

Ministério da Saúde
Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

Cadernos

RH

saúde

Brasília, Março de 2006

V. 3, N. 1



Ministério da Saúde
Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

**3ª CONFERÊNCIA NACIONAL
DE GESTÃO DO TRABALHO
E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE**

© 1993 Ministério da Saúde.

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é de responsabilidade da área técnica.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada na íntegra na Biblioteca Virtual do Ministério da Saúde: <http://www.saude.gov.br/bvs>

Tiragem: 5.000 exemplares

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

Esplanada dos Ministérios, Edifício Sede, Bloco G, 7º andar, sala 705

CEP: 70.058-900 – Brasília, DF

Tels.: (61) 3315 2224

Faxes: (61) 3226 0067

E-mails: sgtes@saude.gov.br

Home pages: www.saude.gov.br/sgtes

Organizadores:

Francisco Eduardo Campos

Maria Helena Machado

Célia Regina Pierantoni

Equipe técnica:

Antônio Sérgio de Freitas Ferreira

Eliane dos Santos de Oliveira

Luzia Cláudia Dias Couto

Criação e editoração eletrônica:

Dino Vinícius Ferreira Araujo

Impresso no Brasil / *Printed in Brazil*

Ficha Catalográfica

Cadernos RH Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. – Vol.

3, n. 1 (mar. 2006) -. Brasília : Ministério da Saúde, 2006 -

188 p.: v.

Início: 1993.

Interrompida, 1995-2005.

ISSN 0104-4117

1. Recursos Humanos em Saúde. 2. Sistema de Saúde. 3. Serviços de Saúde. 4. Conferências de Saúde (SUS). I. Ministério da Saúde. *Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação.*

NLM W 76

Catálogo na fonte – Editora MS – 2006/0374

Títulos para indexação:

Em inglês: RH Health Handbooks

Em espanhol: Cuaderno RH Salud

Sumário

Introdução	9
<i>Francisco Educarado de Campos</i>	
<i>Célia Regina Pierantoni</i>	
<i>Maria Helena Machado</i>	
Trabalhadores de Saúde e sua trajetória na Reforma Sanitária	13
<i>Maria Helena Machado</i>	
Recursos Humanos e Gestão do Trabalho em Saúde: teoria para à prática	29
<i>Célia Regina Pierantoni</i>	
<i>Thereza Christina Varella</i>	
<i>Tânia França</i>	
Os Desafios atuais para a Educação Permanente no SUS	41
<i>Francisco Eduardo de Campos</i>	
<i>Célia Regina Pierantoni</i>	
<i>Ana Luiza d'Ávila Viana</i>	
<i>Regina Martha Barbosa Faria</i>	
<i>Ana Estela Haddad</i>	
Políticas de Formação de Pessoal para o SUS: reflexões fragmentadas	55
<i>Gastão Wagner de Sousa Campos</i>	
As Escolas Técnicas do SUS: uma abordagem histórica	61
<i>Ena de Araújo Galvão</i>	
<i>Francisco Eduardo de Campos</i>	
<i>Célia Regina Pierantoni</i>	
<i>Euzi Adriana Bonifácio Rodrigues</i>	
<i>Mônica Diniz Durães</i>	
Avaliação Formativa aplicada à Certificação Profissional: uma proposta em construção	85
<i>Cláudia Maria da Silva Marques</i>	
<i>Ena de Araújo Galvão</i>	
<i>Izabel dos Santos</i>	
<i>Marta Pazos Peralba Coelho</i>	
A Formação Médica: capacidade regulatória de estados nacionais e demanda dos Sistemas de Saúde	91
<i>Célia Regina Pierantoni</i>	
<i>Thereza Christina Varella</i>	
<i>Tania França</i>	
A Expansão da Atenção Básica nas grandes cidades e a Especialização em Saúde da Família como estratégia para sua viabilidade	103
<i>Francisco Eduardo de Campos</i>	
<i>Raphael Augusto Teixeira de Aguiar</i>	

Residência multiprofissional em Saúde da Família: uma conquista do	
Movimento Sanitário	109
<i>Marco Aurélio Da Ros</i>	
<i>Célia Regina Pierantoni</i>	
<i>Ana Estela Haddad</i>	
<i>Carla Ribeiro</i>	
<i>Denise Osório Severo</i>	
<i>Thaís Titon de Souza</i>	
Gestão do Trabalho no SUS	119
<i>Eluiza Helena Leite Arias</i>	
<i>Henrique Antunes Vitalino</i>	
<i>Maria Helena Machado</i>	
<i>Wilson Aguiar Filho</i>	
<i>Lucineide Alessandra Miranda da Cruz</i>	
Gestão do Trabalho em Saúde na Amazônia Legal	125
<i>Mariângela de Almeida Mota</i>	
<i>Eliane dos Santos de Oliveira</i>	
<i>Maria Helena Machado</i>	
<i>Zaira Geribello de Arruda Botelho</i>	
<i>Maria Fernanda Monzo Luporini</i>	
Regulação do Trabalho em Saúde	135
<i>Maria Teresa de Almeida Mota Soares</i>	
<i>Maria Helena Machado</i>	
<i>Hilbert David de Oliveira Sousa</i>	
<i>Wilson Aguiar Filho</i>	
<i>Mariângela de Almeida Mota</i>	
<i>Aida El-Khoury de Paula</i>	
A Mesa de Negociação como Instrumento para a Gestão do Trabalho no SUS.....	141
<i>Maria Helena Machado</i>	
<i>Wilson Aguiar Filho</i>	
<i>Fábio Xavier Zamberlan</i>	
<i>Sergio Barroso Ribeiro</i>	
<i>Eliana Pontes de Mendonça</i>	
Situação dos planos de carreiras das secretarias estaduais e municipais de saúde	149
<i>Eluiza Helena Leite Arias</i>	
<i>Maria Helena Machado</i>	
<i>Deise Rezende Sanches</i>	
<i>João Tomascheski</i>	
<i>Jesulina Regis dos Santos</i>	
Para subsidiar a discussão sobre a desprecarização do trabalho no SUS.....	163
<i>Lídice Maria Araújo</i>	
<i>Maria Helena Machado</i>	
<i>Henrique Antunes Vitalino</i>	
<i>Jorge Paiva</i>	
<i>Daniela Cervo de Toloza</i>	
Estudo sobre formas contratuais dos agentes comunitários de saúde (ACS): modalidades e alternativas de contratação	174
<i>Célia Regina Pierantoni</i>	
<i>Silvia Marta Porto</i>	

Sobre os autores

Aïda El-Khoury de Paula (aida.paula@saude.gov.br)

Enfermeira, consultora técnica do Departamento de Gestão da Regulação e do Trabalho em Saúde, e da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) do Ministério da Saúde.

Ana Luiza d'Ávila Viana (anaviana@usp.br)

Economista, professora adjunta do Departamento de Medicina Preventiva da Universidade de São Paulo (USP).

Ana Estela Haddad (aehaddad@usp.br)

Cirurgiã-dentista, professora Doutora de Odontopediatria da Universidade de São Paulo (USP), coordenadora-geral de Ações Estratégicas de Educação na Saúde, da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) do Ministério da Saúde.

Carla Ribeiro (carrib74@hotmail.com)

Psicóloga, professora de graduação em psicologia da Fundação Educacional Hansa Hammonia (FEHH).

Célia Regina Pierantoni (pierantoni@ims.uerj.br)

Médica, professora adjunta e pesquisadora do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Diretora do Departamento de Gestão da Educação na Saúde, da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) do Ministério da Saúde.

Cláudia Maria da Silva Marques (claudia.marques@saude.gov.br)

Cirurgiã-dentista, coordenadora do Sistema de Certificação de Competências do Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (Profae), assessora técnica no Departamento de Gestão da Educação na Saúde, da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) do Ministério da Saúde.

Daniela Cervo de Toloza (daniela.toloza@saude.gov.br)

Nutricionista, técnica especializada do Departamento de Gestão da Regulação e do Trabalho em Saúde, da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) do Ministério da Saúde.

Deise Rezende Sanches - deise.sanches@terra.com.br

Enfermeira da Universidade Estadual do Estado do Rio de Janeiro (UERJ).

Denise Osório Severo (deniseosorios@brturbo.com.br)

Fisioterapeuta, especializanda em Saúde Pública pela Universidade Federal de Santa Catarina.

Eliana Pontes de Mendonça (eliana.mendonca@saude.gov.br)

Secretária executiva da Mesa Nacional de Negociação Permanente do Sistema Único de Saúde da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) do Ministério da Saúde.

Eliane dos Santos de Oliveira (elianes.oliveira@saude.gov.br)

Nutricionista sanitarista, pesquisadora colaboradora da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca - Fiocruz, consultora técnica do Departamento de Gestão da Regulação e do Trabalho em Saúde, da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) do Ministério da Saúde.

Eluiza Helena Leite Arias (eluiza.arias@saude.gov.br)

Médica sanitarista, professora da Universidade Federal do Pará, consultora técnica do Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) do Ministério da Saúde.

Ena de Araújo Galvão (ena.galvao@saude.gov.br)

Pedagoga, coordenadora-geral das Ações Técnicas da Saúde do Departamento de Gestão da Educação em Saúde, da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação da Saúde do Ministério da Saúde.

Euzi Adriana Bonifácio Rodrigues (euzi.Rodrigues@saude.gov.br)

Enfermeira, consultora técnica no Departamento de Gestão da Educação na Saúde, da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) do Ministério da Saúde.

Fábio Xavier Zamberlan (fabiozamberlan2003@yahoo.com.br)

Assistente social e coordenador do Serviço Social da Secretaria Municipal de Saúde de Belford Roxo/RJ.

Francisco Eduardo de Campos (francisco.campos@saude.gov.br)

Médico, professor adjunto do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Universidade Federal de Minas Gerais, Secretário da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) do Ministério da Saúde.

Gastão Wagner de Sousa Campos (gastaowagner@mpc.com.br)

Médico, professor adjunto da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), São Paulo.

Henrique Antunes Vitalino (henrique.vitalino@saude.gov.br)

Psicólogo, coordenador geral da Gestão do Trabalho em Saúde do Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde, da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) do Ministério da Saúde.

Hilbert David de Oliveira Sousa (hilbert@saude.gov.br)

Gestor, coordenador geral de Regulação e Negociação do Trabalho em Saúde, da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) do Ministério da Saúde.

Izabel dos Santos

Enfermeira, especialista em Saúde Pública, consultora técnica do Departamento de Gestão da Educação na Saúde, da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) do Ministério da Saúde.

Jesulina Regis dos Santos (jesulinaregis@bol.com.br)

Técnica administrativa do Instituto Nacional do Seguro Social do Ministério da Previdência Social (INSS/MPS).

João Tomacheski

Sociólogo, gestor público do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (MPOG).

Jorge Paiva (jorge.paiva@saude.gov.br)

Advogado, assessor jurídico da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) do Ministério da Saúde.

Lídice Maria Araújo (lidice.araujo@saude.gov.br)

Psicóloga, técnica especializada do Departamento de Gestão da Regulação e do Trabalho em Saúde, da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) do Ministério da Saúde.

Lucineide Alessandra Miranda da Cruz (lucineide.cruz@saude.gov.br)

Economista, docente das Faculdades NDA, técnica assistente do Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde, da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) do Ministério da Saúde.

Marco Aurélio Da Ros (ros@ccs.ufsc.br)

Médico, Doutor em Educação, professor titular do Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina.

Maria Fernanda Monzo Luporini (fernanda.luporini@saude.gov.br)

Cirurgiã-dentista, técnica especializada do Departamento de Gestão da Regulação e do Trabalho em Saúde, da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) do Ministério da Saúde.

Maria Helena Machado (helena.machado@saude.gov.br)

Socióloga, pesquisadora titular da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/Fiocruz, diretora do Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde, da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) do Ministério da Saúde.

Maria Teresa de Almeida Mota Soares (maria.teresa@saude.gov.br)

Cirurgiã-dentista, técnica especializada do Departamento de Gestão da Regulação e do Trabalho em Saúde, da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) do Ministério da Saúde.

Mariângela de Almeida Mota (mariangela.mota@saude.gov.br)

Cirurgiã-dentista, técnica especializada do Departamento de Gestão da Regulação e do Trabalho em Saúde, da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) do Ministério da Saúde.

Marta Pazos Peralba Coelho (marta.peralba@saude.gov.br)

Enfermeira, consultora técnica do Departamento de Gestão da Educação na Saúde, da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) do Ministério da Saúde.

Mônica Diniz Durães (monica.durães@saude.gov.br)

Psicóloga, consultora técnica do Departamento de Gestão da Educação na Saúde, da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) do Ministério da Saúde.

Raphael Augusto Teixeira de Aguiar (raphael.aguiar@saude.gov.br)

Médico, pesquisador do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Minas Gerais, consultor técnico do Departamento de Gestão da Educação na Saúde da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) do Ministério da Saúde.

Regina Martha Barbosa Faria (refaria@uol.com.br)

Socióloga, doutoranda do Programa de Pós-Graduação do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP).

Sergio Barroso Ribeiro (sbarroso@inca.gov.br)

Economista e analista de recursos humanos do Instituto Nacional do Câncer – Rio de Janeiro.

Silvia Marta Porto (sporto@ensp.fiocruz.br)

Economista, pesquisadora titular da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – Fiocruz.

Thaís Titon de Souza (thayyts@yahoo.com.br)

Graduanda em nutrição, bolsista do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (Pibic) do Conselho Nacional Pesquisa Científico e Tecnológico (CNPq).

Tânia França (taniaf@ims.uerj.br)

Estatística, doutoranda do Programa de Saúde Coletiva do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, pesquisadora associada do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Thereza Christina Varella (varella@ims.uerj.br)

Enfermeira, doutoranda do Programa de Saúde Coletiva do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, pesquisadora associada do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Wilson Aguiar Filho (wilson.aguiar@saude.gov.br)

Enfermeiro, assessor técnico do Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde, da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) do Ministério da Saúde.

Zaira Geribello de Arruda Botelho (zaira.botelho@saude.gov.br)

Psicóloga, técnica especializada do Departamento de Gestão da Regulação e do Trabalho em Saúde, da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) do Ministério da Saúde.

Introdução

Conferências de saúde, o trabalho e o trabalhador da saúde: a expectativa do debate

Francisco Eduardo de Campos

Célia Regina Pierantoni

Maria Helena Machado

A 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada em 1986, além de ser um marco histórico para a confirmação do Sistema único de Saúde (SUS), apresentou especialmente um conjunto articulado de formulações para a área de recursos humanos em saúde. O tema, embora abordado em outras conferências (particularmente na 3ª Conferência), apresentou um espelho das transformações e crises acumuladas ao longo das diversificadas e desarticuladas políticas de saúde e educação. Mais ainda, configurava a crise econômica e social que se apoiava no setor Saúde como importante gerador de empregos. É consensado que esta Conferência fortalece dois campos importantes para a consolidação das políticas de saúde nos anos posteriores: um relacionado com a participação social e o outro com a concepção de saúde como direito civil.

Foi precedida de uma série de conferências estaduais e municipais preparatórias e representou um marco em relação às conferências anteriores: reuniu cerca de seis mil participantes, incluindo segmentos da sociedade civil, para o debate do tema “Democracia e Saúde”, alocado em três conteúdos temáticos: a saúde como direito, a reformulação do Sistema Nacional de Saúde e o financiamento do setor.

As propostas para o campo de recursos humanos incluíam uma extensa pauta de caráter reivindicatório, refletindo o contexto da época: a isonomia salarial e o plano de cargos e salários; o caráter multiprofissional da composição das equipes; e a incorporação de agentes populares de saúde remunerados e sob a coordenação do nível local do sistema de saúde, para cumprir demandas de atenção primária e educação em saúde.

Porém, outros pontos da pauta — como admissão por concurso público, estabilidade no emprego, direito à greve e sindicalização, incentivo à dedicação exclusiva, inclusão curricular de conhecimentos sobre práticas alternativas no ensino das profissões de saúde — refletiram o caráter político e pleomórfico dos debates travados. Estabeleceu um conjunto de princípios e propostas que seriam aprofundados na I Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde (CNRHS).

Essa Conferência teve como tema central a “Política de Recursos Humanos Rumo à Reforma Sanitária”. Contou com cerca de 500 participantes, entre profissionais da área de Saúde, Educação, Trabalho e Administração e usuários do setor.

É importante salientar que essas Conferências (8ª e 1ª, de Recursos Humanos) foram desencadeadas em pleno movimento da reforma do sistema de saúde brasileiro e sob a égide do último presidente eleito de forma indireta. Os debates foram marcados por uma busca de recuperação da liberdade e cidadania: a questão da saúde torna-se uma reivindicação popular. A presença maciça

de diversificados segmentos da esquerda em cargos-chave de estruturas governamentais e em organismos internacionais de cooperação (particularmente a Organização Pan-americana da Saúde - OPAS), embora em certos momentos portadores de opiniões conflitantes no encaminhamento do processo, garantiu o desenvolvimento das discussões.

Este processo também acumulava, além de profissionais estritamente ligados aos serviços de saúde, outros capturados de instituições de ensino e pesquisa da área de Saúde Pública. A política de saúde experimentava o processo de descentralização, com intensiva expansão de cobertura promovida pelas Ações Integradas de Saúde (AIS). Os movimentos de associações de moradores, associações profissionais e sindicatos estavam fortalecidos. Os partidos políticos se reestruturavam a partir das eleições municipais de 1982.

O tema foi desenvolvido em cinco partes: valorização profissional, preparação de recursos humanos, órgãos de desenvolvimento de recursos humanos para a saúde, organização dos trabalhadores de saúde e relação dos trabalhadores de saúde com usuários dos serviços.

Esta Conferência introduz algo novo nas discussões da área. Desta forma, a avaliação de desempenho e a necessidade de um novo tipo de gerência entram na pauta dos debates. Esta “nova prática gerencial” deveria estar capacitada para:

[...] zelar pela multiprofissionalidade das equipes, bem como garantir o acompanhamento da programação das ações de saúde e da destinação dos recursos financeiros dentro do plano de saúde [...]. Sua inserção organizacional deverá ser feita de forma a lhe conferir autonomia de decisão e recursos para a ação. (BRASIL, 1993, p. 158)

Outra questão debatida é a análise da situação dos órgãos de recursos humanos e sua participação efetiva na política de desenvolvimento dos trabalhadores. É apontada a alienação dessas instâncias do conjunto de ações desenvolvidas, seja nas esferas administrativas (como por exemplo processos de recrutamento, seleção e admissão, planos de cargos e salários, legislação/normatização administrativa), ou nas de formação, educação permanente e pesquisas.

Na área da formação, os problemas identificados eram os mesmos: ausência de integração ensino/serviço, alienação das escolas da área de saúde da realidade social, conflitos de interesse entre o sistema de saúde e o sistema formador. A integração ensino/serviço era reforçada a partir de experiências localizadas, geralmente atreladas a projetos de Integração Docente Assistencial-IDA, com financiamento próprio, pouca adesão do corpo docente e baixa institucionalidade. Os modelos curriculares observados na área das ciências da saúde já apresentavam uma desarticulação interna: áreas básicas e clínicas, práticas e estágios.

De outro lado, a instância “serviço” era identificada como o local da “má prática” e inadequado para o processo de formação de um bom profissional.

A formação para as categorias de nível técnico e auxiliar estava sob a égide do setor privado¹, pouco regulado pelo setor educacional e que utilizava os serviços públicos de saúde para fazer cumprir a carga horária de prática, sob a forma de estágios que, em sua maioria, não preenchiam os requisitos da legislação pertinente (como por exemplo a supervisão de ensino).

A 9ª CNS é convocada em 1992, em um contexto de agudização da crise econômica e ética. Apresenta como tema central a Municipalização². Entre seus objetivos estavam a discussão da Lei n.º 8.080/90 e da Norma Operacional Básica que viria a ser publicada em 1993 (NOB 01/93). Os temas abordados foram: sociedade, governo e saúde; seguridade social; implementação do SUS e controle social. Pouco se acrescentou ao debate travado na 8ª Conferência, e a discussão sobre desenvolvimento de recursos humanos foi abordada como parte do tema sobre implantação do

¹ A exceção localiza-se em poucas escolas técnicas de saúde vinculadas a instituições públicas, como secretarias de saúde, Ministério da Saúde e hospitais do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps).

² Esta conferência foi convocada em um período de plena vigência do SUS, já amparado em constituições estaduais e leis orgânicas municipais, na vigência do Conselho Nacional de Saúde, dos Conselhos Nacionais de Secretários Estaduais (Conass) e Municipais de Saúde (Conasems).



Sistema Único de Saúde (SUS) e em painel específico sobre o tema.

Esta conferência reafirma a necessidade de uma política de recursos humanos para o SUS, a implantação de regime jurídico único em cada esfera de governo, a definição de uma política de formação e capacitação de recursos humanos, a implementação de estímulo à interiorização de profissionais de saúde, o estabelecimento de mecanismos de avaliação contínua de desempenho dos profissionais de saúde, a garantia de equipes multiprofissionais, entre outros. Aponta para a necessidade de realização da 2ª CNRHS, para aprofundar a análise de diversos aspectos, inclusive a jornada de trabalho dos profissionais de saúde.

