intermediado pelo setor de Recursos Humanos, mas isto está ainda muito longe de ser alcançado. É um ponto crítico que pode ser um obstáculo para que o processo avance.

*F* – Você acha que a discussão sobre um currículo por competência aproximaria, por exemplo, aqueles que discutem organização de serviços daqueles que formam o trabalhador?

*IS* – Pode ser uma estratégia de aproximação. Primeiro, porque quando se organiza o serviço é obrigatório estabelecer padrões de qualidade. Porque do contrário, como poderemos avaliar? São os padrões de qualidade que vão fornecer elementos para a definição das competências das várias categorias que participarão daquele processo coletivo de trabalho. Vamos dar um exemplo: as ações de promoção da saúde são praticamente desenvolvidas por todos os profissionais da área da Saúde, mas cada um tem uma especificidade: a equipe de enfermagem trabalha em uma, a de laboratório em outra, e assim acontece com as outras categorias. Esse movimento da promoção da saúde é, de fato, um trabalho coletivo, porém com especificidade. No conjunto eles trazem resultados, mas não é todo mundo fazendo a mesma coisa. Quando se fala em aproximação, é preciso juntar padrão de qualidade do serviço com as competências estabelecidas para o profissional. Ainda que não seja suficiente, acredito que o currículo por competência seria uma ferramenta favorável, para uma aliança mais forte entre os setores citados.

*F* – As Escolas Técnicas do SUS nasceram, em sua grande maioria, com falta de recursos, causada pela

conjuntura ou por dificuldades do momento, ou até por concepção. Atualmente a realidade é outra: há uma injeção de investimentos nas escolas existentes e ainda há um conjunto de recursos disponíveis para os gestores que queiram construir uma nova Escola Técnica do SUS. Quais são as diferenças daquele momento para o atual?

*IS* – A falta de recursos financeiros foi realmente um obstáculo para a implantação das escolas técnicas, especialmente as pequenas escolas que tinham um grupo de coordenação também pequeno. O problema das escolas médias e grandes era muito mais de concepção do que de recursos financeiros. Naquela época, basicamente coexistiam três modelos de escolas: um modelo de escola formal, preparando profissionais para o mercado de trabalho; as escolas técnicas de muito bom nível; e as particulares, como o Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial (Senac) e o Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial (Senai). As escolas formais não tinham condições de atender a toda demanda por profissionalização, porque a força de trabalho empregada era enorme. Havia, portanto, uma necessidade premente de implantação de um modelo de escola flexível, com uma concepção clara e um padrão homogêneo, para atender às necessidades de qualificação profissional.

*F* – E essas distorções foram solucionadas com a criação das ETSUS nos anos 80?

*IS* – Discutiu-se muito essa questão, inclusive em vários fóruns. No início ficou evidente que o setor Saúde, embora pertencesse a área de serviços, era complexo e tinha um contingente de técnicos que justificaria a criação de escolas para formação de trabalhadores de saúde. Foi um processo longo em que a tônica do debate era a necessidade de ter um formato de escola com uma base filosófica, conceitual e que não estaria ensinando saúde em qualquer espaço. Por exemplo, não se poderia

introduzir um curso de saúde dentro de uma escola agrotécnica que não tivesse conhecimentos acumulados sobre formação em saúde e nem as bases conceituais de organização e avaliação de serviços.

A partir dessa visão, a escola de saúde foi se configurando, no princípio, de uma maneira muito tímida e precária. No momento em que começou a existir consenso sobre o assunto, surgiram as dificuldades financeiras. Naquele momento não havia recursos para os investimentos necessários, porque havia um volume enorme de pessoas que precisavam ser formadas e essas pessoas não tinham dinheiro. Os primeiros cursos de profissionalização foram financiados pelo Projeto Nordeste. Nos outros estados em que não existia um projeto que desse apoio ou cooperação técnico-financeira, houve sérias dificuldades, tais como: para a organização do espaço, para a produção de material didático e para o pagamento de pessoal etc. Então, para viabilizar o projeto das escolas, optou-se pela estruturação de um núcleo mínimo que contemplasse as questões estratégicas exigidas para aquele momento. E tudo aconteceu lento e gradativamente.