No campo da formação esta Conferência recomenda a imediata regulamentação do artigo 200³, entre medidas que vão desde universidade pública, gratuita e autônoma, a serviço civil obrigatório para a área da Saúde, traduzido por estágio compulsório na rede básica de serviços, e a ser incluído no currículo de formação de profissionais de saúde. No campo da gestão, entre as recomendações, reafirma a necessidade de experimentar novos modelos de gestão que contemplem as características específicas das relações de trabalho nas instituições de saúde.

Esta Conferência produziu um conjunto expressivo de textos de apoio e um diagnóstico apurado dos problemas e contradições que enfrentavam os profissionais da área, desde a formação às precárias condições de trabalho. Estes se expressariam na falta de motivação para o trabalho nas instituições públicas de saúde, traduzida como um descompromisso ético e social.

A gestão do trabalho em saúde se distingue por sua especificidade e coloca o desafio de uma mudança que incorpore qualificação, competência e responsabilização. Assim, as propostas apresentadas no relatório final concentraram-se em um conjunto vasto de indicativos para a área de formação e gestão de recursos humanos. Entre elas podemos destacar:

- integração entre instituições formadoras de recursos humanos e prestadoras de serviços de saúde, incluindo-se nesse processo os conselhos de saúde e de educação, de forma a viabilizar a efetiva participação do SUS na regulação e na ordenação dos processos de formação;
- revisão dos currículos de formação, para a construção de um modelo assistencial referenciado à epidemiologia e às ciências sociais;
- obrigatoriedade, para as instituições privadas vinculadas ao SUS, de terem um plano de qualificação profissional para os seus trabalhadores e garantia de profissionalização de trabalhadores sem qualificação específica;
- criação de estruturas de desenvolvimento de recursos humanos nas secretarias estaduais e municipais de saúde, com reordenação de papéis em cada um dos níveis, inclusive nas instâncias regionais;
- criação de um sistema de informações sobre recursos humanos, contemplando os três níveis de governo, para servir de base ao planejamento, à preparação e à gestão, no qual estejam incluídas as instituições privadas vinculadas ao SUS, como condição para manutenção desse vínculo ou para novos credenciamentos;
- criação de Câmaras Técnicas de Recursos Humanos, vinculadas aos conselhos de saúde, a exemplo do que já ocorria no Conselho Nacional de Saúde, entre outras.

É importante destacar nesse contexto a criação da Comissão Intersetorial de Recursos Humanos do Conselho Nacional de Saúde e o intenso debate promovido na década de 90, envolvendo os diferentes segmentos do controle social e dos gestores para a conformação da Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS (NOB/RH-SUS), que hoje baliza os indicativos da política de recursos humanos para o SUS.

Em texto produzido originalmente para a 2ª CNRHS, apontávamos que as mudanças curriculares ou pedagógicas introduzidas no ensino das profissões da área da Saúde mantiveram referenciais direcionados pela lógica tecnológica e de mercado induzido não somente pela vertente

³ O artigo 200, inciso III, da Constituição Federal/88, confere ao SUS a responsabilidade por “ordenar a formação de recursos humanos”.

⁴ A mídia valorizava e propagandeava as inovações tecnológicas que eram traduzidas em especializações cada vez mais segmentadas nas profissões da área da Saúde. Quem não se recorda do Programa Fantástico, de veiculação em cadeia nacional pela televisão, e a correspondente procura por métodos e procedimentos por ele alardeados?



econômica mas também amparado em um referendo social⁴. A estrutura curricular que determina o arcabouço geral da formação profissional na área da Saúde é idêntica e está baseada na dicotomia entre teoria e prática, ciclo básico e profissionalizante. O conhecimento repassado por disciplinas do ciclo básico é fornecido por departamentos cada vez mais especializados, incapazes de promover a relação entre o conhecimento recentemente adquirido e a futura prática profissional.

Mais ainda, os procedimentos pedagógicos adotados para o repasse do conhecimento estão baseados em uma atuação passiva do alunado, com grande conteúdo de carga horária teórica em detrimento de práticas demonstrativas. A automação na transmissão do conhecimento estabelecida por esta metodologia prejudica a formação do pensamento reflexivo e crítico. Desta forma, o desenvolvimento de habilidades técnicas, para um sistema de alta complexidade diagnóstica e terapêutica, se contrapõe à capacidade crítica para apreensão da realidade de saúde em uma população com diferentes perfis epidemiológicos .

Em 2000, a 11^a CNS reafirma os princípios e as diretrizes da NOB/RH e recomenda 3^a CNRH e, em 2003, a 12^a CNS, reafirma 3^a CNRH e a Política de Gestão do Trabalho e da Educação para a Saúde, com os objetivos de propor diretrizes nacionais para a implementação da Política de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, e ampliar a participação e a co-responsabilidade.

Assim, decorridos cerca de 20 anos da realização da primeira conferência, a 3^a Conferência representa uma inflexão para o campo do trabalho e do trabalhador da área da Saúde consolidando as ações da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação, criada em 2003, apontando sua centralidade para êxito da implementação da política de saúde. Mais ainda, acontece num momento em que as questões de recursos humanos ocupam a pauta como, por exemplo, a escolha temática do Dia Mundial da Saúde e do Ano Mundial da Saúde em 2006.

Esta coletânea sistematiza um conjunto de reflexões que são apresentadas para consolidar o trabalho realizado pela SGTES na implementação das políticas.

Referência Bibliográfica

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação-Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS. A questão dos recursos humanos nas Conferências Nacionais de Saúde (1941-1992). *Cadernos RH Saúde*, Brasília, ano 1, v. 1, n. 1, 1993.



Trabalhadores da Saúde e sua trajetória na Reforma Sanitária¹

Maria Helena Machado

As décadas de 80 e 90 foram repletas de inovações e transformações no sistema de saúde, configurando-se, por assim dizer, em ‘anos paradigmáticos’ para a saúde pública do Brasil. A constituição do Sistema Único de Saúde (SUS) representou para os gestores, trabalhadores e usuários do sistema uma nova forma de pensar, estruturar, desenvolver e produzir serviços e assistência em saúde, uma vez que os princípios da universalidade de acesso, da integralidade da atenção à saúde, da equidade, da participação da comunidade, da autonomia das pessoas e da descentralização tornaram a ser paradigmas do SUS. O sistema de saúde passou a ser, de fato, um sistema nacional com foco municipal, o que se denomina ‘municipalização’.

Ao longo destas duas décadas do SUS, ocorreu uma forte inversão do ‘parque sanitário brasileiro’, especialmente aquele sob o comando público: houve uma descentralização dos órgãos, hospitais, ambulatorios, leitos e empregos de saúde, que passaram a ter centralidade nos municípios. Os dados mostram, com clareza, este processo, configurando em uma transformação definitiva no sistema de saúde.

São identificados três movimentos neste processo. O primeiro é o de expansão do setor Saúde tanto no âmbito público como no privado. Ao final da década de 70, o Brasil contava com apenas 13.133 estabelecimentos de saúde. A grande expansão vai se dar nas décadas seguintes, passando para 18.489, em 1980, para 67.612, em 2002, gerando a absorção de mais de dois milhões de empregos.

O segundo movimento diz respeito ao encolhimento da rede hospitalar, configurando-se, assim, na ‘desospitalização’ do sistema, que começa a adotar a nova orientação que prioriza a assistência ambulatorial. Contudo, esta ênfase ambulatorial não significou a substituição da assistência hospitalar – ao contrário, a demanda por internações e o déficit de leitos no País é elevado. O que se constatou, na verdade, foi a ausência de política hospitalar que buscasse equacionar a necessidade sanitária, os recursos disponíveis e a otimização e racionalização das estruturas hospitalares existentes. Contrariando o processo em curso, de expansão do SUS, o volume de leitos a partir de 1976 – que era da ordem de 443.888 unidades – passa a ter um crescimento mais lento nas décadas seguintes, chegando a 2002 com um aumento para apenas 471.171 leitos.

O terceiro movimento refere-se à expansão, sem precedentes, de empregos de saúde na esfera municipal, invertendo definitivamente a vocação da assistência no País. Em 1976, o setor público municipal contava com apenas 25.854 empregos; o setor público federal, com 98.528; e o estadual, com 60.094. Em 1992, o setor público estadual passou a ser responsável por 315.328 empregos e o municipal por 306.505 empregos. A grande mudança vai se dar na década de 1990, quando o setor público municipal passa a ter liderança dos empregos, totalizando quase 800 mil em 2002. Já o volume dos empregos federais, além de não apresentar crescimento nestas últimas décadas, perdeu capacidade de absorção de mão-de-obra, decaindo de 98.528 empregos, em 1976, para 96.064, em 2002, conforme dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Em outras palavras, o crescimento da oferta de empregos no setor público, nestas três décadas, se deu a partir da expansão do ‘parque sanitário municipal’. Em 1976, representava 11% do total de

¹ Trabalho publicado In: Lima, Nísia Trindade (org.) Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS, Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2005. p. 257-284.

empregos públicos do SUS e, em 2002, aumentou para 65%. Pode-se dizer que o setor federal, que sempre teve hegemonia na prestação e na assistência à população, passa em apenas duas décadas a ser o ‘lanterna’ no *ranking* da assistência, invertendo posição com o setor municipal.

A isso se denomina ‘processo de municipalização na saúde’. O foco passou a ser o município, que, além de precisar ampliar sua rede de atendimento, teve de buscar se adequar à nova realidade: ser o maior empregador em Saúde do País. É sobre este tema e sua evolução no contexto da reforma sanitária que trata este artigo, ou seja, os recursos humanos no contexto da Reforma Sanitária.

Contextualizando recursos humanos

A área de Recursos Humanos (RH) como campo de estudos e pesquisas data das últimas décadas do século XX, com ênfase após a década de 70. Os primórdios desses estudos e pesquisas são creditados especialmente aos professores e pesquisadores da Escola Nacional de Saúde Pública (Ensp) e da Universidade de São Paulo (USP): Elza Paim, Mário Sayeg, Maria Cecília Donnangelo e Ricardo Bruno. Recente publicação em homenagem a Cecília Donnangelo confirma que:

Nos estudos relativos à Medicina e à Saúde no Brasil, deparamos com um conjunto de produções que, sem se chamar ‘recursos humanos’, permitiram, a partir das ações impetradas nos anos de 1970, que se encontrassem soluções teóricas capazes de recompor os recursos humanos, entendidos como parte integrante de totalidades mais amplas. Estas investigações podem ser agrupadas sob a designação de ‘organização social das práticas em saúde’ e, se não apresentavam resultados imediatamente aplicáveis às políticas no campo, estiveram, no entanto, por trás de quase todas as explicações alcançadas em investigações mais concretas (MOTA, 2004, p. 41).

Na mesma linha de raciocínio, Machado (1997, p. 99) mostra que:

estudos desenvolvidos por Sayeg, Paim, Nogueira, Médici, Machado e Girardi, especialmente na década de 80, utilizando as bases de dados do IBGE, desvendaram as tendências macro desse mercado, como o assalariamento, o prolongamento da jornada de trabalho, o multiemprego, a feminilização, entre outras. Já as pesquisas realizadas por Donnangelo² nos anos 70, em São Paulo, e, posteriormente, por Machado na década de 80, em Belo Horizonte, possibilitaram um enfoque mais específico, demonstrando as múltiplas formas de inserções e já assinalando a atuação das empresas de medicina de grupos.

Já na década de 90, surgem estudos sobre mercado de trabalho, com ênfase em análises sociológicas, dedicados a temas que até então não eram priorizados, como por exemplo:

[...]além dos inúmeros trabalhos de Machado, diversos trabalhos foram realizados nesta perspectiva analítica: Santos Neto (1993), sobre o processo de profissionalização dos médicos pernambucanos; Santos (1993), sobre os farmacêuticos; Schraiber (1993); Rego (1994), sobre formação profissional e autonomia médica; Pereira Neto (1997)³, sobre o movimento médico numa perspectiva histórica, entre outros (MACHADO, 1997, p. 100).

² Para mais críticas ver as obras de Donnangelo, Maria Cecília F.:1) Medicina e Sociedade. O Médico e seu Mercado de Trabalho. São Paulo, Pioneira, 1975. 2) Maria Cecília F. & Pereira, Luiz. Saúde e Sociedade. São Paulo, Duas Cidades, 1976. 3) Donnangelo, Maria Cecília (coord.). F. Condições do Exercício da Medicina na Área Metropolitana de São Paulo, Relatório de Pesquisa, São Paulo, 1980.

³ Para mais críticas, ver as obras de: Rego, Sérgio. “A Prática na Formação Médica: o Estágio Extracurricular em Questão”. Tese de Mestrado. Rio de Janeiro, Centro Biomédico/IMS, 1994. Pereira Neto, André de Faria. A História da Profissão Médica. O Ponto de Vista de Paul Starr. Série Estudos em Saúde Coletiva, n. 101, Rio de Janeiro, UERJ/IMS, 1994. Santos Neto, Pedro Miguel dos. “O Processo de Profissionalização Médica em Pernambuco: um Estudo sobre a Categoria Médica Pernambucana, sua Organização, seus Interesses.” Tese de Mestrado. Rio de Janeiro, Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz, 1993. Schraiber, Lília Blima. O Médico e seu Trabalho. Limites da Liberdade. São Paulo, Editora Hucitec, 1993. Santos, Maria Ruth dos. “Do Boticário ao Bioquímico: as Transformações Ocorridas com a Profissão Farmacêutica no Brasil.” Tese de Mestrado. Rio de Janeiro, Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz, 1993.



Surgem também neste período, ou um pouco mais adiante, estudos sobre os aspectos formativos e educativos destes profissionais, abrangendo não só os médicos e enfermeiros como também aqueles profissionais de nível médio e elementar. Destacam-se os trabalhos de Souza Campos, Paim, Texeira, Pierantoni, Ceccim, Feuerwerker, Almeida, Santana, Buss, Matos Nunes, entre outros pesquisadores que deram sua contribuição na construção de uma produção científica na área.

Mais recentemente, no final da década de 90, novas pesquisas sobre mercado de trabalho passam a ser realizadas buscando entender as diversas formas de inserção do profissional no mundo do trabalho, em uma perspectiva de traçar ‘perfis profissionais’. A pesquisa ‘Perfil dos médicos no Brasil’ representa o primeiro esforço, a partir de um trabalho de campo, para compreender a situação desse contingente profissional.⁴ Surgem, ainda, outros estudos que apontam para a necessidade de investigar o processo de trabalho em equipes, a participação feminina no setor Saúde, a gestão do trabalho como categoria chave de análise, formação e mercado de trabalho e até mesmo estudos historiográficos que passam a figurar como agenda importante de investigação e análises de RH como, por exemplo, os estudos de Pereira Neto.

Enfim, pesquisadores identificados, já configurados como ‘pesquisadores de RH’:

[...] produziram a partir de então estudos sobre o mundo do trabalho, dentro de diversas vertentes como a produtividade, a relação entre custos e benefícios, a caracterização da distribuição de profissionais no mercado de trabalho e a insuficiência de materiais ou instalações como responsáveis pela baixa qualidade assistencial. A concepção de recursos humanos como força e agente de trabalho acabou ultrapassando seu viés aparentemente profissional e abrindo espaço para uma compreensão mais ampla na produção da prática como um trabalho social, lançando definitivamente a noção de trabalhadores da Saúde, como categoria de análise e interpretação teórica (MOTA, 2004, p. 41).

Na opinião de Girardi (1991, p. 37-38), também pesquisador da área:

[...] este fenómeno de la generalización del uso y de la expansión semántica del término, acarrea una serie de implicaciones. Dentro de ellas, el surgimiento de estudios de la Fuerza del Trabajo em Salud (FTS). Pero, fundamentalmente, lo que este fenómeno significa de nuevo, para el conjunto de personas que de algún modo ‘trabajan’ como fuerza de trabajo (sea desde una perspectiva más académica o desde una más técnica), es la necesidad de interacción constante. Interacción entre disciplinas, proyectos, organismos y departamentos técnicos etc. Y, esto em doble sentido: primero, por la necesidad de una homogeneización conceptual y taxonómica básica y, en segundo lugar, por el enriquecimiento de los enfoques peculiares a cada disciplina (por tanto, por la posibilidad de más explicaciones para las observaciones) que esta interacción encierra.

Da mesma forma, no cotidiano da prestação de serviços de saúde, dada a natureza do trabalho e a complexidade dos atos profissionais que envolvem a atividade, o binômio ‘conhecimento técnico atualizado e profissional qualificado para aplicá-lo’ assume dimensão estratégica. É por essa razão que, a cada nova tecnologia, a cada novo conhecimento registrado nas ciências da Saúde, são gerados inúmeros empregos, novas profissões, novas ocupações e novas especialidades. As ocupações e profissões que passam a compor as equipes de saúde são, progressivamente, ampliadas. A Saúde é um campo inesgotável de conhecimento e de prática profissional. Tornam-se cada vez mais inconcebíveis equipes de saúde sem a inclusão de novos profissionais, tais como, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, psicólogos, nutricionistas e técnicos nas diversas áreas da Saúde. A Saúde também incorpora novas áreas do conhecimento, requisitando, freqüentemente, a presença na sua equipe de trabalho de profissionais de áreas até então inimagináveis na Saúde, como, por exemplo, a Engenharia, o Serviço Social, a Economia, a Sociologia, a Arquitetura e a Pedagogia.

⁴ Ver: Machado, Maria Helena (coord.) Os médicos no Brasil: um retrato da realidade, Ed. Fiocruz, Rio de Janeiro, 1997.



A política de RH no contexto da Reforma Sanitária

Paralelamente ao processo de municipalização do sistema de saúde, o Brasil experimentou um crescimento de municípios sem precedentes. Contudo, há que se destacar que no final da década de 50, o País já contava com 2.763 municípios, registrando até 1964 um espetacular aumento de mais de mil municípios, passando a contabilizar 4.114.

No entanto, é fundamental notar que, após o golpe militar de 1964 e durante todo o regime militar, este crescimento não só estagnou como reduziu-se o número de municípios, mantendo-se assim até final da década de 80, quando então ocorreu a segunda grande expansão municipalista, com mais de 1.500 novos municípios – ou seja, de 3.974 municípios no início da década de 80 (já registrando, em 1988, 4.180 municípios), o País passa a ter, em 2004, 5.562 municípios (Quadro 1).

Resumindo, em 50 anos, o Brasil dobra o número de municípios, fato este que não deve ser visto como positivo simplesmente, uma vez que a realidade municipal apresentada não parece alentadora.

Quadro 1 - Evolução dos municípios do Brasil

Ano	Número	Ano	Número
1957	2.468	1981	3.974
1958	2.631	1982	4.016
1959	2.763	1983	4.103
1960	2.865	1984	4.090
1961	2.910	1985	4.108
1962	3.554	1986	4.176
1963	4.235	1987	4.180
1964	4.114	1988	4.180
1965	3.957	1989	4.428
1966	3.965	1990	4.491
1967	3.940	1991	4.491
1968	3.951	1992	4.491
1969	3.951	1993	4.491
1970	3.951	1994	4.974
1971	3.951	1995	4.974
1972	3.951	1996	4.974
1973	3.951	1997	5.507
1974	3.951	1998	5.507
1975	3.951	1999	5.507
1976	3.974	2000	5.561
1977	3.974	2001	5.561
1978	3.974	2002	5.561
1979	3.974	2003	5.561
1980	3.974	2004	5.562

Fonte: Anuários Estatísticos do IBGE

Ao mesmo tempo em que se assiste a este processo de municipalização, ocorre um vigoroso movimento de urbanização, ou seja, a população brasileira tornou-se mais urbana nestas últimas décadas. Em termos práticos, a autonomia do município significa que o governo municipal não está subordinado a qualquer autoridade estadual ou federal no desempenho de suas atribuições exclusivas e que as leis municipais, sobre qualquer assunto de competência expressa e exclusiva do município, prevalecem sobre a estadual e a federal, inclusive sobre a Constituição Estadual em caso de conflito, como tem sido da tradição brasileira.

Em matéria de receita municipal, a Constituição transferiu para o município o imposto sobre a transmissão de bens imóveis por ato praticado *inter vivos*, antes de competência estadual; manteve na sua esfera o imposto predial e territorial urbano e o sobre serviços de qualquer natureza, exceto transportes intermunicipal e interestadual e de comunicações, e a capacidade de cobrar imposto



sobre a venda de combustíveis líquidos e gasosos, exceto o óleo *diesel*, posteriormente eliminado de forma gradual pela Emenda Constitucional n.º 3, de 17 de março de 1993. Foi mantida a participação do município em 25% do produto da arrecadação do imposto sobre circulação de mercadorias e serviços e em 50% do imposto sobre a propriedade de veículos automotores, ambos arrecadados pelos estados. A Tabela 1 aponta para a análise de três fenômenos importantes.⁵

O primeiro refere-se à concentração de mais de 90% de municípios com população de até 50 mil habitantes, reforçando a hipótese de que não houve um crescimento sustentável, mas uma proliferação de municípios – quase metade dos municípios brasileiros (48,4%) tem menos de dez mil habitantes.