*F* – O laboratório didático, um instrumental que está sendo introduzido agora nas escolas técnicas, pode ser um fator de aperfeiçoamento dessas escolas?

*IS* – É preciso levar em conta que o laboratório didático não pode substituir a prática real. Ele é fundamental, não como instituição, mas como apoio. Sabe por quê? Porque, com o laboratório didático, há uma facilitação na relação ensino-aprendizagem, pois é uma intermediação entre prática a simulada e a prática real. Até que o aluno fixe os princípios da execução de uma técnica, são idas e vindas. O laboratório deve ser organizado de forma que os alunos possam treinar até ter segurança para entrar na prática real. Na minha opinião, esses laboratórios poderão ser utilizados para o

processo de certificação de competências profissionais, porque ainda acredito que a avaliação da prática profissional deverá ser simulada.

*F* – As Escolas Técnicas de Saúde do SUS têm hoje uma outra expectativa em relação à educação profissional. O foco central é para atender à formação profissional na área de Saúde, baseada, inclusive, nos parâmetros da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB). O PROFAE vem trabalhando também com a idéia de uma escola que abra as suas portas para espaços intermediários. Qual é a sua opinião sobre isso?

*IS* – As Escolas Técnicas do SUS, a partir de sua concepção, foram pensadas para atender a uma necessidade de demandas que iam desde a formação daqueles profissionais empregados no Sistema Único de Saúde até a formação daqueles que desejavam entrar no mercado de trabalho em saúde. Além dos cursos de formação profissional, acredito que as escolas ainda possam oferecer cursos de qualificação básica nas mais diversas áreas. Da mesma forma, se deve enfatizar a questão da multiprofissionalidade que, na área de Saúde, é uma exigência para contemplar a complexidade dos problemas. Nesse sentido, uma escola não pode oferecer apenas uma habilitação, é preciso diversificar para atender às necessidades do serviço.

*F* – O PROFAE acredita que as ETSUS serão escolas de referência para o Sistema de Saúde e até para a educação profissional. Esse conceito está claro para os gestores?

*IS* – Escola de referência significa, no meu entendimento, o reconhecimento por aqueles que utilizam os seus serviços (gestores, alunos, docentes e também os usuários que recebem uma assistência sem risco). Ela é referência quando articula conhecimentos, tecnologia e informação a serviço da sociedade. Porque quem confere referência, excetuando-se os parâmetros técnicos, é quem usa ou é beneficiado por aquele serviço.

*F* – Por que tantas dificuldades para a consolidação das ETSUS?

*IS* – Esse processo de construção não é linear. Ele apresenta ganhos e perdas, idas e vindas. Sendo um processo social, ele sofre a influência das várias conjunturas nas quais ele está inserido. Assim, essas escolas necessitariam de um órgão de caráter nacional que formulasse e conduzisse uma política de sustentação das mesmas. Caso contrário, elas se desenvolveriam em situação de desigualdade. As Escolas Técnicas do SUS precisam de fato fazer parte da agenda política da saúde e da educação profissional nos estados. Na medida em que isso acontece, elas vão ganhando corpo próprio a despeito dessas variações conjunturais. É um objetivo muito ambicioso para ser concretizado a curto prazo, mas isto não quer dizer que a médio prazo as escolas técnicas não possam tornar-se escolas de excelência, estruturadas e modernizadas, tanto do ponto de vista do processo político-pedagógico quanto do arcabouço tecnológico para dar sustentação aos processos de formação profissional.

*F* – Nessa perspectiva, o fortalecimento da Rede de Escolas Técnicas de Saúde do Sistema Único de Saúde (RET-SUS) é uma estratégia?

*IS* – A idéia da RET-SUS ultrapassa governos. É preciso ter sempre alguém estimulando, fazendo debates, para não deixar morrer a idéia. Ela não pode cair numa teia burocrática, assim é necessário um bom “animador” no comando, que poderia ser o diretor da escola com essa visão de integração e modernidade que, afinal, se refletirá na valorização da formação profissional. A Rede pode se transformar nesse processo em algo que não é só uma secretaria para fomento de processos. Eu ousaria pensar que politicamente as Escolas Técnicas deveriam dar mais um passo a frente e, quem sabe, se reunirem em uma natureza também jurídica. Uma associação, por exemplo, que pudesse captar recursos e canalizar esse encontro de interesses das escolas.

Uma associação teria o papel de liderar o movimento, mobilizando pessoas e reunindo dirigentes, para que a escola pudesse ter, de fato, um papel ativo e dinâmico nos processos de educação profissional.

*F* – A Escola Técnica de Saúde do SUS poderia trabalhar com que níveis da educação profissional? Ela poderia assumir a especialização do nível técnico, por exemplo?

*IS* – Até o momento, a formação profissional realizada pelas escolas alcança o nível técnico. Já o nível tecnológico, que seria a especialização do nível técnico, exige um investimento muito grande no corpo docente, com a contratação de professores altamente especializados, inclusive com cursos de pós-graduação. Quando se trata de formação na atenção básica de saúde, não há exigência de um corpo docente especializado, mas na formação para atividades de média e alta complexidade ocorre o contrário. Apesar da especialização para o nível médio da área de Enfermagem estar prevista na legislação educacional, o que se faz hoje é ainda muito pouco em relação à especialização.

## Centro Formador de Recursos Humanos "Caetano Munhoz da Rocha" – Secretaria de Estado da Saúde do Paraná

### Human Resources Training Center "Caetano Munhoz da Rocha" – Paraná State Health Secretariat

Marli Aparecida Jacober Pasqualin

Diretora do Centro Formador de Recursos Humanos "Caetano Munhoz da Rocha"  
Secretária de Estado da Saúde do Paraná

---

A entrevistada Marli Aparecida Jacober Pasqualin é Diretora do Centro Formador de Recursos Humanos "Caetano Munhoz da Rocha" (CFRH), Escola Técnica do Sistema Único de Saúde (SUS) da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Desde 1990, atuou como docente e coordenadora técnica de cursos, respondeu também pela Divisão de Desenvolvimento de Cursos do Centro Formador. É graduada em Farmácia Bioquímica pela Universidade Federal do Paraná, com especialização em Administração com ênfase em Recursos Humanos pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUC/PR). Tem experiência na área de Educação como docente dos cursos da área de Saúde de nível básico, médio e tecnológico, lecionando na Faculdade de Ciências Biológicas Bezerra de Menezes. É representante titular das Escolas na Rede de Escola Técnica do SUS (RET-SUS) e também representante titular da área de Saúde no Conselho Estadual do Trabalho do Paraná.

The interviewed, Ms. Marli Aparecida Jacober Pasqualin is the Director of the Human Resources Training Center "Caetano Munhoz da Rocha" (CFRH), Unified Health System (SUS) Technical School of the Paraná State Health Secretariat. Since 1990, she has worked as teacher and technical coordinator of courses, and was also the responsible for the Division on Courses Development of the Training Center. She is graduated in Biochemical Pharmacy by the Federal University of Paraná, with specialization in Administration focusing on Human Resources, by the *Pontifícia Universidade Católica do Paraná* (PUC/PR). She has broad experience in the field of Education, as a teacher for the basic-, medium- and technological-level courses in the field of Health, teaching in the Bezerra de Menezes College of Biologic Sciences. She is the representative of Schools in the SUS Network of Technical Schools (RET-SUS), as well as representative of the Health field in the Paraná State Labor Council.

---





*Formação* – Qual é a importância histórica do Centro Formador no contexto das políticas de saúde no período de sua implantação até a atualidade?

*Marli Pasqualin* – A preocupação da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SESA), com a profissionalização dos trabalhadores da área de Saúde de nível médio e elementar vem desde 1954, ocasião da criação da Escola de Auxiliares de Enfermagem Dr. Caetano Munhoz da Rocha. O objetivo inicial era formar auxiliares de enfermagem que tivessem escolaridade primária (4ª série do antigo ensino primário). Dessa forma, a Escola era subordinada à orientação da Associação Feminina de Proteção à Maternidade e à Infância. A Escola passou para administração do estado do Paraná por meio de Decreto Estadual em 1965, recebendo então a denominação de Colégio Dr. Caetano Munhoz da Rocha.