O segundo fenômeno é o da concentração populacional, uma vez que em 4,1% dos municípios (com mais de cem mil habitantes) concentram-se mais de 50% da população do País, ao passo que a metade dos municípios responde por pouco mais de 8% da população total brasileira.

O terceiro, bastante claro no Gráfico 1, diz respeito à correlação quantitativa de municípios, população e empregos. Enquanto 4% dos municípios detêm 65,7% dos empregos em saúde, o que equivale a mais de 1,4 milhões dos dois milhões de empregos existentes no setor, 73,8% dos municípios são responsáveis por somente 13,5% da parcela dos empregos de saúde do País, sejam eles de nível superior, médio ou elementar, atuando na rede ambulatorial ou hospitalar.

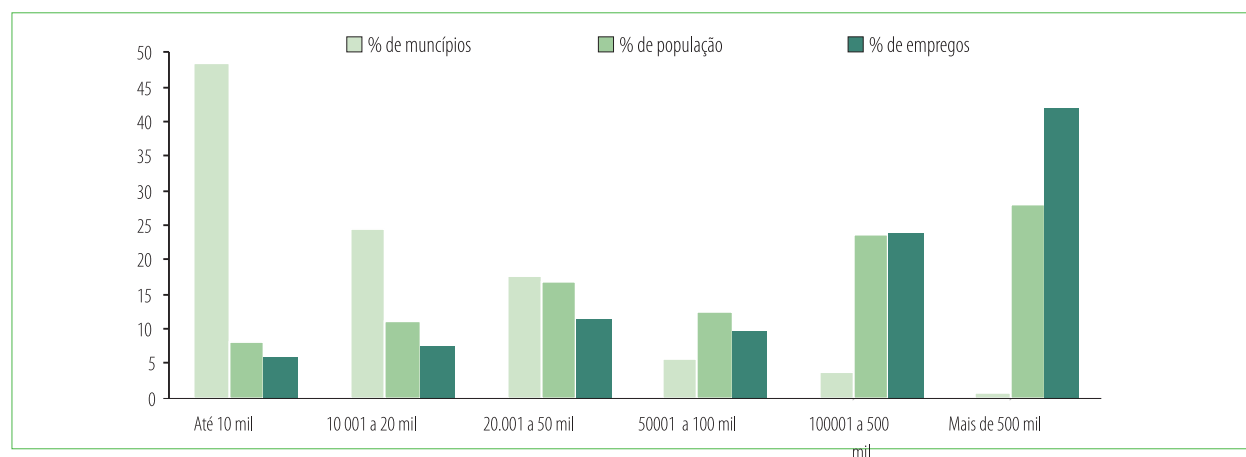
Esses três fenômenos analisados conjuntamente levam a crer que a criação de novos municípios nas décadas de 80 e 90 não foi acompanhada de um desenvolvimento sustentável econômico e social. Esses fatos e dados, como veremos, possuem grande relevância no sistema de saúde, uma vez que, segundo a Constituição, saúde é um direito de todos (da população) e um dever do Estado. A universalidade com equidade de direitos e oportunidades de assistência são alguns dos princípios fundamentais que regem o SUS.

Tabela 1 - Municípios, população e empregos - Brasil, 2002

Brasil	Total Municípios	% Municípios	Total população	% População	Total empregos	% empregos
Total	5.561	100,0	174.632.932	100,0	2.180.598	100,0
Até 10.000 hab.	2.690	48,4	14.014.928	8,0	128.656	5,9
10.001-20.000 hab.	1.384	24,9	19.654.828	11,2	165.725	7,6
20.001-50.000 hab.	963	17,3	29.434.636	16,9	244.227	11,2
50.001-100.000 hab.	299	5,4	21.778.833	12,5	209.337	9,6
100.001-500.000 hab.	194	3,5	40.960.344	23,5	518.982	23,8
Mais de 500.000 hab.	31	0,5	48.789.363	27,9	913.671	41,9

Fontes: IBGE, Estimativas do Censo Demográfico/Indicadores Sociais Municipais-2002 e AMS- 2002

Gráfico 1: Municípios, população e empregos – Brasil, 2002.



Fontes: IBGE, Estimativas do Censo Demográfico, Indicadores Sociais Municipais – 2002 e AMS – 2002.

Que explicação se tem para tal expansão de municípios sem a devida adequação de sua infraestrutura às necessidades da população, agora sob sua inteira responsabilidade? Segundo Gerschman (2000, p. 150), “o movimento municipalista teve como princípio a autonomia municipal. Na prática, isto significou, em todo o País, a divisão dos municípios existentes e a formação de novos municípios, que produziram uma alteração do desenho político-administrativo do território nacional”. Para a autora:

[...] na época, o processo de descentralização e municipalização da política era visto como alternativa às políticas de cunho centralizador e autoritário, como uma maneira de democratização do poder, já que seria no nível local onde os interesses poderiam ser ouvidos e debatidos: nada melhor para efetivação deste tipo de processo do que a proximidade geográfica entre os implementadores de política e a população que o espaço municipal oferece (Gerschman, 2000, p. 150-151).

No entanto, é possível concordar com Gerschman quando conclui que:

[...] de fato, o municipalismo brasileiro nasceu sob o signo da dependência do Estado federal e, neste sentido, pouco tempo foi necessário para se descobrir a falência dos novos municípios que, sem a ajuda da federação, não tinham possibilidade de executar a política municipal. A descentralização da política de saúde teve de lidar com a desigualdade existente entre os municípios da Federação, o que levou o processo de regulamentação do setor por meio das normas operacionais básicas a ter difícil acolhida por parte do complexo panorama municipal. Estavam sempre em jogo as contrapartidas financeiras do SUS, como um elemento de forte resistência e pressão para que a maioria dos municípios não se habilitasse a efetivar o processo de municipalização da saúde (Gerschman, 2000, p. 152).

E como já foi afirmado:

[...] as disparidades socioeconômicas entre os estados e regiões são enormes: os indicadores de renda por habitante, esperança de vida, educação, alimentação, acesso aos serviços de saúde, e de condições de vida e de trabalho da população do Sudeste são encontrados nos países desenvolvidos, enquanto os do Nordeste são do de um país subdesenvolvido (Gerschman, 2000, p. 152).

Momento atual e desafios

O setor Saúde, como já foi salientado por vários estudiosos da área, é de grande importância não só pela natureza dos serviços prestados, como – e principalmente – pelo volume de empregos que são gerados diretamente. Para Machado et al (1992, p. 10):

[...] os últimos cinquenta anos marcam uma fase de grande crescimento dos serviços de saúde, a nível mundial. As políticas de welfare-state nos países centrais, a criação de organismos internacionais como a Organização Mundial da Saúde e suas filiais continentais, como a Organização Pan-Americana da Saúde, têm contribuído fortemente no sentido de homogeneizar sistemas de saúde em diversos países e, particularmente, criar diretivas de distribuição, formação e composição interna das equipes profissionais de saúde.

Segundo os autores, este crescimento do mercado de trabalho organizado e institucional em saúde corresponde ao progressivo desaparecimento do mercado espontâneo ou informal dos serviços



de saúde. Na medida em que os sistemas estatísticos permitem medir o crescimento de categorias profissionais codificadas e conceituadas internacionalmente, é possível saber o número de médicos, auxiliares de saúde e outros profissionais que tem crescido, ao mesmo tempo em que é impossível conhecer o número de curandeiros, práticos de farmacopéia popular ou parteiras familiares que desaparecem com esse movimento de formalização e institucionalização do mercado de trabalho em saúde.

O setor Saúde no Brasil pode ser considerado um dos maiores do mundo e corresponde à estratégia de ser um sistema de saúde que atua em mais de cinco mil municípios, distribuídos nos seus estados e regiões. Com quase setenta mil estabelecimentos de saúde (públicos e privados) e cerca de 500 mil leitos hospitalares, este setor gera na ordem de dois milhões de empregos diretos em saúde (Tabela 2).

Da mesma forma, em plena era tecnológica, que se caracteriza pela redução do uso de mão-de-obra intensiva, o setor Saúde é um dos maiores geradores de empregos da economia, configurando-se de grande relevância social não só pelos serviços prestados à população como pela sua enorme capacidade geradora de empregos (Gráfico 2). Os dados mostram que, nestas últimas décadas, a capacidade instalada do setor apresentou crescimento espetacular em todos os anos, passando de menos de 400 mil empregos na década de 1970 para mais de dois milhões na primeira década do atual século.

Estamos falando de um setor que dispõe de mais de trezentos mil médicos, uma equipe de enfermagem com mais de 800 mil profissionais (sendo cem mil enfermeiros), mais de 190 mil odontólogos, 70 mil farmacêuticos, 130 mil psicólogos e mais de 190 mil agentes comunitários de saúde.

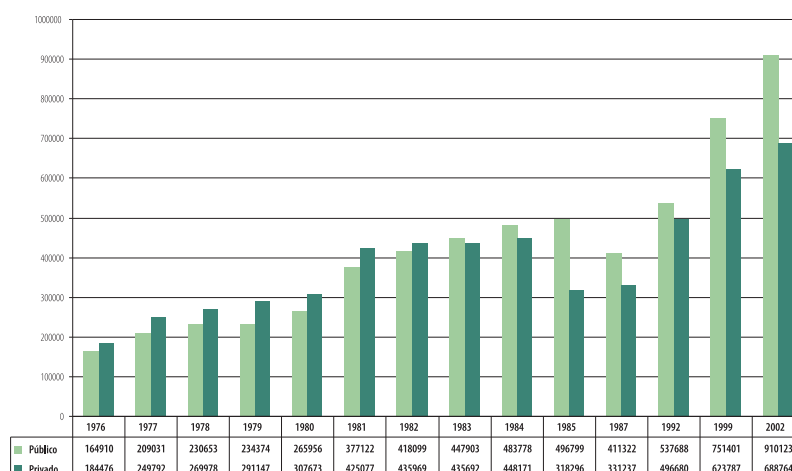
Tabela 2 – Capacidade instalada sistema de saúde – Série histórica – Brasil

VARIÁVEIS	1976	1980	1992	2002
Estabelecimentos	13.133	18.489	49.676	67.612
Público	6.765	10.045	27.092	38.373
Privado	6.368	8.444	22.584	29.239
LEITOS	443.888	509.168	544.357	471.171
Público	119.062	122.741	135.080	146.319
Privado	324.826	386.427	409.277	324.852
EMPREGOS	349.386	573.629	1.438.708	2.180.598*
Público	164.910	265.956	735.820	1.193.483
Privado	184.476	307.673	702.888	987.115
EMPREGOS	349.386	573.629	1.438.708	2.180.598
Federal	98.528	122.475	113.987	96.064
Estadual	60.094	96.443	315.328	306.042
Municipal	25.854	47.038	306.505	791.377
Privado	184.476	307.673	702.888	987.115

Fonte: IBGE/AMS (vários anos)

(*) Incluem os empregos administrativos.

Gráfico 2: Evolução de empregos(*) de saúde por setor de atuação. Brasil, 1976 –2002.



Fonte: IBGE, Pesquisa Assistência Médico-Sanitária (vários anos).

(*) Excluem os empregos administrativos.

Vale ressaltar que, após a instituição do SUS, o setor Saúde se tornou um sistema unificado, gerando milhares de empregos e produzindo serviços de saúde à população de forma unificada por princípios da universalidade e equidade, de maneira descentralizada.

Com mais de dois milhões de trabalhadores, como se caracteriza este contingente de pessoas que busca a Saúde para trabalhar? O mercado de trabalho em saúde é um mercado com características próprias, configurando-se em um mercado de profissionais especializados (formais ou práticos), uma vez que em qualquer atividade exercida na saúde – seja ela com exigência de escolaridade mais elevada (nível superior) ou desenvolvida por trabalhadores com pouca escolaridade (nível elementar) – pressupõe-se profissionais com qualificação específica, seja ela formal ou empírica.

Algumas características, já analisadas por especialistas (Médici, Girardi, Nogueira, Machado, Sayeg, entre outros), marcam sobremaneira esta área:

Desde una perspectiva más genérica y en un ámbito más empírico, es que haremos esta descripción de la fuerza de trabajo, del sector es decir, a partir de algunas características más inmediatas y evidentes de su distribución, composición y modos de utilización, tales como: la fuerte concentración geográfica y social; la gran participación de las mujeres em el sector; la centralización y la hegemonía de los profesionales médicos; la situación de la baja calificación del personal ‘auxiliar’; los bajos salários em el sector; el asalariamiento y la ‘degradación’ del trabajo médico etc. (GIRARDI, 1991, p. 42).

Contudo, a caracterização feita por Girardi para a década de 90 se apresenta com mudanças positivas na atualidade, contribuindo para a melhoria do setor.

O grau de escolaridade se elevou não só com a ampliação do quantitativo de profissionais de nível superior (novas profissões inserindo-se na equipe) e pelo crescimento do pessoal técnico, como também pela qualificação da equipe de enfermagem. Hoje, a composição dos empregos de saúde é a seguinte: nível superior, 33,5%; técnico/auxiliar, 28,6%; elementar, 11,2%; e administrativo, 26,7%.

A bipolaridade ‘médicos/atendentes de enfermagem’, situação vigente durante décadas, que somava mais de 80% da força de trabalho (GIRARDI, 1991), tende a se modificar rapidamente. O trabalho em saúde tem sido desenvolvido e ampliado atualmente por meio de equipes multiprofissionais e multidisciplinares, requerendo cada vez mais a incorporação de novos profissionais.



A centralidade médica deu lugar à centralidade da interdisciplinaridade, evocando profissões a atuarem em áreas nunca imagináveis. Para Machado (2000, p. 138):

A equipe profissional que produz assistência à saúde é hoje formada por médicos, enfermeiros, odontólogos, farmacêuticos, biólogos, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, além das recentes inserções dos engenheiros biomédicos, economistas, sociólogos, entre outros que virão incorporar-se à equipe.

A feminilização tornou-se uma marca registrada do setor. A maioria da força de trabalho em saúde é feminina, representando hoje mais de 70% de todo o contingente – e com tendência ao crescimento. Em algumas profissões, este processo de feminilização é recente e de forte impacto.

Pode-se tomar os médicos como exemplo:

Dados recentes mostram que o Brasil teve um comportamento similar a outros países no que se refere ao processo de feminilização da profissão médica. Se na década de 70 as mulheres médicas eram apenas 11%, já na década seguinte este percentual eleva-se para 22%, chegando nos anos 90 com 33% de seu contingente feminino. Estima-se que nas próximas duas décadas este percentual deve atingir 50% (Machado, 2000, p. 137).

Sendo a Saúde um setor de produção e prestação de serviços de relevância pública, o poder público tem enorme influência na demanda e oferta de empregos, constituindo seu maior empregador. Por outro lado, dada a conformação da prestação da assistência no País, o setor privado tem grande relevância também, sendo responsável por mais de 40% dos empregos, com especial ênfase na assistência hospitalar.

Apesar de políticas específicas de governo no sentido de reduzir a concentração de profissionais nos grandes centros,⁵ a ausência dos mesmos em municípios pequenos é um grande problema nacional. A relação médico por habitantes é exemplar para o entendimento desta problemática: no Brasil, há um médico para 594 habitantes; na Região Norte, 1/1.190; no Nordeste, 1/1.027; no Sudeste, 1/132; no Sul, 1/597; e no Centro-Oeste, 1/510. Estima-se em 1,5 mil o número de municípios que não têm médicos trabalhando e residindo neles, levando os gestores a contratações compartilhadas (um mesmo profissional atua em dois ou três municípios vizinhos).

Outra característica do mercado de trabalho em Saúde é o uso intenso e diversificado da mão-de-obra. São mais de dois milhões de trabalhadores atuando em quase sete mil estabelecimentos, em mais de cinco mil municípios. Por outro lado, as diversas modalidades de contratação, bem como as jornadas de trabalho estabelecidas de 12, 20, 24, 32, 40 e até 44 horas, por exemplo, fazem do setor uma ‘anarquia institucional organizada’.

Somado a esta característica de ‘anarquia institucional’, o SUS se depara hoje com outro enorme problema: a precarização do trabalho em áreas essenciais do setor.

A política neoliberal de flexibilização da inserção do trabalhador no mundo do trabalho na década de 90– adotada pelo governo federal e seguida, em boa medida, pelos governos estaduais e municipais – produziu efeitos deletérios no SUS. Verifica-se hoje nas instituições um volume enorme de contratações de serviços por terceirização.

O processo de trabalho e o mundo de trabalho estão se transformando de forma significativa, alterando a modalidade forma de inserção e os vínculos de trabalho, a forma de remuneração e muito fortemente o modo de trabalhar configurando-se em arenas competitivas, individualizadas em ambientes pouco saudáveis para se trabalhar. Esta concepção neoliberal que dominou a década de 90 calcava-se nos preceitos da flexibilização e na racionalização dos recursos. Nogueira (2003, p. 51) comenta:

⁵ Isto se refere especialmente ao Programa Saúde da Família, estratégia do governo objetivando a reversão do modelo assistencial e a redução da urbanização da assistência. Para mais críticas, consulte o site do Ministério da Saúde (www.saude.gov.br), especialmente no Departamento de Atenção Básica.



A terceirização de serviços técnico-profissionais (em adição à terceirização já tradicional de serviços gerais) vem se constituindo numa prática universal adotada em hospitais tanto privados quanto públicos. No caso do SUS, o que há de novo é diversificação, não só as referentes aos hospitais, mas também as que se dão no âmbito do sistema de gestão local em seu todo. Caracterizam-se, de modo geral, por envolver uma mediação feita por empresas privadas, ONGs e cooperativas, que contam, em comparação com a administração pública, com maior liberdade para contratação e fixação de níveis de remuneração.

Essa flexibilização contratual gerou no SUS mais de 500 mil situações de trabalho em condições precárias, contrariando não só a Constituição como também gerando insegurança na prestação dos serviços. Por outro lado, as alternativas de vinculação institucional para os trabalhadores do SUS, na década neoliberal de 90, na opinião de Nogueira (2003, p. 51) pareciam ser ‘vantajosas’ para o sistema, uma vez que:

[...] as injunções de ordem econômica e legal que limitam a contratação e remuneração de pessoal na administração pública têm ultimamente dado origem, no Sistema Único de Saúde (SUS), a uma forte tendência à terceirização de suas unidades e de seus recursos humanos. O processo de terceirização distingue-se como uma busca de flexibilidades externas que parecem vantajosas face à rigidez dos padrões vigentes da gestão dos quadros estatutários, ou seja, os funcionários públicos.

Ainda segundo o autor:

[...] ao seguir a via da terceirização, o setor público submete-se à lógica administrativa que tem sido preconizada para a reforma do aparato de Estado, na medida em que promove uma separação entre a função de gestão e a de prestação de serviços, o que teoricamente tende a elevar a eficiência dos gastos públicos (Nogueira, 2003, p. 51).

Coerente com os preceitos neoliberais, o Governo Federal, na década de 90, passou a adotar a política de liberação para abertura de novas instituições de formação universitária. Na Saúde, esta medida provocou um *boom* de novas escolas de saúde no período compreendido entre 1995 e final de 2002: as escolas de medicina passam de 85 para 119; as de enfermagem, de 108 para 334; as de odontologia, de 89 para 161; e as de farmácia, de 56 para 347. Sendo a Saúde uma área de proteção e regulação do Estado, esta é uma questão delicada que precisa equacionar o dilema de ampliação do direito da população à universidade, às reais necessidades de novas escolas de saúde e os efeitos deste *boom*.

Enfim, o quadro de RH no contexto da Reforma Sanitária que se apresenta neste início de século é pouco animador. É fato que a Reforma Sanitária se fez realidade e que o SUS se consolidou em termos de um sistema unificado de assistência e atenção à saúde para os brasileiros. Resolveu-se, em boa parte, a questão do financiamento entre as três esferas de governo. No entanto, a negligência em que se deu a adoção de políticas de RH é um fato. Pode-se dizer que a década de 90 foi a década perdida para os trabalhadores da saúde, por várias razões.

Os anos 90 – de consolidação do SUS – foi o período da antipolítica de RH. Os fatos são claros. O SUS passou a década de sua consolidação sem se preocupar com seus trabalhadores, sem elaborar uma efetiva política de RH compatível com a sua concepção universalista. Adotou-se a política da antipolítica.

⁶ Estudo feito pelo Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho na Saúde, do Ministério da Saúde, mostra que a maioria dos municípios e estados não tem planos de carreiras atualizados. Para mais críticas, ver o documento no site do Ministério da Saúde/Secretaria de Gestão e da Educação na Saúde.