Algumas décadas depois, nos anos 80, com o advento das Ações Integradas de Saúde, gerou-se uma demanda maior na organização dos serviços, utilizando profissionais de nível médio nas diversas áreas de Saúde. A circunstância em que a Escola estava estruturada não atendia às necessidades de profissionalização. Diante disso, o Paraná buscou subsídios junto ao Ministério da Saúde que na época havia firmado o “Acordo de Recursos Humanos” com os Ministérios da Previdência, da Educação e a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). A partir daí, em 1985, implantou o Programa de Formação de Recursos Humanos para os serviços básicos de saúde – formação de nível médio e elementar que recebeu a denominação de Projeto Larga Escala. Os princípios desse Projeto são até hoje aplicados: formação de pessoal em serviço, sem deslocá-los em tempo integral da rede de serviços em saúde; a utilização de instrutores e supervisores devidamente capacitados na função de docente; a adoção de conhecimento integrado com a realidade do serviço

(currículo); o respeito aos vários ritmos de aprendizagem e a estruturação da escola com regimento específico aprovado pelo Conselho Estadual de Educação (CEE).

Em 1989, o então Colégio Dr. Caetano Munhoz da Rocha passou para a denominação de Centro Formador de Recursos Humanos “Caetano Munhoz da Rocha” (CFRH), escola com abrangência de ação em nível estadual com a possibilidade de oferecer cursos profissionalizantes de nível médio e elementar para o setor de Saúde, buscando dar respostas às necessidades de formação da força de trabalho atuante nos quadros do Sistema Único de Saúde (SUS/PR). Nesse mesmo período, houve a ampliação de outros cursos na área de Saúde: Técnico de Higiene Dental (THD), Técnico em Patologia Clínica (TPC), Técnico em Vigilância Sanitária e Saúde Ambiental (TVSSA).

A partir de 1996, os cursos sofreram forte impulso devido às parcerias estabelecidas entre a Secretaria de Estado da Saúde e a Secretaria de Estado do Emprego e Relações de Trabalho, com disponibilidade dos recursos do Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT). Além disso, outros atores participaram desse novo momento da Escola, como a Secretaria de Estado de Educação, as Secretarias Municipais de Saúde, os Conselhos Municipais do Trabalho, o Conselho Estadual do Trabalho, as Instituições Hospitalares, a Federação de Hospitais do Paraná (FEHOSPAR) e os órgãos representativos de classe.

No ano de 2000, estabeleceu-se uma importante parceria entre a SESA, o Instituto de Tecnologia para o Desenvolvimento (LACTEC) e o Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (PROFAE) da Secretaria de Gestão e Investimentos em Saúde do Ministério da Saúde. Desde então, a Escola passou a ter maior visibilidade perante a sociedade paranaense. A descentralização se fez presente em todos os 399 municípios do Paraná,

pois foram iniciadas 165 turmas de Qualificação Profissional Auxiliar de Enfermagem (QP) e Complementação da Qualificação Profissional de Auxiliar de Enfermagem para Técnico de Enfermagem (CQP), totalizando 5.940 alunos atendidos até agosto de 2002.

Na área de Odontologia (atendente de consultório dentário), resultado da parceria com a Secretaria Estadual de Emprego e Relações do Trabalho (SERT) e a SESA, a Escola qualificou até 2001, 1.600 alunos num total de 44 turmas descentralizadas, beneficiando mais 200 municípios do estado. No momento, existem 11 turmas descentralizadas qualificando 396 alunos. Outros cursos de qualificação (capacitação na área de copa, cozinha, lavanderia e lactário) também são oferecidos respondendo às demandas das Políticas Públicas de Saúde que primam pela interiorização da qualificação em atenção ao processo de municipalização iniciado nos anos 80, com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS). Ao estado cabe o papel de coordenação, supervisão e apoio aos municípios na implantação e desenvolvimento de suas estruturas e projetos. No caso da Escola, esta tem a função de ordenar, orientar e participar da qualificação profissional de nível básico e técnico para suprir os municípios em seus quadros de recursos humanos e atender à consolidação das Políticas Públicas de Saúde Paranaense, entre elas: Acreditação dos Hospitais, Agentes Comunitários de Saúde, Prevenção e Controle da Hipertensão Arterial, Prevenção e Controle do Câncer Ginecológico, Saúde Bucal não tem Idade, Saúde da Criança, Saúde da Família, Saúde da Mulher, Saúde do Idoso, Saúde Indígena e Amigos da Vida.