Isso permitiu que os trabalhadores, entre outras questões: 1) não tivessem perspectiva alguma de carreira profissional;⁶ 2) a renovação e a expansão de novos profissionais não se dessem de forma correlata em termos constitucionais, e sim por meio da precarização do trabalho, criando, assim, um exército de trabalhadores sem direitos sociais e trabalhistas, aos moldes do início do século XX; 3) a expansão das equipes com a entrada de novas profissões e ocupações se desse de forma anárquica, sem regulamentação e pouco comprometida com os preceitos do SUS; 4) a expansão de novos cursos de saúde ocorresse sem critérios coerentes de qualificação do trabalho no SUS.

Se não bastassem esses problemas, o SUS também não proporcionou estruturas competentes e modernas na administração pública para lidar com tais questões. Ao contrário, as estruturas de RH existentes nas gestões do SUS demonstravam a pouca importância estratégica que esta área tinha para o sistema.

O resultado da pesquisa realizada pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), recentemente, mostra estas questões com clareza:

Outro conjunto de questões importantes diz respeito à estrutura organizacional precária da área de recursos humanos, tanto em termos de posicionamento hierárquico na estrutura da SES – ‘situação hierárquica ruim’, ‘hierarquia rígida’, gerando afastamento do setor do núcleo decisório – ‘RH à margem, falta autonomia, função de DP’, como em termos de instrumentos e processos operacionais precários – falta de instrumentos, comunicação insuficiente, e, principalmente, ausência de um sistema de informação adequado (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2004, p. 30-31).

Outro ponto frágil da área de gestão de RH apontado pelo Conass é a vinculação organizacional da área nas secretarias de saúde, ou seja, a maioria das estruturas não têm vínculo direto e orgânico com as secretarias e sim com órgãos da administração, dificultando bastante suas atividades e sua função estratégica. Segundo este estudo das características organizacionais da área de RH das secretarias estaduais de saúde (SESS), a situação é a seguinte: 11,1% das SES têm estruturas de RH de nível 1 – integrantes ao gabinete do secretário; 25,9% de nível 2 – subordinadas diretamente ao gabinete do secretário; e 51,8% de nível 3, hierarquicamente subordinadas a outro órgão da secretaria.

De acordo com o Conass (2004, p. 28), “quase 50% dos problemas identificados se referem à carência de recursos financeiros e à carência ou qualificação de pessoal, tanto em termos gerais, para o conjunto do sistema, como para área específica de recursos humanos”.

Situação muito semelhante pode ser encontrada nas estruturas municipais e, até 2002, na estrutura nacional, quando esta situação se altera radicalmente com a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, que passa a tratar o RH como uma questão estratégica de Estado.

Considerações finais

Estudos realizados na década de 90 por pesquisadores de Saúde apresentam uma análise concisa das políticas de RH nestas últimas décadas. Segundo estes pesquisadores, o marco ocorre com a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, na qual foram discutidas e sistematizadas as principais propostas para a área, fundamentais, inclusive, para a Reforma Sanitária.

Entre as propostas estão: a) remuneração condigna e isonomia salarial entre as mesmas categorias profissionais nos níveis federal, estadual e municipal, com estabelecimento urgente e imediato do plano de cargos e salários; b) capacitação e reciclagem permanentes; c) admissão mediante concurso público; d) estabilidade no emprego; e) composição multiprofissional das equipes, considerando as necessidades e a chamada de atendimento de cada região, em consonância com os critérios estabelecidos pelos padrões mínimos de cobertura assistencial; f) compromissos dos servidores com os usuários; g) cumprimento da carga horária contratual e gratificação à dedicação exclusiva; h) direito à greve e sindicalização dos profissionais de saúde; i) formação dos profissionais da saúde integrada ao sistema de saúde regionalizado e hierarquizado; j) inclusão no currículo de

ensino em saúde do conhecimento das práticas alternativas; l) incorporação dos agentes populares de saúde, para trabalhar em educação para a saúde e cuidados primários (MACHADO et al., 1992, p. 43)⁷.

Mais adiante, com a realização da I Conferência Nacional de Recursos Humanos em Saúde, em 1986, estas propostas são mais bem sistematizadas e desdobram-se em grandes temas: valorização do profissional; preparação de recursos humanos; e compromisso social – nova ética para os trabalhadores de saúde. Posteriormente, realiza-se em 1993 a II Conferência Nacional de Recursos Humanos, que reforça as questões cruciais de RH.

De forma resumida, Machado et al. (1992) apresentam a cronologia das políticas de RH. A política de RH em saúde no Brasil pós-1967 reflete três momentos com conjunturas bastante distintas. O primeiro (1967-1974), caracterizado por incentivo à formação profissional especialmente de nível superior; estratégia de expansão dos empregos privados a partir do financiamento público; incremento da contratação de médicos e atendentes de enfermagem, reforçando a bipolaridade ‘médico/atendentes’; e incentivo à hospitalização/especialização.

O segundo momento (1975-1986) se caracteriza, na primeira fase (1975-1984), pelo surgimento de dispositivos institucionais para reverter o quadro existente. Já na segunda fase (1984-1986), pela sua implementação com resultados, ou seja, aumento da participação do setor público na oferta de serviços ambulatoriais e hospitalares; aumento da formação do pessoal técnico e sua incorporação nas equipes de saúde; e aumento do pessoal que atua na rede ambulatorial.

O terceiro momento (de 1987 em diante) é caracterizado pelas mudanças estruturais rumo à Reforma Sanitária, marcadas especialmente pelo processo de descentralização da assistência e, conseqüentemente, dos recursos humanos que integram os serviços. Inicia-se aí o processo que culminaria na reversão do quadro de pessoal ora concentrado na esfera federal ora na municipal. Toda a política de RH passa a girar em torno da proposta da Reforma Sanitária – não só os aspectos gerenciais, mas também os financeiros, na perspectiva de atender às demandas que impunham tal reforma. O SUS torna-se uma realidade após longo debate constitucional.

No entanto, com o passar do tempo e com o avanço do processo do SUS, a realidade que se apresenta para a área de RH remete a mais dois momentos distintos. O primeiro refere-se a toda a década de 90, caracterizada pela adoção dos preceitos neoliberais em detrimento aos da Reforma Sanitária. Isso transformou a questão de RH, ao longo da década, em um enorme problema para a Reforma Sanitária, invertendo toda a lógica preconizada no processo da Reforma, de serem os trabalhadores (recursos humanos) peças-chave para a consolidação do SUS.

Fato de grande relevância neste período foi a elaboração da Norma Operacional Básica – RH (NOB – RH)⁸, que define princípios e diretrizes para uma NOB que teve como objetivo principal a discussão da centralidade do trabalho, do trabalhador, da valorização profissional e da regulação da relações de trabalho em saúde. No entanto, poucos resultados foram alcançados com a NOB – RH, uma vez que a política que imperou neste período foi a antipolítica de Recursos Humanos, priorizando a privatização por meio da terceirização de serviços, da flexibilização das relações e do *laissez-faire* na abertura de novos cursos na área da Saúde.

Resumidamente, pode-se dizer que este período é caracterizado pelo abandono da proposta de planos de carreira profissional, pela precarização do trabalho no SUS, pela desmobilização do movimento sindical identificado na perda da importância da negociação do trabalho no SUS, pela pulverização das ações educativas e formativas no âmbito do SUS e pela proliferação de escolas de saúde. Sem dúvida, a década de 90 pode ser denominada ‘década perdida para os recursos humanos em saúde’. Uma década marcada pela insistência de consolidar o SUS sem se preocupar com aqueles responsáveis pela produção dos serviços de saúde nas três esferas que compõem o SUS. O saldo político é uma enorme dívida social com os trabalhadores.

⁷ Segundo os autores, de todas estas prioridades, vale destacar os pontos a, e, l, dado que indicam as grandes mudanças que constituem o cenário da proposta da Reforma Sanitária.

⁸ Para mais detalhamento, ver: Princípios e Diretrizes para a NOB/RH/SUS, Conselho Nacional de Saúde, Brasília, Série Cadernos Técnicos, MS, 2003.



O momento seguinte inicia-se com o novo governo, em 2003, caracterizado pelo retorno aos princípios de que saúde é um bem público e os trabalhadores que atuam são um bem público. A mudança positiva nas políticas de recursos humanos vem acompanhada da criação, no governo Lula, da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, dentro do Ministério da Saúde, que passa a tratar especificamente da gestão dos recursos humanos na dimensão do trabalho e da educação na saúde⁹. Com esta ação política, o governo federal inaugura um novo momento para a área de RH, trazendo esperança e confiança tanto para aqueles que produzem os serviços de saúde para a população como para os responsáveis pela gestão dos sistemas de saúde. Assim, afirmam Jaeger, Ceccim e Machado (2004, p. 87):

De fato, o Ministério da Saúde tomou para si a responsabilidade de produzir a maior transformação, neste meio século de sua criação, no que diz respeito à formulação das políticas orientadoras da gestão, formação, qualificação, regulação dos trabalhadores de saúde do Brasil. Sinal visível da importância deste movimento em direção à valorização dos trabalhadores foi a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, na estrutura ministerial.

É preciso enfrentar os efeitos deletérios da política neoliberal que se impôs na década de 90, provocando o desestímulo, a perda do sentido de carreira profissional, a precarização do trabalho, entre outros males a serem combatidos. Pensar hoje a questão dos recursos humanos significa pensar aqueles que são os protagonistas da Reforma Sanitária, aqueles que detêm a técnica, o saber e o trabalho a serem postos a favor da população brasileira.

Enfrentar os efeitos deletérios da política neoliberal da década de 90 significa resgatar a ‘década perdida’, o elo entre o bem público e aqueles que são os guardiões deste bem público – os trabalhadores da saúde.

A III Conferência de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, vai procurar superar estes problemas e o amadurecimento político das partes envolvidas: gestores, trabalhadores e usuários na busca de soluções reais, concretas e acima de tudo soluções politicamente corretas na busca de resgatar a enorme dívida social que a Reforma Sanitária tem com os trabalhadores do SUS. A esperança, o compromisso político e a compreensão para enfrentar os problemas e os desafios na área são os sentimentos que movem todos – gestores, trabalhadores e usuários – nesta III Conferência.

Referências Bibliográficas

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. Estruturação da área de recursos humanos nas secretarias de saúde dos estados e do Distrito Federal. Brasília: Conass, 2004. 220 p.

GERSCHAMAN, S. A. Descentralização da política de saúde no final dos anos 1990. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 34, n. 4, jul./ago. 2000. p. 147-170.

GIRARDI, S. La fuerza de trabajo en el sector salud: elementos teóricos y evidencias empíricas. *Educación Médica y Salud*, [S.l.], v. 25, n. 1, p. 37-47, 1991.

JAEGER, M. L.; CECCIM, R.; MACHADO, M. H. Gestão do trabalho e da educação. *Revista Brasileira de Saúde da Família*, [S.l.], edição especial, v.7., p. 86-103, 2004.

MACHADO, M. H. Gestão do trabalho em saúde em contexto de mudanças. *Revista de Administração Pública*, [S.l.], v. 34, n. 4, p. 136-146, 2000.

MACHADO, M. H. coordenadora. *Médicos no Brasil: um retrato da realidade*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1997.

⁹ Para melhor compreensão da nova política adotada ver os documentos: Gestão do Trabalho e da Regulação Profissional na Saúde: Agenda Positiva. Departamento de Gestão da Regulação e do Trabalho na Saúde, SGTES/MS, Brasília, 43 p., 2004. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde, SGTES/MS, Brasília, 46 p., 2004.

¹⁰ Posteriormente à publicação a Conferência foi adiada para março de 2005.



MACHADO, M. H. et al. *O Mercado de Trabalho em Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Ensp, 1992.

MOTA, A. et al. Ministério da Saúde e Organização Pan-Americana de Saúde. *Contribuições pragmáticas para a organização dos recursos humanos em saúde e para a história da profissão médica no Brasil*: à obra de Maria Cecília Donnangelo. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

NOGUEIRA, R. Alternativas de vinculação institucional para os trabalhadores do SUS. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil: estudos e análises*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.



TABELA 3
População, empregos, municípios segundo Grandes Regiões - Brasil

Região e classes de tamanho da população dos municípios (habitantes)	Empregos de saúde	População residente			Número de municípios (1)	
		Total	Urbana	Rural	Total	Abs.
Norte	132.605	9.446.195	4.058.417	13.504.612	449	100,00
Até 5.000	3.106	165.323	143.031	308.354	98	21,83
5.000-10.000	5.578	314.302	319.411	633.713	91	20,27
10.001-20.000	11.338	671.086	904.901	1.575.987	113	25,17
20.001-50.000	22.424	1.723.827	1.569.202	3.293.029	104	23,16
50.001-100.000	15.867	1.394.947	730.773	2.125.720	29	6,46
100.001-500.000	30.893	2.383.356	372.966	2.756.322	12	2,67
Mais de 500.000	43.399	2.793.354	18.133	2.811.487	2	0,45
Nordeste	523.221	33.843.748	15.001.471	48.845.219	1.792	100,00
Até 5.000	9563	408.229	541.777	950.006	263	14,68
5.001-10.000	25.118	1.366.594	1.556.504	2.923.098	400	22,32
10.001-20.000	60.393	3.877.650	4.429.450	8.307.100	590	32,92
20.001-50.000	86.363	6.531.885	5.583.520	12.115.405	397	22,15
50.001-100.000	53.975	4.521.454	1.982.589	6.504.043	96	5,36
100.001-500.000	82.037	6.603.248	818.020	7.421.268	37	2,06
Mais de 500.000	205.772	10.534.689	89.610	10.624.299	9	0,50
Sudeste	1.046.239	67.269.948	7.177.496	74.447.443	1.023	100,00
Até 5.000	12.845	880.321	564.331	1.444.652	251	24,54
5.001-10.000	23.961	1.841.293	1.064.302	2.905.595	288	28,15
10.001-20.000	42.467	3.277.935	1.460.714	4.738.649	229	22,39
20.001-50.000	80.422	6.541.667	1.697.418	8.239.085	151	14,76
50.001-100.000	92.981	7.272.387	781.899	8.054.286	52	5,08
100.001-500.000	287.165	19.993.520	887.058	20.880.578	45	4,40
Mais de 500.000	506.398	27.462.825	721.773	28.184.598	7	0,68
Sul	324.215	20.929.884	4.804.228	25.734.111	1.189	100,00
Até 5.000	11.615	589.784	782.340	1.372.124	429	36,08
5.001-10.000	18.511	1.099.383	1.069.210	2.168.593	305	25,65
10.001-20.000	25.822	2.050.182	1.156.385	3.206.567	231	19,43
20.001-50.000	34.800	3.140.648	848.778	3.989.426	134	11,27
50.001-100.000	39.614	3.280.547	506.329	3.786.876	51	4,29
100.001-500.000	111.552	7.781.808	400.664	8.182.472	37	3,11
Mais de 500.000	82.301	2.987.532	40.521	3.028.053	2	0,17
Centro-Oeste	154.318	10.503.643	1.597.904	12.101.547	463	100,00
Até 5.000	5.113	317.711	195.368	513.079	161	34,77
5.001-10.000	7.156	502.280	293.434	795.714	109	23,54
10.001-20.000	12.956	1.046.224	453.279	1.499.503	105	22,68
20.001-50.000	16.163	1.430.759	366.932	1.797.691	59	12,74
50.001-100.000	11.351	1.195.917	111.991	1.307.908	17	3,67
100.001-500.000	13.470	1.659.125	60.579	1.719.704	9	1,94
Mais de 500.000	88.109	4.351.627	116.321	4.467.948	3	0,65
BRASIL	2.180.598	141.942.082	32.639.515	174.632.932	5.561	100,00
Até 5.000	42.242	2.361.368	2.226.847	4.588.215	1.382	24,85
5.001-10.000	80.324	5.123.852	4.302.861	9.426.713	1.308	23,52
10.001-20.000	152.976	10.923.077	8.404.729	19.327.806	1.384	24,89
20.001-50.000	240.172	19.368.786	10.065.850	29.434.636	963	17,32
50.001-100.000	213.788	17.665.251	4.113.582	21.778.833	299	5,38
100.001-500.000	525.117	38.421.058	2.539.287	40.960.344	194	3,49
Mais de 500.000	925.979	48.130.026	986.359	49.116.385	31	0,56

Fonte: IBGE, Pesquisa Assistência Médica-Sanitária, 2002 e estimativas do censo demográfico, 2002

1. Número de municípios existentes em 31/12/2002, segundo o IBGE.



Célia Regina Pierantoni

Thereza Christina Varella

Tania França

Introdução

O processo de mundialização das economias, contrariando o ufanismo de melhoria na repartição das riquezas e de um mundo mais homogêneo, acirrou a assimetria entre os países, elevando os patamares de pobreza de um conjunto majoritário de nações que concentram dois terços da população mundial e estabelecendo novas formas de organização do Estado e de reestruturação produtiva. Essas são assentadas em três grandes eixos: novas tecnologias, novas formas de organização do trabalho e da produção, e novas formas de gerenciamento.

Esta globalização contornou uma nova divisão internacional do trabalho, estabelecendo uma concorrência desleal entre países centrais, semiperiféricos e periféricos. As forças do mercado não operam no sentido da igualdade, mas por estímulo a padrões “concorrenciais” de eficiência, definidos pela racionalidade do modelo econômico capitalista. Este movimento reforça uma disponibilidade de postos de trabalho menos qualificados e mais mal remunerados nos países pobres (PORCHMANN, 2002).

Milton Santos (2001), considera que a pobreza decorrente da globalização assume dimensão diferenciada, ao que denomina de pobreza estrutural, de disseminação planetária, produzida pelas empresas e instituições globais.

Assim, as mudanças no mundo do trabalho apresentam reflexos significativos na organização societária e no deslocamento da centralidade do trabalho como estruturante da sociabilidade humana. O sentido do trabalho precisa ser (re)significado em sua forma contemporânea enquanto trabalho social que se “complexifica” e intensifica ritmos e processos. A sociedade do capital necessita cada vez menos do trabalho estável e se utiliza cada vez mais de formas diversificadas (ANTUNES, 2002).

Assim, as políticas centradas em processos de reforma, nas últimas décadas, com as proposições relacionadas com “diminuição” do Estado, perda da proteção social do trabalho e dos trabalhadores, globalização financeira com hegemonia do capital financeiro sobre o capital produtivo, agravaram a situação de empregabilidade. O Estado mínimo se retira da esfera produtiva para cumprir melhor as funções sociais sem, no entanto, caminhar nessa direção, pois além de empregar cada vez menos, agrega menos recursos para assegurar direitos adquiridos, particularmente para desempregados e excluídos.

As formas verticalizadas da gerência são substituídas por gerência horizontal, com uma diminuição das funções de chefia, introdução de sistemas mais participativos e abertos, de decisão. A motivação e o envolvimento do trabalhador com os interesses da empresa passam a incorporar a agenda da “nova administração”. A força de trabalho é substituída pela inteligência do trabalhador que assume posição gerencial e de monitoramento, abdicando da sua posição de produtor. Porém,

¹ Trabalho publicado In: Falcão, André et al (Org). Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil: estudos e análises, 2004 - p. 51-80.



essas formas de gerência são assumidas sem a necessária autonomia para implementação das atividades gestoras, submetidas a interesses relacionados, prioritariamente, com a ordem econômica.

Por outra via, as empresas passam a exigir novos patamares de qualificação para o trabalhador que, para conseguir um posto de trabalho, precisa de mais escolaridade e maior polivalência: não há consenso em torno da proclamada revalorização dos recursos humanos, decorrente do processo de modernização empresarial. Se por um lado os trabalhadores se vêem obrigados a intentar esforços adaptativos às exigências desta nova conformação da produção, por outro, um número cada vez maior de excedente de mão-de-obra encontra-se nas vias informais ou submetidas a formas precárias de trabalho.

No caso do setor Saúde, a despeito da participação do pagamento de pessoal no custos dos sistemas de saúde, causa perplexidade a histórica negligência e mesmo a ausência de políticas para recursos humanos. Tal fato pode ser devido a:

- abordagens macro-econômicas que focalizam aspectos quantitativos da força de trabalho do setor Saúde, em detrimento de uma abordagem contemporânea, em nível micro, que concentra-se na motivação e no desempenho;
- políticas públicas centralizadas de regulação do emprego ditadas por setores financeiros dos governos em que as políticas setoriais estão confinadas a um papel de implementação e interpretação de diretrizes nacionais;
- não-valorização do papel dos profissionais, especialmente os médicos, cuja formação enfatiza valores relacionados com a autonomia e a regulação profissional próprias, mais do que as metas políticas e operacionais do sistema de saúde.

Essa pauta é distinta do foco das reformas setoriais e seguramente influencia a eficiência, a eficácia e a equidade (BACH, 2003). As conseqüências novo balanço social produzido pela dinâmica econômica e a “tranqüilidade social” estão na agenda dos debates.