Houve notável crescimento da capacidade formativa do Centro Formador de Recursos Humanos nestes últimos sete anos de trabalho. De 1954 (ano de início das atividades) até 1995, a Escola formou 2.682 alunos. De 1996 a 2002

observou-se expressivo crescimento exponencial, totalizando neste período 25.626 alunos qualificados. Esse salto se deu, principalmente, pela capacidade e esforço conjunto de toda a equipe técnica, auxiliada pelas importantes parcerias conquistadas nesses últimos sete anos, estas conseqüências da vontade política que valorizou expressivamente a principal característica da Escola: a capacidade de descentralizar os cursos para todo o território do estado do Paraná.

*F* – Quais os mecanismos que poderão assegurar a continuidade e permanência da oferta de cursos da Escola para os próximos anos?

*MP* – Um dos mecanismos é o próprio PROFAE, por meio do fortalecimento das Escolas Técnicas do SUS, juntamente com o financiamento da nova sede do Centro Formador (CF), a ser concretizada no ano de 2003. O novo prédio do CF será subsidiado com recursos do Programa de Expansão da Educação Profissional do Ministério da Educação (PROEP/MEC), tendo o PROFAE como mediador dessa nova conquista. Ambas ações beneficiarão a aquisição de equipamentos, incorporação de tecnologias educacionais, modernização da estrutura administrativa, consolidação da visibilidade e credibilidade no contexto social, ou seja, os benefícios diretos e indiretos que esta Escola trará como resultados são: a implementação das parcerias atuais e a busca de outras, a adequação das necessidades do mercado de trabalho consoante às propostas pedagógicas ofertadas, o estabelecimento de referência máxima como ordenadora do processo estadual de formação e qualificação de nível básico, técnico e pós-técnico para a área de Saúde. Vale ressaltar que o quantitativo de recursos que o PROFAE e o PROEP disponibilizarão para viabilizar a nova construção e as aquisições são da ordem de R\$ 2.550.000,00. Após essa fase de reestruturação, a Escola estará apta para atender às tendências da área de Educação em Saúde de acordo com a

nova Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), ao mesmo tempo em que se consolida como pólo referencial no estado para outras Escolas e Institutos Formadores de Recursos Humanos.

Para que a Escola tenha continuidade, acreditamos que três diretrizes devem ser seguidas:

- A primeira refere-se à identificação ou à realização do diagnóstico das necessidades do universo de trabalhadores da área de Saúde, de forma permanente.

- A segunda é a manutenção e busca de novas parcerias para viabilização e operacionalização de projetos estratégicos para atender à demanda existente do mercado de trabalho.

- E por último, é a busca da qualidade objetivando que o resultado cause um diferencial na efetividade do mundo do trabalho.

Foram realizados estudos na Secretaria de Estado da Saúde e posteriormente apresentados à Secretaria de Gestão e Investimentos em Saúde para que a Escola passe a deter um novo *status* dentro da Estrutura da Administração Pública Estadual, transformando-se possivelmente em uma nova autarquia, ou então, para que o Centro passe a ser subordinado diretamente ao Secretário de Saúde. Isso implicaria em uma maior autonomia administrativa e financeira, podendo então participar do orçamento estadual e definir, por meio de recursos próprios, o planejamento de operacionalização de novos cursos de nível básico e técnico de saúde.

*F* – Como o mercado vem absorvendo os egressos do Centro Formador? Qual é a contribuição que a formação desses alunos vem dando para as políticas de saúde?