Agenda global, saúde e recursos humanos

É consensual que as desigualdades na distribuição da riqueza no mundo atingiram, atualmente, proporções verdadeiramente alarmantes. O número de pobres é crescente e já chega a 307 milhões de pessoas no mundo. Para a Organização das Nações Unidas (ONU), o dado mais preocupante é a tendência de que esse número aumente até 2015, quando os países menos desenvolvidos poderão passar a ter 420 milhões de pessoas vivendo abaixo da linha da pobreza².

O foco do trabalho de muitas agências bilaterais e multilaterais vem sendo reduzir a pobreza desses países, que se encontram com alto grau de endividamento, e alcançar um conjunto de metas internacionais de desenvolvimento. O componente saúde, para o alcance destas metas, tem ocupado posição de destaque, por consenso internacional, das relações entre pobreza, baixo crescimento econômico e péssimas condições de saúde³ (MARTINEZ; MARTINEAU, 2002).

Os países pobres onde as doenças transmissíveis assumem indicadores dramáticos são os que possuem baixa capacidade institucional, particularmente para implementação da política setorial. Tais países têm demonstrado recorrentes fracassos na prestação de serviços que atendam aos objetivos do setor. O planejamento e gerenciamento de recursos humanos da Saúde configuram-se como pontos nodais para o equacionamento dos profundos problemas relacionados a esta baixa capacidade.

Por outra via, as abordagens conceituais do termo recursos humanos⁴ sofrem uma evolução

2 Desde 1990, um número sem paralelo de países viu seu padrão de vida decair: o cidadão médio de 46 países é mais pobre hoje do que há uma década (20 desses países ficam na África subsaariana); em 25 países mais pessoas estão com fome atualmente do que no começo dos anos 90; o IDH recuou em 20 países, desses, 13 ficam na África subsaariana. A expectativa de vida caiu para 40 anos ou menos em oito países da região (Angola, República Centro-Africana, Lesoto, Moçambique, Serra Leoa, Suazilândia e Zimbábue). O principal motivo foi a pandemia de HIV/aids. Em Botswana e na Suazilândia pelo menos uma em cada três pessoas de 15 a 49 anos está infectada (PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO, 2004).

3 Muitas iniciativas estão voltadas para o controle de doenças transmissíveis, consideradas problemas críticos para os países pobres, prioritariamente HIV/aids, tuberculose e malária. Soma-se a isso, medidas que promovem o aumento da cobertura imunizante.

sendo (re)significadas à partir de sua definição clássica, oriunda da ciência da administração e que está subordinada à ótica de quem exerce alguma função de gerência ou de planejamento (gerência de capacidade das pessoas, assim como dos recursos materiais e financeiros com vistas a uma utilização mais racional e eficiente). Absorve o conceito de força de trabalho da economia política com o uso descritivo e analítico dos fenômenos do mercado de trabalho – emprego e desemprego, produção, renda, assalariamento, e configura-se na gestão do trabalho – da sociologia do trabalho, em um *mix* que envolve o trabalho, o trabalhador como “ser social” e a sociedade.

O cenário internacional aponta para uma série de desafios no que se refere às questões da gestão do trabalho. Alguns já se acumulam ao longo dos anos, com destaques para a baixa remuneração e motivação das equipes, a iniquidade distributiva da força de trabalho, desempenho e *accountability* insatisfatórios dos profissionais. Somam-se a estes, desafios emergentes como a migração entre países, baixa capacidade de preparação e fixação de recursos humanos, e o impacto das epidemias na força de trabalho da saúde, resultando em absenteísmo e sobrecarga de trabalho (MARTINEZ; MARTINEAU, 2002).

A situação é, ainda, agravada quando os programas de ajuda internacional, além de apontarem para a necessidade do estabelecimento de políticas macroeconômicas sólidas, referem-se ao quadro de recursos humanos em saúde apresentado como risco ou pressuposto condicionantes para a ajuda financeira e não como propósito e objetivos em nível de resultado.

Assim, na agenda internacional, diversificados atores confluem esforços para a superação dos desafios relativos às questões de recursos humanos na área da Saúde, resumidos em quatro grandes objetivos:

- aumentar a cobertura e a fixação das equipes de profissionais para assegurar a prestação de serviços de saúde de forma adequada e equitativa;
- garantir competências e habilidades-chave para a força de trabalho em saúde;
- aumentar o desempenho da equipe de profissionais frente aos objetivos definidos;
- fortalecer a capacidade de planejamento e gerenciamento de RH no setor Saúde.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) aponta estratégias focalizadas na área de Recursos Humanos, a serem implementadas a curto, médio e longo prazos, que incluem:

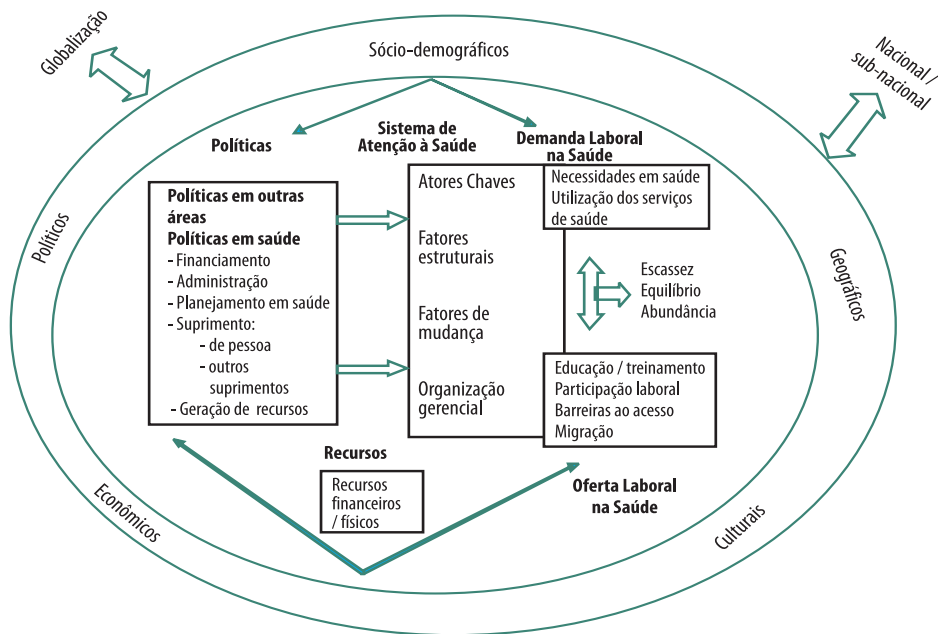
- Curto: fortalecimento de práticas gerenciais; *advocacy*; desenvolvimento de políticas para incentivos e fixação de recursos humanos; apoio ao treinamento em serviço; disseminação das novas práticas.
- Médio: estudos da implementação e do impacto das políticas (custos da migração, da formação e do treinamento, da motivação e dos incentivos, das condições de trabalho); desenvolvimento de sistemas de informação de recursos humanos.
- Longo: fortalecimento da capacidade dos formuladores de política regional e nacional; construção de infra-estrutura.

O quadro abaixo retrata e estabelece as inter-relações entre os diversos aspectos envolvidos apontando a intersectorialidade e complexidade das ações que envolvem as políticas de recursos humanos para a Saúde (MERCER et al., 2003).

4 O termo “recursos humanos” é consagrado e utilizado na literatura mundial não se referindo exclusivamente à sua conceituação clássica.



Figura 1. Recursos humanos em saúde: aspectos estruturais



Fonte: MERCER et al. (2003). Adaptação livre.

O sistema de saúde brasileiro e os recursos humanos

O setor Saúde, no Brasil, não esteve imune às mudanças decorrentes da nova ordem de organização produtiva nem tampouco dos reflexos da reformulação do papel do Estado que não diferem das apontadas por BACH (2003) na conjuntura internacional, e estão relatadas por PIERANTONI (2001). Essas dão conta de aspectos relativos às dimensões estruturais (como, por exemplo, composição e distribuição da força de trabalho), regulatórias (representadas por diferentes atores e grupos de interesses na área da Saúde e que envolvem sistema formador, corporações, entre outros) e gerenciais (sistemas centralizados de financiamento, legislação e trabalho, entre esferas de governo).

Por outra via, o processo de implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) e a trajetória da descentralização têm no financiamento, na responsabilidade de gestão e no pacto intergestores seu foco privilegiado. Essa descentralização prevê a organização local de estruturas político-administrativas capazes de assumir responsabilidades inerentes à gestão de políticas públicas traduzidas em autonomia, competências e responsabilidades conferidas pela legislação e legitimadas socialmente.

Embora o princípio de comando único em cada esfera de poder federativo preveja responsabilidades e prerrogativas na formulação da política setorial para o Ministério da Saúde, secretarias estaduais e municipais, condições locais estruturais e conjunturais têm conferido aspectos singulares, influenciando as modalidades de implantação e sustentabilidade do SUS. Na origem dessa diversificação podem ser destacados três grandes grupos de fatores, sumarizados – QUEIROZ (2003) – e historicamente acumulados.

No primeiro grupo a autora destaca “a heterogeneidade geográfica, as dimensões continentais e a população numerosa, irregularmente distribuída no território nacional”, que influencia perfis epidemiológicos, adaptações locais para implementação, e de gestão da assistência à saúde; “a heterogeneidade socioeconômica e a concentração de renda”, acentuada nas últimas décadas com forte concentração de renda e reduzida capacidade distributiva – dimensões que *per si* dependem mais de ações ampliadas de desenvolvimento social e econômico incluídas em um plano marcado

por diversificadas capacidades administrativas e fiscais; “os traços particulares da organização política federativa”, distribuída por três níveis de governo (27 estados e 5.560 municípios – 77,9% deles com população abaixo de 25 mil habitantes, no qual residem 23,7% da população total do País) com autonomia administrativa, sem vinculações hierárquicas entre si⁵.

Assim, na economia brasileira as estruturas produtivas, as relações de trabalho, as condições de vida e as possibilidades de acesso da população aos bens e serviços básicos caracterizam-se pelas desigualdades regionais tanto na perspectiva pessoal quanto na espacial. As regiões brasileiras Norte, Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-Oeste, no que se referem aos indicadores sociais, apontam desigualdades que podem ser evidenciadas nas informações recentes reproduzidas no Relatório sobre o Desenvolvimento Humano no Brasil - RDH-2003 (PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO, 2004):

Apesar de a pobreza ter começado a cair no começo dos anos 90, isso ocorreu de modo desigual – e não tão rápido quanto o necessário para o Brasil atingir a Primeira Meta do Milênio”. Segundo o RDH⁶ 2003, embora o Nordeste tenha conseguido uma redução dramática nos indicadores, a região Sul é a única que deve conseguir cortar a pobreza pela metade até 2015. O Norte do País é a única região que viu a pobreza crescer, de 36% em 1990 para 44% em 2001. O índice de Desenvolvimento Humano (IDH)⁷ da região Norte não tem evoluído o suficiente, ao contrário do que ocorreu com o IDH no Nordeste e no Sudeste, por exemplo. A região Nordeste ainda possui baixos índices de desenvolvimento humano.

Esses dados apontam que, para além do fortalecimento da capacidade gestora das três esferas de governo, é preciso desenvolver ações relativas, não somente para a saúde, mas também ações intersetoriais que indiquem novos patamares de desenvolvimento econômico e social, obedecendo às desigualdades e especificidades regionais e locais.

No campo da capacidade gestora é consensual, que a despeito de uma recente profissionalização da gestão impulsionada pela necessidade de qualificação para as novas funções, a herança conservadora e patrimonialista se contrapõe a uma administração pública profissionalizada que utilize a valorização do trabalhador, sua profissionalização com desenvolvimento de habilidades e responsabilidades, medidas de avaliação de desempenho, entre outras. Mais ainda, permanece a prática da “indicação política”, e funções gestoras como de “governo”, em detrimento do caráter técnico para qualificação da gestão.

No campo da gestão de RH e das relações intersetoriais é conhecido que os trabalhadores em saúde no Brasil compõem um contingente de profissionais influenciados por diferentes sistemas de formulação de políticas com autonomia, direcionalidade e centralização próprias, não regulados pela política setorial, mas diretamente afetados pela regulação estatal diversificada. Esses sistemas incluem sistema educacional e sua conformação peculiar, os sistemas administrativos centralizados em políticas gerais e ampliadas para recursos humanos, no aparato jurídico-legal e legislativo que sustenta as relações de trabalho desde a regulamentação das profissões até a normatização das relações de emprego, em suas mais variadas expressões (PIERANTONI, 2002).

Mais ainda, em um plano recente, a combinação das transformações no mundo do trabalho, por um lado, e a implementação da política setorial, que envolveu mudanças expansionistas de cobertura, com priorização da atenção básica e abertura de postos de trabalho (via implantação do Programa Saúde da Família, no caso do Brasil), por outro, aprofundam tensões e questões preexistentes. Entre essas podemos destacar:

- desigualdades de ofertas do mercado educativo para formação profissional na área da Saúde, tanto quantitativas (concentrações regionais, por exemplo), como qualitativas (proliferação desordenada de cursos em determinadas áreas de formação e dependências

5 De acordo com dados do Banco Mundial, enquanto no Brasil a renda média dos 20% mais ricos é 25 vezes maior do que a dos 20% mais pobres, em países como a Holanda e a Índia essa razão não ultrapassa 5 (BANCO MUNDIAL, 2001).

6 Os dados são extraídos de uma pesquisa anual do IBGE, a Pnad (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios) que, no caso dos estados da Região Norte, se limita às áreas urbanas.

7 O IDH é um índice sintético composto por quatro indicadores que medem o desempenho médio dos países em três dimensões do desenvolvimento humano: “vida longa e saudável, acesso ao conhecimento, e um padrão de vida decente”.



administrativas, práticas pedagógicas excludentes de uma visão de integralidade e de trabalho em equipe, por exemplo);

- intensificação e “privilegiamento” das modalidades de contratação no Sistema Único de Saúde, sem amparo legal, gerando um alto índice de precarização em todo o País;
- precária estrutura e capacidade gestora tanto do setor educativo como do de prestação de serviços da área da Saúde, *vis-à-vis* a velocidade e qualidade das mudanças do sistema, como, por exemplo, incremento de mecanismos de participação social, entre outros.

Gestão do trabalho: construindo capacidades nacionais e locais

A gestão do trabalho na Saúde requer, em um plano, o reconhecimento das dimensões que envolvem o trabalho e os trabalhadores em saúde. Essas, como já visto anteriormente, estão relacionadas com os processos de gestão, a configuração estrutural do setor, e a construção e retomada de mecanismos de regulação por parte do Estado, a partir de algumas das características comuns no plano de recursos humanos e da gestão do trabalho observadas nas últimas décadas.

Para tanto deve partir de um pressuposto básico que defina uma agenda de trabalho como política de Estado e não de governo, envolvendo as diferentes esferas que caracterizam o Estado Nacional, visando à consolidação ampliada de mudanças mais consistentes tanto para o sistema de saúde como para o desenvolvimento da sociedade. Implica na definição e conhecimento da capacidade gestora do trabalho em saúde com o reconhecimento de competências e instâncias de poder, visando um modelo de gestão participativo intergestores das diferentes instâncias administrativas da federação e articulador intersetorial dos poderes Executivo, Legislativo e Judiciário.

Nestes aspectos destacam-se o modelo de financiamento setorial e os limites impostos aos níveis nacional e subnacional, pela legislação vigente, para gastos com contratação de trabalhadores do setor público em geral⁸.

Como pontos a serem considerados para uma agenda, em um plano mais geral, destacam-se:

- mecanismos de gestão na perspectiva da construção social, envolvendo novos pactos entre usuários, profissionais e gestores, referidos a parâmetros de qualidade, ética e proteção de trabalhadores e usuários;
- política de emprego que contemple os direitos sociais dos trabalhadores da Saúde, tanto do setor público como do privado, definindo profissionais, e sistema de promoção e de prestação de serviços na Saúde, via mecanismos de oferta, distribuição e fixação de trabalhadores para sistema;
- regulação da formação, da qualificação profissional, da educação permanente, do trabalho e do exercício profissional, configurando processos que envolvam o sistema educacional, as corporações e associações profissionais, o sistema de saúde e a sociedade.

No plano específico, é consensual que a descentralização da gestão dos serviços de saúde no País não resultou, automaticamente, na transferência de capacidade gestora para as esferas municipais. Mais ainda, potencializou problemas crônicos e desencadeou soluções e arranjos, os mais diversos, para que o gestor municipal, face às demandas da política e as restrições ampliadas da esfera jurídico-legal, pudesse executar as propostas de reformulação do sistema.

No caso do Brasil, em que esta área institucionaliza-se no âmbito da Política Nacional de Saúde, via criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, do Ministério da Saúde, a avaliação e o acompanhamento dos processos de gestão desenvolvidas nas instâncias locais e organizacionais onde, na *praxis*, estes processos estão sendo desenvolvidos, torna-se imperativa. É fundamental identificar fragilidades e potencialidades que possam orientar tanto a definição de diretrizes políticas, quanto oferecer mecanismos de apoio aos sistemas locais para implementação

8 Lembramos que o setor público, no Brasil, é regido por lei que associa as despesas com pessoal às receitas líquidas das administrações federais, estaduais e municipais, limitando o gasto a no máximo 60% da receita para os estados e municípios e em 50% da receita líquida federal, limitando a autonomia das instituições públicas na realização de processos seletivos de pessoal conforme a necessidade do serviço. Para melhor esclarecimento sobre o assunto ver Lei Complementar n.º 82, de 27 de março de 1995 – Lei Camata 1.

das políticas, com autonomia, independência e governança.

Estudo realizado para avaliar a capacidade gestora de municípios com mais de cem mil habitantes⁹ possibilitou a identificação de realidades locais e a discriminação de identidades regionais e nacionais. Para tanto, além de uma abordagem tradicional, voltada apenas para o alcance de metas e resultados quantitativos, o modelo de análise dos resultados procurou estabelecer correlações entre as variáveis estabelecidas no estudo e o desempenho e percepções dos agentes envolvidos.

- As secretarias municipais de saúde foram analisadas, em uma primeira etapa, no seu conjunto e posteriormente agrupadas segundo os critérios que definiam: instâncias locais com órgão específico de recursos humanos na estrutura da secretaria municipal (150);
- instâncias locais sem órgão específico de recursos humanos na estrutura da secretaria municipal (56);
- SMSs localizadas nas capitais (24).

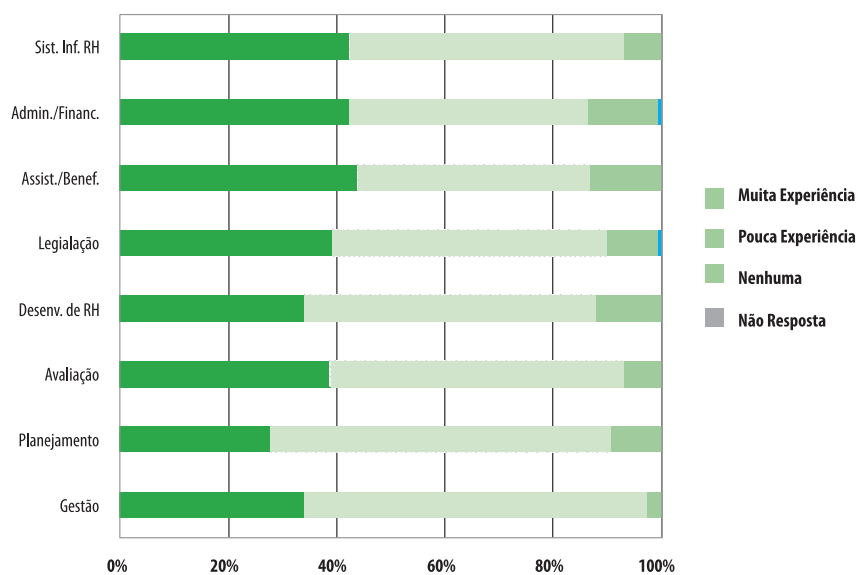
Dessa forma, o que se quis caracterizar com a pesquisa compõe uma seqüência de perguntas geradas que vão sendo formuladas na medida em que se avança no processo de análise dos dados que abordam, entre outras:

- a capacidade gestora via processos de gestão e mecanismos utilizados; qualificação; poder decisório e participativo do gestor de RH;
- a percepção dos gestores de RH sobre questões relativas à autonomia, à utilização de instrumentos de gestão e às formas de contratação.

Destacamos, nesse texto, achados relevantes que compõe o estado da arte da gestão de recursos humanos em saúde e que podem sinalizar intervenções de curto, médio e longo prazos para o caminho da gestão do trabalho na área.

A caracterização de “experiência” do gestor de RH, conforme apontada no gráfico abaixo, demonstrou uma tendência (herança) para capacidades relativas a “administração de pessoal” em atividades relacionadas com sistemas de controle de pagamento, benefícios, entre outros.

Gráfico 1. Avaliação da experiência/qualificação do gestor de RH. Brasil, 2004



Fonte: ROREHS/IMS – UERJ/Nescon – UFMG. Capacidade Gestora de Recursos Humanos em Instâncias Locais de Saúde em Municípios com População Superior a 100 mil Habitantes. Brasil, 2004.