*MP* – Os resultados observados são expressos conforme depoimentos de Secretários Municipais de Saúde e de empregadores de instituições hospitalares, na mudança efetiva do serviço, na aprovação expressiva de egressos em concursos públicos para

a área de Saúde, na satisfação do usuário, no aumento da mão-de-obra qualificada em todos os municípios do estado, garantindo a empregabilidade e gerando novos empregos. Um dos objetivos para os próximos anos é medir por meio de um estudo científico, os impactos do processo de descentralização da organização curricular no estado do Paraná. Sabemos que os resultados são positivos, pois o mercado vem absorvendo profissionais qualificados e fortalecendo o Sistema de Saúde. Cabe destacar que a parceria PROFAE e PROEP viabilizará a implantação de um sistema no Centro Formador que possibilitará o acompanhamento desses egressos. Boa parte dos egressos já são trabalhadores, participantes das Políticas Públicas de Saúde Paranaense e o que mais nos orgulha, é que o diploma expedido pela Escola é um item diferencial positivo para a contratação de novos trabalhadores tanto na iniciativa privada como pública. Os egressos dos cursos são rapidamente absorvidos pelo mercado de trabalho. Os indicadores demonstram que o nível de empregabilidade é alto, como consequência, existe um forte impacto na melhoria dos serviços de saúde – Políticas Públicas de Saúde –, por exemplo, a redução nas taxas de morbimortalidade. A partir daí, tanto o setor público está sendo beneficiado para otimizar o serviço, como o setor privado, que passa a oferecer um trabalho com maior segurança, dirimindo o risco de erros na relação usuário e profissional da área de Saúde de nível básico e técnico.

*F* – Quais são os cursos que a Escola oferece e pretende expandir nos próximos anos? Porquê?

*MP* – A Escola possui duas estratégias de formação. A primeira desenvolve-se com os cursos de longa duração, os quais são vinculados a uma titulação validada pela Secretaria de Estado da Educação, de modo que o Centro Formador possui cursos de qualificação, formação profissional e em fase de adaptação curricular à

nova LDB, são eles: Qualificação Profissional em Auxiliar de Enfermagem (QP AE); Complementação da Qualificação Profissional de Auxiliar de Enfermagem para Técnico de Enfermagem (CQP TE); Atendente de Consultório Dentário (ACD); Complementação da Qualificação Profissional de Atendente de Consultório Dentário para Técnico em Higiene Dental (THD); Qualificação Profissional em Auxiliar de Patologia Clínica (APC); Complementação da Qualificação Profissional de Auxiliar de Patologia Clínica e para Técnico em Patologia Clínica (TPC); Técnico em Vigilância em Saúde (TVSSA). Esses cursos visam atender a demanda existente, já que a legislação obriga o profissional a ter qualificação, ou aos casos em que o serviço seja de alta complexidade, tais como: Vigilância Sanitária, Patologia Clínica, dentre outros.

A segunda estratégia é desenvolver cursos livres de qualificação básica (curta duração) que visem atender os trabalhadores que precisam ser inseridos no serviço, bem como aqueles que também querem melhorar a qualidade da atividade profissional prestada. Os cursos oferecidos são:

- Cuidador de idosos. Esse curso surgiu da necessidade de diminuir a hospitalização, estimulando medidas de promoção e prevenção à saúde do idoso, preocupando-se com a humanização da assistência e a manutenção do idoso no seu próprio domicílio ou casas asilares (centros de convivência). Isso vem gerando um mercado de trabalho novo e diferenciado, pois oferece um serviço com qualidade.

- Copa, cozinha, lavanderia, lactário e limpeza. O curso atenderá à Resolução Estadual de Liberação de Licença Sanitária dos Estabelecimentos Hospitalares, nº 742/97, e a Portaria Estadual de Controle de Infecção, nº 2616/98, que preconiza que todos os funcionários sejam capacitados, inclusive o serviço nutricional (copa, cozinha e lactário), assim como o pessoal de processamento de roupa (lavanderia),

limpeza e zeladoria. Esse curso contribuirá para a liberação da licença sanitária dos estabelecimentos de saúde.

- Agente Comunitário de Saúde. Visa atender ao Programa Saúde da Família (PSF), incrementando a assistência, a promoção e a prevenção à saúde em domicílios. É necessário capacitar recursos humanos para que atendam aos princípios do PSF, uma vez que esse programa está presente na maior parte dos municípios paranaenses.