O planejamento das ações de recursos humanos não está incorporado na prática dos dirigentes

9 Capacidade Gestora de Recursos Humanos em Instâncias Locais de Saúde em Municípios com População Superior a 100 mil Habitantes, pesquisa realizada pela Estação de Trabalho IMS/UERJ e Nescon/UFMG, da Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde (RORHES) 2004. O principal objetivo da pesquisa foi caracterizar a capacidade de gestão de recursos humanos das secretarias municipais de saúde, como forma de subsidiar o desenvolvimento de diretrizes políticas para a área. A pesquisa foi desenvolvida em 223 municípios e 26 capitais cuja população representa cerca de 50% da população brasileira (estimativa populacional para 2003). Deste conjunto, 206 secretarias municipais de saúde responderam ao inquérito, sendo 24 capitais. Download da íntegra da pesquisa disponível em <www.obsnet.ims.uerj.br>.

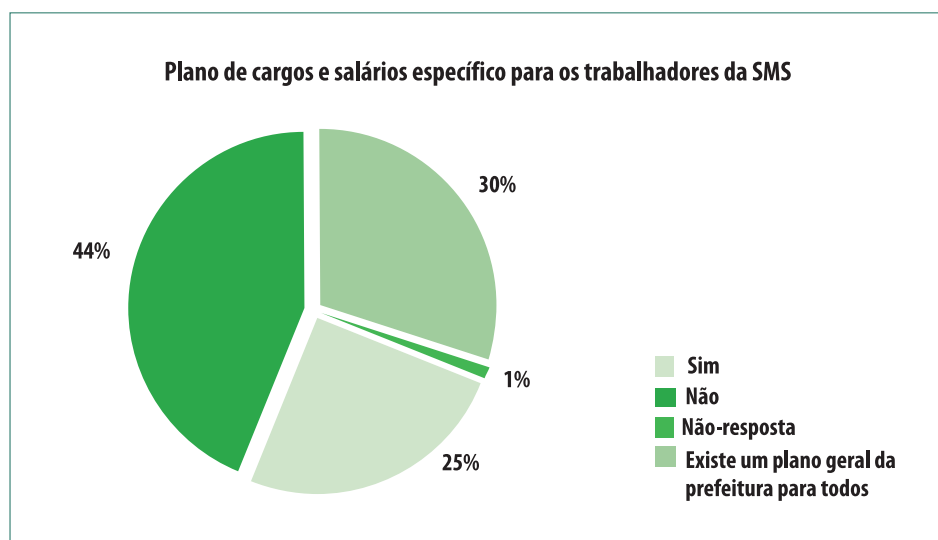


da área, o que pode ser observado não só pela resposta direta à pergunta (72,3% afirmam ter pouca ou nenhuma experiência), mas pela análise do conjunto dos resultados. Destaca-se aqui, que a folha de pagamento constitui-se na principal fonte de dados para esta atividade, causando surpresa a não utilização, pelas secretarias municipais de saúde, de sistemas de informação de recursos humanos com aporte qualitativo. Este cenário pode indicar a necessidade de definir políticas e adotar estratégias que possam apoiar as secretarias para o uso de sistemas de informação como ferramenta de planejamento e gestão.

De acordo com as diretrizes políticas para a área de Recursos Humanos expressa na NOB/RH/SUS¹⁰, o Plano de Cargos, Carreira e Salários (PCCS) é considerado um instrumento de ordenação do trabalho que deve ser incorporado em cada nível de gestão do SUS.

Em relação ao PCCS, dos 150 municípios que declararam possuir estrutura de RH na SMS, cerca de 27% apontam a existência de plano específico para a Saúde e, nas capitais, 54,2%. Nos municípios em que atividade de RH é centralizada na administração (56), 82,1% afirmaram possuir plano com especificidade para a Saúde. Esses resultados merecem ser mais bem qualificados com relação à especificidade para a Saúde, atualidade do plano, implantação, entre outras coisas. Por outra via, há um reconhecimento declarado em cerca de 60% das secretarias municipais de saúde, dos grupamentos estudados, da pertinência de utilização do PCCS como instrumento facilitador da gestão.

Gráfico 2. Plano de cargos, carreira e salários específico para os trabalhadores da SMS. Brasil, 2004



Fonte: ROREHS/IMS-UERJ/Nescon-UFMG. Capacidade Gestora de Recursos Humanos em Instâncias Locais de Saúde em Municípios com População Superior a 100 mil Habitantes. Brasil, 2004.

A utilização de incentivos como forma de retribuição direta ou indireta para os trabalhadores da saúde foi indicada por cerca 60% dos municípios, sendo que os mais utilizados referem-se a férias-prêmio, folgas e incentivos financeiros.

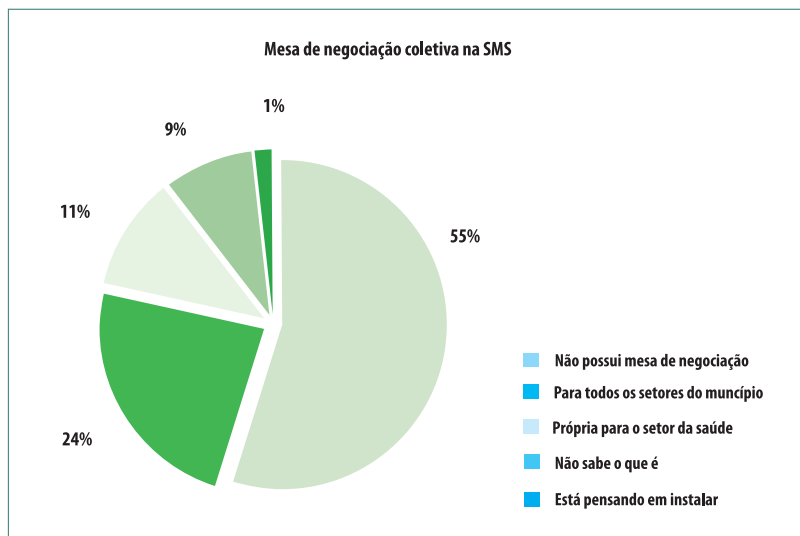
Há que se pensar em planos de cargos que contemplem tipos de vínculos empregatícios e formas de remuneração compatíveis com as funções típicas de carreira da Saúde e que promovam, entre outras, a fixação do trabalhador (incluindo uma política de incentivos) e a especificação de vínculos flexíveis e adaptáveis a condições locais e especiais, não diretamente relacionadas com o trabalho em saúde, pactuados entre trabalhadores, gestores e a sociedade.

O processo de negociação do trabalho, via instalação de mesa de negociação para a Saúde,

10 A NOB/RH/SUS (Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS) faz parte de uma recomendação do Conselho Nacional de Saúde para a gestão do trabalho e da educação no SUS.

foi declarado em 14% dos municípios com estrutura própria, 37,5% das capitais e, em apenas um município do grupo que não possui estrutura própria na SMS. Nas capitais, 60% apontam a mesa como instrumento facilitador da gestão, junto com 48,7% e 32,1% dos segmentos com estrutura na SMS e centralizada, respectivamente.

Gráfico 3. Mesa de negociação coletiva instalada na SMS. Brasil, 2004

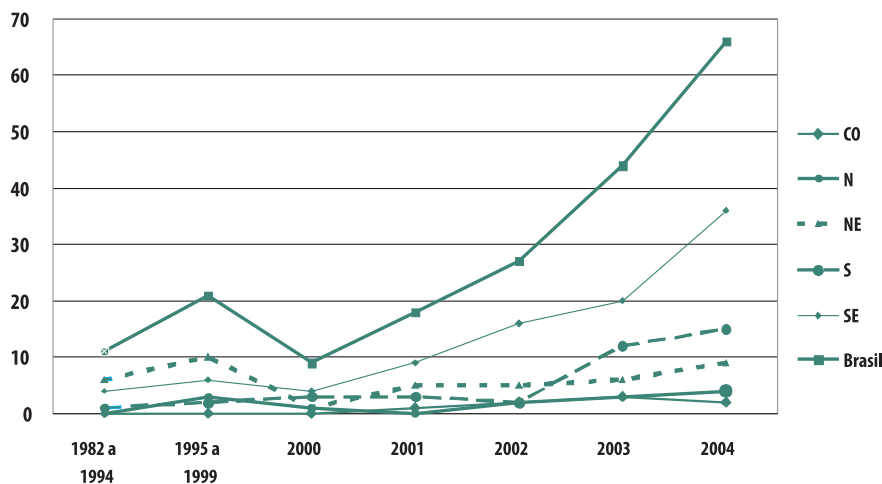


Fonte: ROREHS/IMS-UERJ/Nescon-UFGM. Capacidade Gestora de Recursos Humanos em Instâncias Locais de Saúde em Municípios com População Superior a 100 mil Habitantes. Brasil, 2004.

Estes achados podem dar pistas da necessidade do fortalecimento da implantação e gestão de carreira e de mesa de negociação, informando a pertinência do estabelecimento de políticas indutivas e instrumentais para implementação dessas formas de regulamentação e de gestão do trabalho para a Saúde. As mesas de negociação permanente de trabalhadores, em especial do SUS, podem ser caracterizadas como “projeto coletivo onde a democratização das relações de trabalho na saúde surge como valor fundamental”. Vem sendo desenvolvidas com a participação, na busca do consenso, de trabalhadores, organizações sindicais, gestores das diversas instâncias da Saúde, para soluções de conflitos emergentes das relações laborais (BRASIL, 2003). Os dados coletados sobre tipos de vínculo revelaram que o emprego formal e estável ainda é o predominante na Saúde, variando de 85% a 95% nos grupamentos analisados; destaca-se a modalidade cooperativa nas capitais.

Este quadro é corroborado pela data de realização do último concurso público: observou-se que, a partir do ano de 2000, 80% dos gestores entrevistados declararam ter realizado concurso público como forma de recrutamento e seleção de pessoal.

Gráfico 4. Ano de realização do último concurso público segundo a região do País. Brasil, 2004

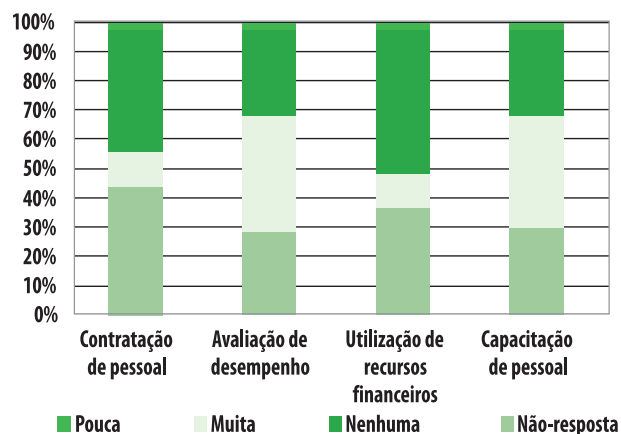


Fonte: ROREHS/IMS-UERJ/Nescon-UFGM. Capacidade Gestora de Recursos Humanos em Instâncias Locais de Saúde em Municípios com População Superior a 100 mil Habitantes. Brasil, 2004.



Os indicadores selecionados para avaliação de autonomia de gestão (contratação de pessoal, sistema de avaliação de desempenho, utilização de recursos financeiros, e de processos de capacitação) demonstram que o nível de autonomia do gestor é limitado às questões relacionadas à burocracia interna – sistema de avaliação de desempenho e capacitação¹¹. Para aquelas que exigem poder decisório como utilização de recursos orçamentários e contratação de pessoal a autonomia declarada é “muito baixa ou nenhuma”.

Gráfico 5. Grau de autonomia do gestor de RH das secretarias municipais de saúde. Brasil, 2004



Fonte: ROREHS/IMS-UERJ/Nescon-UFMG. Capacidade Gestora de Recursos Humanos em Instâncias Locais de Saúde em Municípios com População Superior a 100 mil Habitantes. Brasil, 2004.

Entre as questões opinativas, os gestores apontam informações diferenciadas em relação às formas de contratação de pessoal para a Saúde¹², em função da natureza do serviço. As formas indiretas e mistas (dependendo da categoria ou por qualquer forma de vinculação) de contratação de pessoal podem ser apontadas como uma tendência na preferência dos gestores, para hospitais e serviços especializados, não sendo observada diferença entre SMS com e sem estrutura de RH.

Nas capitais, em relação às unidades hospitalares, apenas duas assinalaram a modalidade direta e estatutária como preferencial, enquanto há predominância das contratações via formas indiretas e mistas.

Já para o PSF da Atenção Básica, o estudo discriminou que as formas diretas e mais estáveis de contratação caracterizam-se como uma tendência na opção dos gestores. Nas capitais, entretanto, nenhum gestor assinalou as formas diretas estáveis para PSF da Atenção Básica; se agregássemos as afirmativas relativas às formas de vinculação indiretas e mistas teríamos 80,9% da preferência nas citações deste grupamento.

Os resultados do estudo aqui destacados não esgotam todas as possibilidades de caracterizar a capacidade gestora das secretarias municipais de saúde. No entanto, os achados da pesquisa servem, seguramente, como base para definir estratégias, tanto para fortalecimento de processos que envolvem a gestão do trabalho e da educação para a saúde – indicando tendências para prioridades de intervenção qualificada, bem como fornecem importantes subsídios para tomada de decisões por parte dos gestores do sistema de saúde brasileiro¹³.

Ademais, o traço comum observado nos três grupamentos selecionados para pesquisa remonta à fragilidade de questões mais amplas referidas como a autonomia da gestão financeira e dos

¹¹ Neste particular, as capacitações referem-se às promovidas pelas demandas e pelos programas do Ministério da Saúde.

¹² Os itens selecionados como opções foram: exclusivamente pela forma direta de vinculação como servidor estatutário; exclusivamente pela forma indireta (cooperativa/terceirizados); por meio de uma composição entre servidores estatutários, celetistas e formas indiretas de vinculação; por qualquer forma de vinculação dependendo da categoria profissional.

¹³ Consultar <www.obsnet.ims.uerj.br> para versão integral da pesquisa.

processos que envolvem o trabalho (planejamento, contratação de pessoal, carreira, etc.) e a educação (desenvolvimento e aplicação de atividades de formação e de educação permanente, relacionadas à operacionalização dos sistemas locais).

Considerações finais

As questões relativas ao trabalho e aos trabalhadores, em especial da área da Saúde, seguramente estão na agenda mundial em aspectos tão diversos quanto os relativos ao próprio trabalhador (como a exclusão, o desemprego prolongado, a insegurança, a falta de qualificação para o trabalho) e à saúde, relacionada com condições de vida e de desenvolvimento de uma sociedade. E, mais ainda, esses “males” atemorizam e se aproximam de países centrais que vêm suas condições de vida e trabalho a caminho do bloco dos excluídos.

Há um consenso de que, para além de políticas pontuais, devem ser estabelecidas ações que incluem aspectos geográficos, sociodemográficos, culturais, econômicos e políticos. Ademais, apontem por um lado, para soluções focalizadas e, de outro, para soluções intersetoriais que potencializem as políticas de recursos humanos em saúde.

É consensual, também, que as políticas centralizadas que discriminam financiamento e instituem o aparato jurídico legal do Estado podem apresentar distâncias ou mesmo se constituir em impeditivos para ações efetivas na área da Saúde, favorecendo iniquidades e prejudicando metas de qualidade e inclusão social. Assim, a incorporação de critérios de financiamento calcados em avaliação qualitativa de resultados devem ser preferíveis aos que se fundamentam, exclusivamente, em bases populacionais e quantitativas.

A valorização da ciência e da tecnologia modifica o trabalho alterando produtos, processos ou a gestão e, para além da incorporação de tecnologia armada, dos trabalhadores se exigem novos perfis adaptativos. Estes demandam nova conformação da capacidade laboral de diversos setores da economia, ditada por tendências, às vezes contraditórias, relacionadas com a polivalência, a ausência de especialização, a capacidade de inovar, a ênfase do trabalho em equipe, a qualificação, a autonomia e a responsabilização, o desenvolvimento de habilidades cognitivas e de novas competências.

A velocidade com que esses novos perfis são demandados, aliada a proposições inovadoras aplicadas em estruturas organizacionais rígidas ou com metodologias tradicionais, faz conviver, hoje, formas híbridas de organização do trabalho. Assim, persistem processos de trabalho com ausência de participação efetiva dos trabalhadores, rotatividade da ocupação dos postos de trabalho, treinamentos ou especializações que visam a mudanças comportamentais e não à formação específica mais qualificada, entre outras. Por outra via, é introduzida a normatização de formas de contratos temporários, eventuais com perda progressiva da proteção social.

O “novo” campo de atuação da **gestão do trabalho em saúde** e do gestor de RH, pode ser configurado em um conjunto de atividades que envolvem: o planejamento, a captação, a distribuição e a alocação de pessoas em postos de trabalho, com a qualificação requerida e com medidas que fortaleçam a fixação desses profissionais; a oferta de possibilidades de formação e capacitação que atendam às necessidades de desenvolvimento de competências para atenção à saúde de qualidade; e medidas no campo da regulação do trabalho com interfaces e intermediações com as corporações profissionais, com o mercado educativo e com a sociedade.

Assim, a agenda para a gestão do trabalho em Saúde deve incluir o fortalecimento de práticas gerenciais que busquem consensos e acordos para atender os conflitos entre os interesses corporativos e sociais envolvidos, objetivando uma visão ampliada do direito à saúde, garantido constitucionalmente, como no caso do Brasil; a incorporação da prática da avaliação como instrumento de fortalecimento e transformação tanto da própria gestão, como de construção de capacidades para formulação de políticas públicas. Mais ainda, a valorização do capital humano e do conhecimento como forças produtivas e mediadoras, não só do direito à saúde, mas também de desenvolvimento social.



Referências bibliográficas

- ANTUNES, R. *Adeus ao trabalho?* Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. São Paulo: Cortez; Unicamp, 2002. 200 p.
- BACH, S. Human resources and new approaches to public sector management: improving human resources management capacity. In: FERRINHO, P.; DALPOZ, M. (Org.). *Towards a Global Health Workforce Strategy*. Genève: OMS, 2003. p. 105-146.
- BANCO MUNDIAL. *World development indicators*. [S.l.: s.n.], 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Princípios e diretrizes para NOB/RH-SUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 112 p. (Cadernos Técnicos).
- . Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde Conselho Nacional de Saúde. *Mesa de negociação permanente do SUS: democratização das relações de trabalho no Sistema Único de Saúde SUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. 34 p. (Série D, Reuniões e Conferências).
- CENTRAL ÚNICA DOS TRABALHADORES (CUT); CONFEDERAÇÃO NACIONAL DOS TRABALHADORES EM SEGURIDADE SOCIAL (CNTSS). *Recursos humanos no SUS*. Disponível em: <<http://www.cntsscut.org.br/rh.doc>>. Acesso em: 26 ago. 2004.
- MARTINEZ, J., MARTINEAU, T. *Human resources in the health sector: an international perspective*. [S.l.: s.n.], 2002. Disponível em: <<http://www.healthsystems.org>>. Acesso em: 8 ago. 2004.
- MERCER, H. et al. Human resources for health: developing policy options for change. In: FERRINHO, P., DALPOZ, M. (Org.). *Towards a Global Health Workforce Strategy*. Genève: OMS, 2003. p. 451-482.
- PIERANTONI, C. As reformas do Estado, da saúde e recursos humanos: limites e possibilidades. *Ciência e Saúde Coletiva*, [S.l.], v. 6, n. 2, p. 341-361, 2001.
- _____. Recursos humanos e gerência no SUS. In: NEGRI, B.; VIANA, A. L. (Org.). *O sistema único de saúde em dez anos de desafio*. São Paulo: Sobravime, 2002. p. 609-630.
- POCHMANN, M. *O emprego na globalização: a nova divisão internacional do trabalho e os caminhos que o Brasil escolheu*. São Paulo: Bomtempo Editorial, 2002. 151 p.
- PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO (PNUD). *Brasil fica em 72.º lugar no ranking do IDH: desenvolvimento piorou em 20 países desde 1990: Noruega segue líder; Serra Leoa é o último pelo sétimo ano*. Disponível em: <<http://hdr.undp.org/2004/>>. Acesso em: 24 ago. 2004.
- QUEIROZ, L. F. Textos normativos e contextos locais: estudo de caso sobre os dilemas do processo de implantação do SUS. In: PIERANTONI, C.; MANSO, C. *Gestão de sistemas de saúde*. Rio de Janeiro: Segreca, 2003. p. 93 –131.
- SANTOS, M. *Por uma outra globalização do pensamento único à consciência universal*. Rio de Janeiro: Record, 2001. 174 p.



Francisco Eduardo Campos

Célia Regina Pierantoni

Ana Estela Haddad

Ana Luiza d'Ávila Viana

Regina Martha Barbosa Faria

Introdução

As modificações decorrentes do intenso processo de mudança experimentado pelos sistemas nacionais de saúde em todo o mundo ocidental, principalmente a partir dos anos 80 do século passado, incidiram fortemente sobre a área de Recursos Humanos, impondo-lhe transformações importantes, tais como: novas formas de contratação, novas funções e áreas de competência, mudanças na organização do trabalho e na conformação das equipes de saúde, mudanças nos sistemas de incentivo, e ênfase no desempenho e avaliação. Ao mesmo tempo, houve importante competição institucional, objetivando maior resolutividade, produtividade e qualidade do serviço, enfatizando a necessidade de aprimorar as funções de regulação dos processos de desenvolvimento de recursos humanos.

Entre os desafios derivados das reformas e da consolidação do Sistema Único de Saúde, no Brasil, destacam-se diferentes demandas em diferentes cenários. No cenário do trabalho, a gestão complexa de múltiplos sistemas de contratação e gestão, o imperativo da gestão descentralizada, o incentivo para incrementar a qualidade e a produtividade, a flexibilidade contratual, a relevância do trabalho em equipe e a gestão empreendedora orientada para o reconhecimento dos direitos dos usuários torna visível a importância de, por um lado, conceber, implementar e institucionalizar alternativas de educação permanente tanto para a formação de profissionais quanto para o seu aprimoramento em serviço; por outro, explicitam o notável aumento da demanda por melhoria da qualidade do trabalho, por nova certificação profissional e novas modalidades de acreditação e credenciamento.

No cenário da formação educacional, destacam-se, pelo menos, dois aspectos que têm merecido a atenção dos formuladores e gestores da política e dos programas de saúde. O primeiro refere-se à necessidade crescente de adequar os antigos currículos das escolas médicas e de enfermagem às mudanças sociais, aos novos perfis epidemiológicos e às demandas dos serviços. O segundo refere-se ao descompasso entre os serviços que configuram o primeiro nível de atenção e a suficiente disponibilidade de pessoal preparado para atender às necessidades de saúde da população.

Atualmente, a necessidade de alcançar os objetivos de extensão da cobertura, de criar novos modelos de atenção, de enfatizar o trabalho loco-regional com equipes multiprofissionais e de empreender ações eficazes de vigilância e prevenção torna visível e inquestionável a necessidade de repensar os conteúdos, objetivos e formatos educacionais historicamente predominantes.

No Brasil, o processo de concepção e implementação do Sistema Único de Saúde vem tornando claro um duplo desafio: implantar um modelo de saúde universal, descentralizado, com atenção integral, gestão única e participação social e, simultaneamente, identificar, incorporar e manejar os requerimentos oriundos das intensas transformações tecnológicas da área da Medicina, das modalidades de atenção com predomínio da prevenção, das transformações no papel e na função do Estado e da maior competitividade entre os serviços públicos e privados.

A criação e consolidação do Programa Saúde da Família (PSF) foi a alternativa adotada para enfrentar o desafio da mudança em vários níveis: nas práticas de saúde, no trabalho em saúde, na formação e educação, no compromisso com a participação comunitária e na expansão de cobertura.

Em síntese, observa-se no PSF a ênfase em práticas não-convencionais de assistência, destacando as atividades de prevenção e promoção como forma de reorganização e antecipação da demanda, o trabalho em equipes multiprofissionais, a educação em saúde, a reafirmação dos princípios de integralidade, hierarquização, regionalização e, finalmente, a importância de ações intersetoriais.

No que diz respeito à capacitação de equipes para Atenção Básica, o Ministério da Saúde (MS) iniciou, em novembro de 1997, a implantação dos Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal para a Saúde da Família, mediante chamada de projetos por edital público de dezembro de 1996. Vinculados a um complexo institucional do qual faziam parte Instituições de Ensino Superior (IES) e escolas de saúde pública das secretarias estaduais de saúde, os pólos foram financiados com recursos do Reforsus e constituíram, então, um conjunto articulado de instituições voltadas para o desenvolvimento de recursos humanos responsáveis pela implementação da Estratégia de Saúde da Família. Os critérios então utilizados para a seleção das instituições proponentes e credenciamento dos pólos enfatizaram a necessidade de integração, atuação colegiada, formação de equipes multiprofissionais e foco na Atenção Básica, uma das diretrizes centrais do SUS.

Em 2000, decorridos três anos de implantação dos Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal para a Saúde da Família, foi realizado um estudo, por solicitação do MS, para avaliar sua atuação. Foram objeto de avaliação os doze primeiros Pólos constituídos: Alagoas (Maceió), Bahia (Salvador), Ceará (Fortaleza), Distrito Federal (Brasília), Mato Grosso (Cuiabá), Minas Gerais (Belo Horizonte e Juiz de Fora), Paraná (Curitiba), Pernambuco (Recife), Rio de Janeiro (Niterói e Rio de Janeiro), Santa Catarina (Florianópolis).¹

A referida avaliação contemplou, basicamente, o desenvolvimento de dois módulos com as seguintes características: um primeiro módulo, que envolveu visitas aos 12 Pólos acima identificados, com o objetivo de caracterizar as atividades de capacitação ofertadas e identificar as potencialidades existentes; e um segundo módulo destinado a identificar a relação entre as atividades dos Pólos, seu projeto educacional e o trabalho das equipes do PSF na instância local, objetivando promover o “encontro” entre a capacitação ofertada e as necessidades reais das equipes operacionais.

Os principais resultados dessa avaliação explicitaram alguns dilemas relacionados com as diretrizes educacionais para a Saúde e a institucionalização do ensino. Alguns resultados – recorrentes ou identificados durante o trabalho de campo – indicaram a necessidade de soluções corajosas para o aprimoramento da formação e educação permanente de pessoal para a Saúde, em geral, e para a Atenção Básica, em particular:

1. Reorientar o modelo de formação profissional na área de Saúde em todos os segmentos, destacando-se a importância de integrar os conteúdos da Atenção Básica e da Saúde da Família nos cursos de graduação e pós-graduação.
2. Empreender ações que levem à ruptura do modelo setorial estanque, integrando Educação e Saúde, tanto no nível dos ministérios quanto no nível das secretarias estaduais e das universidades.
3. Aproximar os alunos da realidade da Atenção Básica, consubstanciada principalmente na estratégia de Saúde da Família, contemplando diferentes áreas educacionais, implementando programas de residência médica concebida conjuntamente pelos setores da Educação e da Saúde, de modo a enfatizar as dimensões do atendimento básico, oferecendo novas oportunidades profissionais de modo a incrementar o prestígio profissional da área e ampliando sua potencialidade de ser escolhida como área de atuação de bons profissionais.
4. Gerar e difundir tecnologia educacional para a área de capacitação em Saúde da Família, incluindo conteúdos adequados, metodologias e recursos pedagógicos destinados à formação, educação continuada e treinamento de habilidades específicas.
5. Institucionalizar o aparelho formador, exigindo um processo de discussão, concepção de medidas e implementação pactuada capaz de permitir a definição clara dos limites e atribuições do conjunto de organizações envolvidas com as atividades de formação e educação permanente de pessoal para a Saúde.

¹ Todos os resultados referem-se a 11 pólos, uma vez que os dois pólos do Rio de Janeiro foram analisados em conjunto.



6. Descentralizar as ações de formação e capacitação, revisando a distribuição geográfica das agências formadoras e implementando redes com agências sedes, centros irradiadores e núcleos atuantes, em parceria.
7. Prover as instituições formadoras de recursos capazes de levar o ensino até a esfera local (municípios e suas Unidades Básicas de Saúde) mediante a distribuição de material didático, habilitação de formadores, ensino à distância e/ou presencial descentralizado com o apoio de redes institucionais.
8. Implementar sistemas de avaliação e monitoramento eficazes.

Em fevereiro de 2004, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria GM/MS n.º 198, instituiu a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor, sinalizando um ponto de inflexão na concepção, organização e forma de atuação dos Pólos, concebidos como “espaços de articulação de uma ou mais instituições voltadas para a formação e educação permanente de recursos humanos na Saúde, vinculadas às universidades ou instituições isoladas de educação superior que se consorciaram ou celebraram convênios com a Secretaria Estadual de Saúde e/ou Secretaria Municipal de Saúde para implementar programas destinados ao pessoal envolvido na prestação de serviços em saúde da família”.

A mudança proposta pela nova legislação teve como base de sustentação uma leitura crítica dos diversos programas e iniciativas existentes de capacitação e formação de recursos humanos na Saúde, incluindo a proposta inicial de organização dos pólos. De acordo com essa leitura, tais programas e iniciativas operavam de forma desarticulada ou fragmentada e correspondiam a orientações conceituais bastante heterogêneas. Embora houvesse o reconhecimento de diversos aspectos positivos associados ao desenvolvimento desses programas e iniciativas, entende-se que eles tiveram limitada a capacidade de produzir impacto sobre as instituições formadoras e de promover mudanças nas práticas dominantes no sistema de saúde.²

A instituição da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde, em 4 de setembro de 2003, e pactuada na Comissão Intergestores Tripartite, em 18 de setembro de 2003, correspondeu, assim, a uma tentativa de se criar uma política de educação permanente no âmbito do SUS que não apenas integrasse todas as iniciativas existentes, mas se constituísse, ela própria, o eixo transformador do sistema no que diz respeito à articulação entre Educação e Saúde. Para essa finalidade, dois aspectos são de fundamental importância: o conceito de “educação permanente em saúde” e o novo papel conferido aos pólos para efetivação da Política.

A Educação Permanente em Saúde (EPS), tal como concebida pelos gestores do MS, utiliza como pressuposto pedagógico a noção de aprendizagem significativa, que vincula o aprendizado a elementos que façam sentido para os sujeitos envolvidos, de modo que os processos de capacitação sejam estruturados a partir da problematização dos processos de trabalho. Dessa forma, a educação permanente é entendida como aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho.

O objetivo central dessa proposta é a **transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, tomando como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde**. Sublinha-se, nesta concepção, que a atualização técnico-científica é apenas um dos aspectos de transformação das práticas e não seu foco central, em contraposição ao conceito de “educação continuada”, em que o conhecimento preside e define as práticas. Isso significa romper com a lógica centralizada e descendente da oferta de cursos padronizados, com carga horária, conteúdo e dinâmica definidos centralmente, propiciando as seguintes transformações: democratização institucional, desenvolvimento da capacidade de aprendizagem, desenvolvimento de capacidades docentes e de enfrentamento criativo das situações

² Entre os aspectos positivos identificados, destacam-se: a mobilização de pessoas e instituições no sentido de uma aproximação entre as instituições formadoras e as ações e serviços de saúde; o desenvolvimento de condições de crítica e reflexão sistemática; o estímulo ao fortalecimento do movimento por mudanças na formação; e a introdução de mudanças pontuais nos modelos hegemônicos de formação e cuidado em saúde



de trabalho, trabalho em equipes matriciais, melhora permanente da qualidade do cuidado à saúde, e constituição de práticas técnicas críticas, éticas e humanísticas.

Nesse processo de transformação das práticas profissionais e de organização do trabalho, as equipes de saúde, em qualquer área do sistema, constituem o público-alvo da educação permanente: equipes que atuam na Atenção Básica, especialmente aquelas vinculadas à Saúde da Família; equipes de urgência e emergência; equipes de atenção e internação domiciliar; e equipes de reabilitação psicossocial. Além dos profissionais que formam essas equipes, também constituem prioridade da educação permanente: o pessoal necessário para prestar atenção humanizada ao parto e ao pré-natal; os hospitais universitários e de ensino, em ações que objetivam sua integração à rede do SUS; o desenvolvimento da gestão do sistema, das ações e dos serviços de saúde; e as capacitações pontuais resultantes de deliberação nacional, estadual intergestores, municipal ou do Conselho de Saúde.

A proposta de Educação Permanente em Saúde requer, obviamente, o desenvolvimento de ações em diversos âmbitos: da formação técnica, de graduação e de pós-graduação; da organização do trabalho; da interação com as redes de gestão e de serviços de saúde; e do controle social neste setor. Para conduzir a gestão dessa multiplicidade de ações no plano local e regional, foram criadas instâncias de articulação entre instituições formadoras, gestores do SUS, serviços, instâncias do controle social e representações estudantis. Essas instâncias de articulação são entendidas como espaços para o estabelecimento do diálogo e da negociação entre as ações e os serviços do SUS e as instituições formadoras, e como *locus* para a identificação de necessidades e a construção de estratégias e políticas no campo da formação e do desenvolvimento.

É justamente aqui que entra o segundo aspecto fundamental da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde – os Pólos de Educação Permanente em Saúde para o SUS, concebidos agora como instâncias de articulação interinstitucional e loco-regional, que devem funcionar como Rodas para a Gestão da Educação Permanente em Saúde, com as funções de (Portaria GM/MS 198):

- I. identificar necessidades de formação e de desenvolvimento dos trabalhadores de saúde e construir estratégias e processos que qualifiquem a atenção e a gestão em saúde e fortaleçam o controle social no setor, na perspectiva de produzir impacto positivo sobre a saúde individual e coletiva;
- II. mobilizar a formação de gestores de sistemas, ações e serviços para a integração da rede de atenção como cadeia de cuidados progressivos à saúde (rede única de atenção intercomplementar e de acesso ao conjunto das necessidades de saúde individuais e coletivas);
- III. propor políticas e estabelecer negociações interinstitucionais e intersetoriais orientadas pelas necessidades de formação e de desenvolvimento e pelos princípios e diretrizes do SUS, não substituindo quaisquer fóruns de formulação e decisão sobre as políticas de organização da atenção à saúde;
- IV. articular e estimular a transformação das práticas de saúde e de educação na Saúde no conjunto do SUS e das instituições de ensino, tendo em vista a implementação das diretrizes curriculares nacionais para o conjunto dos cursos da área da Saúde e a transformação de toda a rede de serviços e de gestão em rede-escola;
- V. formular políticas de formação e desenvolvimento de formadores e de formuladores de políticas, fortalecendo a capacidade docente e a capacidade de gestão do SUS em cada base locoregional;
- VI. estabelecer a pactuação e a negociação permanentes entre os atores das ações e serviços do SUS, docentes e estudantes da área da Saúde;
- VII. estabelecer relações cooperativas com as outras articulações loco-regionais nos estados e no País. (BRASIL, 2004a)

Dessa forma, a proposta é que os Pólos de Educação Permanente em Saúde para o SUS configurem espaços de formulação de políticas e de negociações orientadas pelas necessidades de formação e desenvolvimento de profissionais de saúde pelos princípios e diretrizes do SUS. Trata-se, portanto, de lugar de debate e decisão política e não o lugar executivo de implementação das ações.



A proposta de composição dos pólos expressa a diversidade de atores sociais envolvidos no processo de Educação Permanente em Saúde, incluindo dirigentes, trabalhadores, estudantes e usuários das ações e serviços de saúde. Essa diversidade de atores implica, por sua vez, a existência de uma multiplicidade de interesses e pontos de vista existentes nos territórios loco-regionais, o que demanda a própria necessidade de negociação e pactuação política no processo de estabelecimento de orientações concretas para a Educação Permanente em Saúde. Mais especificamente, poderão compor os pólos os seguintes atores e instituições, cujos representantes formarão sua gestão colegiada: gestores estaduais e municipais de saúde e de educação; instituições de ensino com cursos na área da Saúde; escolas técnicas, escolas de saúde pública e demais centros formadores das secretarias estaduais ou municipais de saúde; núcleos de saúde coletiva; hospitais de ensino e serviços de saúde; estudantes da área de Saúde; profissionais de saúde; conselhos municipais e estaduais de saúde; movimentos sociais ligados à gestão das políticas públicas de saúde.

Dada a natureza loco-regional da proposta, é necessário que cada Pólo seja referência e se responsabilize por determinado território, que a ele estará vinculado para apresentar necessidades de formação e desenvolvimento. Nos estados com vários pólos, caberá à Secretaria Estadual de Saúde (SES) a iniciativa de reuni-los periodicamente para estimular a cooperação e a conjugação de esforços, a não-fragmentação das propostas e a compatibilização das iniciativas com a política estadual e nacional de saúde, atendendo aos interesses e necessidade de fortalecimento do SUS e da Reforma Sanitária Brasileira, e sempre respeitando as necessidades locais. Destaca-se, ainda, a determinação de que nenhum município do País deixará de estar referenciado a um Pólo de Educação Permanente em Saúde para o SUS, sendo que cada SES deverá coordenar esse processo, cabendo à Comissão Intergestores Bipartite a pactuação das “loco-regionalizações”.

Considerando aspectos como a concepção dos pólos, o nível de atenção privilegiado, as instituições participantes, o financiamento e a vinculação administrativa dos pólos no MS, verificam-se mudanças importantes nas propostas do modelo anterior e do modelo atual, como mostra a tabela a seguir.



Tabela 1 - Principais características dos Pólos no modelo anterior e no modelo atual

Item	Modelo Anterior (1997-2002)	Modelo Atual (2003-2005)
Nome	Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal para o Saúde da Família.	Pólos de Educação Permanente em Saúde para o SUS.
Concepção	Espaço de articulação de uma ou mais instituições voltadas para a formação e educação permanente de recursos humanos em saúde, vinculadas às universidades ou instituições isoladas de educação superior que se consorciaram ou celebraram convênios com SES e/ou SMS para implementar programas destinados ao pessoal envolvido na prestação de serviços em saúde da família.	Espaços para o estabelecimento do diálogo e da negociação entre os atores das ações e serviços do SUS e das instituições formadoras; lócus para a identificação de necessidades e para a construção de estratégias e de políticas no campo da formação e desenvolvimento, na perspectiva da ampliação da qualidade de gestão, da qualidade e do aperfeiçoamento da atenção integral à saúde, do domínio popularizado do conceito ampliado de saúde e do fortalecimento do controle social no SUS.
Nível de atenção privilegiado	Atenção Básica, com foco nos profissionais que integram o Programa de Saúde da Família (PSF).	Todos os níveis de atenção (básica, média e alta complexidade), configurando uma cadeia de cuidados progressivos à saúde.
Composição dos Pólos	<ul style="list-style-type: none">• Gestores estaduais e municipais de saúde;• Instituições de ensino superior com cursos na área de saúde;• Escolas técnicas, escolas de saúde pública e demais centros formadores das SES e SMS.	<ul style="list-style-type: none">• Gestores estaduais e municipais de saúde e de educação;• Instituições de ensino com cursos na área de saúde;• Escolas técnicas, escolas de saúde pública e demais centros formadores das SES e SMS;• Núcleos de saúde coletiva;• Hospitais de ensino e serviços de saúde;• Estudantes da área de saúde;• Trabalhadores de saúde;• Conselhos municipais e estaduais de saúde;• Movimentos sociais ligados à gestão das políticas públicas de saúde.
Financiamento	Recursos federais provenientes do Projeto Reforsus, para financiamento dos projetos de constituição dos Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal para a Saúde da Família.	Recursos federais provenientes do Orçamento do Ministério da Saúde, com repasse inicial de recursos para financiar os projetos dos Pólos de Educação Permanente em Saúde apresentados ao MS, com critérios e valores definidos a priori (tetos financeiros).
Vinculação administrativa dos pólos no MS	Departamento de Atenção Básica - Secretaria de Políticas de Saúde	Departamento de Gestão da Educação em Saúde - Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

Fonte: Elaborado a partir de informações disponibilizadas pelo MS.

Como pode ser visto pela proposta de constituição dos Pólos de Educação Permanente em Saúde para o SUS, a grande expectativa do Ministério da Saúde é o desenvolvimento de relações orgânicas e permanentes entre as estruturas de gestão da Saúde (práticas gerenciais e organização da rede), as instituições de ensino (práticas de formação, produção de conhecimento e cooperação técnica) e os órgãos de controle social em saúde (profissionais e suas práticas), assim como a ruptura com a lógica da compra de produtos e pagamento por procedimentos educacionais. Espera-se, com isso, elevar o compromisso dos gestores com a formação dos trabalhadores de saúde para o SUS e o compromisso das instituições formadoras com o sistema de saúde, propiciando a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho.

Decorridos dois anos da aprovação dessa Política pelas instâncias colegiadas do SUS em setembro de 2005, a SGTES constituiu o Programa de Avaliação da Política de Educação Permanente,

em parceria com o Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, retomando as dimensões analíticas e o desenho metodológico utilizados na avaliação de 2000, de modo a poder comparar avanços e recuos nos objetivos básicos da política de formação de pessoal para o SUS.

Objetivos, desenho metodológico e marco analítico

Os objetivos definidos para essa nova avaliação incluem:

1. Identificar o estágio de desenvolvimento da Política de Educação em Saúde no que diz respeito à implementação das instâncias de articulação interinstitucional e loco regional (Pólos de Educação Permanente em Saúde para o SUS).
2. Atualizar o conhecimento relativo à composição dos pólos e sua forma de organização e propor mecanismos que permitam incrementar a eficácia da capacitação através de uma organização com maior capilaridade.
3. Sugerir estratégias e ações de curto e médio prazos voltadas para o fortalecimento da integração entre formação, educação permanente e capacitação, e dos elos entre serviços e instituições de ensino.
4. Propor indicadores de acompanhamento e avaliação para a Política de Educação Permanente em Saúde.