- Agente Indígena de Saúde. Esse curso objetiva adaptar o modelo de Agente Comunitário de Saúde às realidades da Saúde Indígena, sempre levando em conta as características culturais e antropológicas.

- Amigos da Vida. Tem como objetivo treinar pessoas da comunidade para que saibam os procedimentos básicos em casos de urgência e emergência, principalmente pessoas que trabalham em locais de grande aglomeração (*shoppings* e supermercados). O curso se fundamenta no princípio de que os primeiros minutos de uma urgência e emergência são os momentos mais críticos para que se possa reverter o quadro agudo instalado no paciente.

Quanto à expansão, ela está prevista nos próximos cinco anos, uma vez que existe grande demanda em todos os municípios do estado do Paraná. Essa expansão pretende atender também a área de Oncologia. Em nosso estado, a Política Pública de Saúde relativa a essa área tem como meta a prevenção, mediante exames citológicos (biodiagnóstico), e a cura por meio de procedimentos radiológicos. Portanto, é necessário que recursos humanos de nível médio sejam incorporados a esse serviço, atuando junto a bioquímicos e médicos. Outra área é a Administração com ênfase nos equipamentos de saúde. Existe uma carência expressiva de trabalhadores com essa formação específica, tanto nessa área como na área de manutenção de equipamentos hospitalares.

Finalmente, será implantada a qualificação de Cuidador de Crianças, em que se enfatizará o cuidado a crianças com idade de zero a 4 anos. Essa qualificação atenderá funcionários que trabalham em creches, sendo que o conteúdo programático será centralizado nas questões da saúde da primeira infância.

Portanto, os cursos a serem implantados, em 2003, pelo Centro Formador nas áreas Bodiagnóstico, Administração e Infância, são: Técnico em Citologia; Técnico em Radiologia; área de Administração (ênfase em manutenção de equipamentos); Cuidador de Crianças.

*F* – O que a Escola tem que a diferencia de outro aparelho formador? Quais são os pontos de diferença?

*MP* – A Escola possui natureza pública e está inserida na Secretaria Estadual de Saúde, portanto, garante principalmente a conexão entre as Políticas Públicas de Saúde e o ensino disponibilizado para a sua clientela, sem ônus para os alunos. No panorama estadual, é a única que tem característica de descentralizar turmas para os municípios com viabilidade técnica para a execução (existência de docentes profissionais da área, campo de estágio, sala de aula, sala de práticas). A descentralização não implica em nova sede ou sucursal, isto garante, ao final da demanda atendida, a extinção do processo. A metodologia é o outro diferencial, pois associa ensino e serviço, utiliza docentes do serviço oferecendo a estes Capacitação Pedagógica e Técnica antes e durante a execução da descentralização curricular, destaca-se pelas Políticas Públicas de Saúde, Educação e Trabalho, assim como respeita as características regionais de cada local onde exista a descentralização curricular, uma vez que o estado do Paraná possui muitas peculiaridades de município para município.

Outro diferencial é a participação direta da Escola na Rede de Escolas Técnicas do SUS. A expectativa é que compartilhem as informações e

conhecimentos por meio da busca conjunta de soluções aos problemas inerentes a todos os outros Centros Formadores e Escolas, assim como definição de novas estratégias para atender novas demandas, contribuindo para construir a política nacional de formação profissional de nível básico, técnico e pós-técnico. Também existe uma aproximação com outras esferas administrativas como: Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, Bipartite e Conselho Estadual do Trabalho (CET).

*F* – O método pedagógico produz um diferencial no ensino em saúde no Estado do Paraná?

*MP* – Sim, pois o CFRH organiza o seu trabalho de forma descentralizada, considerando que a educação pode ocorrer nos mais diversos espaços e situações sociais, representando um processo contínuo de aprendizagem, sempre buscando produzir conhecimentos relevantes capazes de formar profissionais adequados às necessidades sociais, aptos a prestar serviços de qualidade à população. Esse conhecimento tem sido construído a partir de pedagogias inovadoras, sempre considerando a realidade dos serviços de saúde e do educando, articulando teoria e prática, na interdisciplinaridade e na participação ativa do aluno que é o sujeito do processo de ensino-aprendizagem.

A metodologia busca uma interação efetiva entre o ensino e a prática profissional. A integração ensino, trabalho e comunidade implica em uma imediata contribuição para essa comunidade, a integração entre o professor e o aluno na investigação e na busca de esclarecimentos e propostas, bem como adaptação a cada realidade local e aos padrões culturais próprios de uma determinada estrutura social. Essas características fazem do Centro Formador de Recursos Humanos uma



“escola-função” – ela vai aonde o aluno está. Sua sede administrativa está localizada em Curitiba, mas suas salas de aula estão distribuídas por todo o estado do Paraná. Atingindo potencialmente 100% dos municípios do estado onde houver demanda acompanhada de viabilidade técnica e pedagógica, uma sala de aula é instalada sempre em parceria com a comunidade e atores sociais. Essa sala vai permanecer o tempo necessário e determinado até atender à demanda. Para cada turma descentralizada, existe um coordenador técnico e um coordenador administrativo local e responsável pela operacionalização do curso, que está sob a supervisão direta de um profissional técnico da área específica: o coordenador pedagógico do Centro Formador.

*F* – Qual é o impacto produzido pela implantação do PROF AE na Escola e quais são as possibilidades e perspectivas trazidas pelo Projeto?

*MP* – O PROF AE veio para Escola num momento ímpar, quando esta vinha construindo a visibilidade perante o Sistema de Saúde, a sociedade científica e a sociedade civil. Ela abriu um leque de oportunidades nunca antes visto. Essa Escola atingiu metas ousadas com o Projeto. Hoje, ela está com um quantitativo de cerca de 800 docentes para o desenvolvimento de 115 turmas descentralizadas, com 115 coordenadores técnicos e 115 coordenadores administrativos para atender o Projeto em nível local. O Projeto atende até o momento 5.400 alunos, implicando na geração de trabalho e renda para estas pessoas, no impacto na qualidade do serviço prestado, assim como, na manutenção do emprego para aqueles que estavam sob o risco de perdê-lo.

Quanto às possibilidades trazidas pelo Projeto, assim como nas perspectivas, percebe-se que o PROF AE não se esgota por si mesmo, ele mostra o caminho para a sustentabilidade das Políticas Públicas de Saúde nas questões que se referem a Recursos Humanos para o nível

básico, técnico e pós-técnico. Em outras palavras, é necessário que venhamos a buscar a ampliação do leque de possibilidades formativa de outras áreas da Saúde. Isso demonstra que existe um universo a ser coberto e que o PROF AE indica as Escolas Técnicas do SUS que desenvolvam a sua missão em toda a sua plenitude.

*F* – Em termos políticos, como se articulam as Escolas e as Políticas de Recursos Humanos desenvolvidas pela Secretaria de Estado de Saúde?

*MP* – O modelo principal consiste na articulação por meio de Oficinas de Trabalho entre vários atores da Administração Pública Estadual, dentre eles: a diretoria de recursos humanos; as Regionais de Saúde, as Secretarias Municipais de Saúde; os Conselhos Municipais de Saúde, os Conselhos Municipais do Trabalho; o Conselho Estadual do Trabalho; o Conselho Estadual de Educação (CEE); a Secretaria de Estado da Educação; a Coordenação de Educação Profissional da Secretaria Estadual de Emprego e Relações do Trabalho (SEED/SERT). Nessas oficinas buscam-se a integração e a sensibilização para desenvolvimento dos cursos e de suas turmas descentralizadas, em que são apresentados os projetos, a metodologia, a forma de execução curricular, as atribuições dos coordenadores técnicos e administrativos, as atribuições das Secretarias Municipais de Saúde, o papel dos coordenadores pedagógicos estaduais, a função das Regionais de Saúde. Ainda nessas oficinas são selados os compromissos das partes para que os resultados possam ser atingidos.

Importante são as oficinas internas em que o Centro Formador participa juntamente com vários setores de serviços da SESA para nortear as ações de ensino voltadas às necessidades do público-alvo. Como exemplo, temos a última estratégia desenvolvida por este Centro Formador que é o “Projeto Amigos da Vida”, citado anteriormente, o que resultou de participação colaborativa de muitos segmentos da Secretaria de Estado da Saúde.