Desenho da avaliação proposta

A atuação dos pólos inclui capacitação multifacetada, quanto à sua natureza, aos seus conteúdos, aos destinatários da ação, aos procedimentos pedagógicos, ao projeto educacional, aos recursos humanos envolvidos e ao conjunto de atores participantes. Por outro lado, demanda uma base de sustentação e consolidação que envolve recursos financeiros, recursos materiais, rede física, cooperação interinstitucional e capilaridade. Para contemplar este conjunto de dimensões, visitar um conjunto representativo de pólos e ouvir o maior número possível de seus participantes, o estudo contempla a realização de quatro módulos não-sequenciais.

Módulo I: Objetiva obter informações sobre o universo de pólos atualmente existentes. A coleta de dados, via enquete telefônica, contém um conjunto de questões relacionadas com a organização interna da instituição central, a estrutura e composição do Pólo, o processo decisório e as atividades desenvolvidas nos últimos 12 meses.

Módulo II: Contempla um “estudo de caso” para aprofundamento das questões surgidas durante o estudo. O objetivo é identificar os aspectos positivos do Projeto e os aspectos que podem ser aprimorados. O estudo de caso inclui – intencionalmente – oito pólos com atuação emblemática, em termos de compreensão da missão, das metas e dos objetivos; capacidade de implementar o Projeto de acordo com as diretrizes; obtenção de resultados eficazes; e disposição para disseminar sua experiência.

Módulo III: Este módulo contempla o retorno aos 12 pólos estudados anteriormente e tem o objetivo de obter dados para uma comparação dos tipos pré e pós-teste, viabilizando informações úteis para identificar o impacto das modificações introduzidas e o ganho de eficácia resultante de uma estruturação mais inclusiva da sociedade civil e seus representantes.

Módulo IV: Destinado a avaliar os oito pólos do Estado de São Paulo, uma vez que não foram incluídos no estudo anteriormente realizado. Estes pólos congregam, dentre outros, 62 municípios que estão sendo avaliados no estudo sobre o Programa de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (Proesf) nos municípios paulistas com mais de cem mil habitantes.

Marco analítico

O marco analítico parte da premissa de que as modificações introduzidas no modelo atual dos pólos, embora tenham ampliado seu potencial de atuação e associação com diferentes instituições,



não descartou as atribuições anteriores. Dito de outra forma, o Projeto atual acrescentou sem excluir. Neste sentido, para efeitos de comparabilidade vamos proceder da mesma forma quanto à definição dos eixos norteadores do estudo, das dimensões avaliadas e dos respectivos indicadores.

O ponto de partida é a identificação das atribuições e dos objetivos dos Pólos de Educação Permanente em Saúde para o SUS e a recuperação das dimensões testadas e validadas no estudo anterior: inovação *versus* reprodução da estrutura existente; relação entre educação e serviço; composição e estrutura organizacional; adequação, diversificação e abrangência das atividades; impacto na graduação; lógica de operação; beneficiários das ações educativas; relacionamento com as instâncias estaduais e municipais; regionalização e descentralização; sistemas de monitoramento e avaliação; e impacto nas instituições participantes.

Resultados preliminares

A investigação proposta encontra-se em processo de desenvolvimento, tendo sido realizadas, até o presente momento, atividades relacionadas com os Módulos I, III e IV. A seguir, apresentam-se os resultados preliminares relativos ao Módulo IV.

Nesse módulo, foram tabuladas as respostas obtidas em entrevistas realizadas com coordenadores de quatro Pólos de Educação Permanente em Saúde para o SUS do Estado de São Paulo, responsáveis por atender 177 municípios, conforme tabela abaixo.

Tabela 2 – Capacidade instalada sistema de saúde – Série histórica – Brasil

PÓLO	MUNICÍPIO SEDE	MUNICÍPIOS ATENDIDOS PELO PÓLO
1. GRANDE SP	SÃO PAULO	39
2. LESTE PAULISTA	CAMPINAS	90
3. BAIXADA SANTISTA	SANTOS	09
4. VALE DO PARAÍBA	S. J. CAMPOS	39
TOTAL		177

Fonte: FMUSP. Pesquisa de Avaliação da Política de Educação Permanente em Saúde, 2006.

Com relação à **gênese e organização** dos pólos, vale destacar que o Estado de São Paulo tinha originalmente cinco pólos (Grande SP, Ribeirão Preto, Marília, Botucatu e Campinas), sendo que o novo modelo de organização promoveu a reestruturação dos pólos existentes e a criação de mais três pólos. Este processo teve início a partir de maio de 2003, intensificado quatro meses depois mediante articulação que envolveu instituições de ensino, serviço, conselhos e gestores. Destaca-se que em um dos pólos visitados, a interação entre gestores municipais, universidade e Ministério da Saúde foi elemento facilitador do processo de articulação e negociação.

Desse modo, observa-se que a Secretaria Estadual de Saúde, por intermédio de suas divisões regionais, e as instituições de ensino tiveram destaque nas atividades de estruturação inicial dos pólos.

Conforme estabelecido pela Portaria GM/MS n.º 198, todos os pólos visitados possuem Colegiado de Gestão, composto, em sua maioria, por representantes das secretarias de saúde, instituições de ensino superior, conselhos de saúde, escolas técnicas e centros formadores em saúde, hospitais universitários e instâncias da sociedade civil. Três dos quatro pólos possuem Conselho Gestor “aberto” a vários segmentos, desempenhando as funções de elaboração da política educacional da região, definição de diretrizes e gestão. Vale destacar que, no entender dos entrevistados, Conselho Gestor e Colegiado de Gestão se confundem, na prática.

Coordenação e secretaria-executiva são operantes em todos os pólos, ao passo que comitês temáticos em diversas áreas, como Saúde da Família, Saúde do Trabalhador, Reforma Curricular, Planejamento, Metodologia de Gestão e Elaboração de Plano de Trabalho, existem em três dos quatro pólos visitados.



Entre as dificuldades assinaladas, no que se refere à estrutura de funcionamento dos Pólos, destacam-se aquelas relacionadas com a disponibilidade de recursos financeiros (atrasos e insuficiência) e necessidade de infra-estrutura (instalações e equipamentos). Embora o Pólo seja compreendido como instância de articulação, verificou-se receio de que seja considerado apenas um intermediário financeiro de projetos.

Na **lógica de operação e processo decisório**, os projetos de capacitação podem surgir tanto a partir de demandas identificadas pelos municípios, que elaboram e encaminham propostas de capacitação para discussão e pactuação nas reuniões do Colegiado de Gestão, como a partir de problemas apresentados ao Conselho Gestor do Pólo que, em alguns casos, designa uma comissão para encaminhamento dos problemas e proposição de alternativas. Ou seja, os projetos podem ser apresentados por qualquer segmento representado no Pólo ou serem elaborados por uma comissão designada pelo Conselho Gestor, após a identificação de um problema relevante e que atinge um ou mais municípios.

Dois dos pólos visitados estabeleceram eixos norteadores dos projetos: (a) incentivo à formação de pessoal e reformas curriculares; (b) trabalhar na lógica da educação permanente com projetos demandados pelos municípios; (c) ampliar a participação cidadã nos movimentos populares com ações concretas como a formação de conselheiros de saúde; (d) esforço para comunicação e ampliação (divulgar atividades e ampliar a participação).

As reuniões são conduzidas pela coordenação dos pólos, sendo que o encaminhamento dos projetos é feito pela secretaria-executiva. Os impasses surgidos durante as reuniões são resolvidos tanto por argumentação e consenso, como por votação. No dizer de um dos entrevistados “*voto vencido é voto convencido*”. Uma vez que as propostas se enquadram nos eixos definidos, em geral o fluxo de encaminhamento obedece a seguinte ordem: SMS à SES à Comissão Intergestores Bipartite/CIB à Ministério da Saúde.

As **atividades de ensino** contempladas pelos projetos são executadas pelas universidades, faculdades, escolas técnicas ou outras instituições de ensino. Entretanto, metade dos pólos destacou que essas atividades – educação técnica, graduação e pós-graduação – deveriam ser implementadas de forma compartilhada entre as instituições de ensino e os serviços, enquanto a outra metade entende que a responsabilidade deve ser atribuição exclusiva das instituições de ensino.

Os pólos praticamente não contam com **sistemas de monitoramento e avaliação** das atividades desenvolvidas e dos projetos executados. Verificou-se, inclusive, que os pólos não têm acesso aos mecanismos de acompanhamento de execução dos projetos e que isso não faz parte de suas atividades rotineiras, conforme destacado por um dos entrevistados:

Por exemplo, o Pólo não havia sido informado sobre quantos e quais projetos foram financiados, quanto do valor disponibilizado para o Pólo foi efetivamente utilizado etc. Além disso, não recebe informações do órgão executor sobre o andamento dos cursos. Então tudo isso tem que ser solicitado pelo Pólo, que está totalmente alijado desse processo.

De acordo com os entrevistados, a participação na discussão e elaboração dos projetos, a elaboração dos cursos de capacitação e a execução dos projetos constituem as principais contribuições das instituições de ensino nas atividades dos pólos. Entretanto, foi relatada a existência de dificuldades na **relação ensino versus serviço**. Isso porque as instituições de ensino consideram que os serviços não abrem as portas para estágio e, quando abrem, usam os estagiários como mão-de-obra barata. Já os serviços consideram que os estagiários que estão chegando não estão preparados, que há falha na formação e, por isso, não podem entrar diretamente na área técnica e têm que passar por outro processo de formação dentro do serviço. Apesar dessas dificuldades, foi relatado que algumas instituições de ensino estão mais solidárias e abertas às propostas encaminhadas pelos pólos, de acordo com um entrevistado:

Antes havia muita dificuldade para o Pólo dialogar com as universidades e propor mudanças curriculares, por exemplo. Na última reunião, porém, as universidades se mostraram mais abertas ao diálogo. O tema foram os cursos de especialização e foi discutido o tipo de relação que os Pólos devem ter com as universidades, pois a mudança das práticas de trabalho,



missão do Pólo, não serão alcançadas sem as universidades. A relação não pode ser só uma relação de pagamento e prestação de serviço. Se o SUS é hoje o maior empregador na área de Saúde, então as universidades devem formar profissionais para o SUS e não para a rede privada. Nesse sentido, o Pólo solicitou que as universidades que realizaram cursos para o Pólo fizessem uma apresentação dos impactos que elas imaginam que esses cursos produziram. A idéia é chamar os alunos que fizeram o curso e identificar o que eles conseguiram implantar em função da capacitação recebida. E se não conseguiu, identificar o motivo: foi na execução do problema ou a informação acadêmica não condiz com a realidade? Então abre-se aí uma porta para se começar a discutir isso. Como resultado, foi criado um grupo temático para discutir mudanças curriculares.

No que se refere à **proposta pedagógica**, não foi identificado consenso quanto à abordagem que deve prevalecer nas atividades de capacitação pactuadas e aprovadas pelos pólos. De fato, considerando as diversas dimensões que caracterizam a abordagem proposta pela Política de Educação Permanente em Saúde e as características da abordagem que se pretende substituir, nota-se que os coordenadores dos pólos visitados encontram-se divididos quanto à aplicabilidade dessas abordagens nas atividades educacionais dos pólos. As tabelas 3 e 4 mostram o detalhamento das duas abordagens, assim como o posicionamento dos pólos quanto à sua aplicabilidade.

Tabela 3 - Caracterização das duas abordagens pedagógicas

Dimensão	Abordagem 1	Abordagem 2
Pressuposto pedagógico	O "conhecimento" preside /define as práticas. Em outras palavras, o trabalho é o momento ou a situação nos quais os conhecimentos adquiridos são aplicados e utilizados.	As práticas são definidas por múltiplos fatores (conhecimento, valores, relações de poder, organização do trabalho, etc.) e a aprendizagem dos adultos requer que se trabalhe com elementos que façam sentido para os sujeitos envolvidos (aprendizagem significativa)
Objetivo principal	Atualização de conhecimentos específicos	Transformação das práticas
Público-alvo	Profissionais específicos, de acordo com o conhecimento a trabalhar	Equipes (de atenção e gestão) em qualquer área do sistema
Modus Operandi	Descendente. A partir de uma leitura geral dos problemas, identificam-se temas e conteúdos a serem trabalhados com os profissionais, geralmente sob o formato de cursos	Ascendente. A partir da análise coletiva dos processos de trabalho, identificam-se os nós críticos enfrentados na atenção e gestão, possibilitando a construção de estratégias contextualizadas que promovem o diálogo entre as políticas gerais e a singularidade dos lugares e pessoas
Atividades educativas	Cursos padronizados - carga horária, conteúdo e dinâmica definidos centralmente	Problemas são resolvidos / equacionados de acordo com cada situação.

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde, 2004a.

Tabela 4 - Posicionamento dos Pólos quanto à aplicabilidade das duas abordagens pedagógicas

Dimensão	Apenas 1 é aplicável	Apenas 2 é aplicável	Ambas são aplicáveis	Nenhuma é aplicável
Pressuposto pedagógico	-	2	2	-
Objetivo principal	-	3	1	-
Público-alvo das atividades	-	-	4	-
Módus Operandi	1	2	1	-
Atividades educativas	1	2	1	-

Fonte: FMUSP. Pesquisa de Avaliação da Política de Educação Permanente em Saúde, 2006.



Embora temas relacionados com o desenvolvimento do Programa Saúde da Família (PSF) façam parte das atividades desenvolvidas, outros temas ganharam centralidade nos projetos pactuados e aprovados nos pólos, tais como: Saúde do Trabalhador, Saúde Ambiental, Especialização em Saúde Pública, Saúde Mental, Integralidade e Humanização no SUS, Oncologia, Rede de Adolescentes, Práticas de Amamentação, Práticas de Feridas, Práticas de Atendimento Odontológico e Citologia Oncótica. Também ganharam destaque um conjunto de iniciativas direcionadas para aprimorar as atividades de gestão: formação de conselheiros de saúde, educação permanente para gestores municipais, especializações multiprofissionais e atualizações em gestão hospitalar, gestão financeira e Direito Sanitário.

Foi destacado também que, de modo geral, os pólos conseguem implementar as atividades planejadas. Entretanto, todos os Pólos afirmaram que os projetos encaminhados em 2005 encontram-se parados em virtude do atraso para aprovação no nível central.

Na opinião dos coordenadores dos pólos visitados, o PSF constitui uma prioridade na agenda da política de Saúde, mas o processo de implementação do programa nos municípios apresenta muitas dificuldades. Em um dos Pólos, por exemplo, foi destacado que existe um certo desânimo entre os gestores municipais com relação ao PSF, em virtude da falta de recursos para implantação do Programa. Muitos municípios contam com um sistema híbrido; convivendo com os dois modelos ao mesmo tempo. Além disso, os profissionais médicos resistem ao PSF por causa da jornada de trabalho (40 horas semanais) e preferem o esquema tradicional de 20 horas ou plantões.

[...] para os usuários não importa o nome do programa – se é PSF, se é UBS tradicional, se é Pronto Atendimento. O que ele deseja é ser atendido.

O apoio recebido pelos pólos para o desenvolvimento de suas atividades varia de acordo com a esfera de governo. O Ministério da Saúde, por exemplo, tem apoiado os pólos com a oferta de recursos financeiros, diretrizes conceituais, interlocução, material didático e material permanente. Já o apoio do gestor estadual está relacionado basicamente com o aporte de recursos financeiros e a disponibilidade de infra-estrutura para sediar os pólos. Finalmente, os municípios oferecem apoio mediante o estabelecimento de parcerias, interlocução, formação de multiplicadores e aceitação das equipes de saúde para estágio.

Entre as dificuldades apontadas pelos coordenadores dos Pólos visitados, destacam-se a rotatividade dos participantes do Colegiado de Gestão, a ausência de uma estrutura mínima para apoiar as atividades desenvolvidas, a inadequação dos critérios utilizados pelo MS para avaliação dos projetos, considerados muito acadêmicos, a ausência de um interlocutor técnico para auxiliar no enfrentamento dos problemas, a predominância de aulas expositivas, incompatível com a proposta pedagógica da educação permanente, e o excesso de procedimentos administrativos para andamento das atividades. Essas dificuldades são explicitadas pelos entrevistados da seguinte forma:

O fato de o Pólo ser “virtual” dificulta a coordenação: as pessoas entram e saem a hora que querem, há muita rotatividade e falta de compromisso. A proposta da ‘roda’ é muito bonita, mas não é prática, pois afeta a continuidade do trabalho: o grupo que já avançou tem que voltar atrás por causa dos novos participantes e quem estava não tem compromisso de continuar.

Os pólos necessitam de uma estrutura mínima para funcionar, que permita uma ampla comunicação com os setores da sociedade. A secretaria-executiva não é figura jurídica e não pode receber recursos financeiros para arcar com as despesas de luz, água, telefone etc. É preciso encontrar uma solução para este problema.

O MS não deve avaliar os projetos com critérios acadêmicos, uma vez que as redes locais precisariam de apoio técnico para usar esta linguagem.

A maior dificuldade da coordenação do Pólo é a falta de um interlocutor técnico que ajude a equacionar os problemas, propor e encaminhar soluções. Há necessidade de compartilhamento e troca de experiências. Não existe este apoio no MS, na SES ou mesmo em outros pólos.



A proposta pedagógica de 'educação permanente' exige cursos com atividades práticas, pesquisa e trabalho de campo. Não apenas aulas expositivas.

Os pólos envolvem demasiadas reuniões e burocracia. A educação permanente deveria ser atribuição da SES e das DIRs.

Apesar das dificuldades apontadas, os entrevistados afirmaram que o modelo atual de organização e funcionamento dos pólos apresenta diversos aspectos positivos:

1. Constituem um espaço privilegiado para o desenvolvimento da educação permanente, por ser uma instância de articulação horizontalizada e um espaço de convívio solidário entre diferentes instituições produtoras de saúde.
2. São instâncias abertas e não-governamentais, o que lhes confere legitimidade para atuar na formulação e gestão da educação permanente.
3. Conferiram uma nova Dinâmica às Regionais de Saúde (DIRs), uma nova perspectiva de atuação para além das atividades de fiscalização e suporte.
4. Seus participantes, de modo geral, estão comprometidos com a mudança.

Desafios atuais

Os resultados preliminares aqui apontados e referidos para o Estado de São Paulo merecem destaque, tendo em vista que esse estado possui longa tradição nas ações regionalizadas, sejam nas áreas sociais e, na especial em Saúde, seja na conformação de instituições acadêmicas por todo o interior do estado, configurando diferentes formatos de integração ensino-serviço. Mais ainda, por representar cerca de 20% da população brasileira e uma grande concentração de serviços de saúde em diferentes níveis de complexidade, apresentando os mais diversos problemas na formação e capacitação de recursos humanos para o sistema público de saúde.

Assim, destacam-se nessa análise os avanços e aspectos positivos delineados na interlocução com os pólos estudados. No entanto, merecem reflexão alguns dos aspectos destacados nas dimensões estudadas, no sentido de apontar para mudanças que visem ao fortalecimento da educação permanente e seus pressupostos em relação com a dinâmica do trabalho na Saúde.

Nessa linha, a ausência de processos sistematizados de acompanhamento das atividades pactuadas faz com que os pólos sejam vistos apenas como “**intermediários financeiros de projetos**”. Existe, portanto, uma falha no desenho institucional, no tocante ao papel dos pólos frente aos processos referentes a encaminhamento dos projetos, liberação dos recursos, execução das atividades e monitoramento e controle das ações aprovadas. A proposta de descentralização e pactuação local é contraposta pela centralização da liberação dos recursos o que produziu um atraso importante para a execução das atividades programadas³. Mais ainda, a ausência de **mecanismos de monitoramento e avaliação em nível local** podem descolar o papel dos pólos da sua real aderência ao sistema de saúde.

Nem sempre as ações pactuadas correspondem a necessidades de capacitação dos serviços para o trabalho em saúde ou podem produzir mudanças reais na melhoria de indicadores de saúde ou no alcance de metas propostas para promoção, prevenção e assistência, podendo representar interesses singulares de um grupo de atores envolvidos em um dado momento.

Outro fato destacado refere-se à relação entre ensino e serviço: a pactuação no pólos não superou dicotomias antigas, reproduzindo (pré)conceitos consolidados historicamente, tanto nos serviços de saúde como nas instituições de ensino. Tal fato pode ser reafirmando, entre outros, pela falta de consenso no que se refere à abordagem pedagógica dos processos de educação permanente.

³ Dos recursos orçamentários do Ministério da Saúde 2004/2005 destinados aos Pólos de Educação Permanente, da ordem de cerca de 140 milhões de reais, os dados de setembro de 2005 apontavam que apenas cerca de 33 milhões estavam em fase de contratualização ou execução (CGPLAN/SGTES/MS).

Contraponto importante é a necessidade identificada em nível local e dimensões da política de saúde, definidas à partir de políticas nacionais e de caráter universal, como por exemplo as relacionadas com a Atenção Primária em Saúde. Essas ações, já pactuadas nas instâncias nacionais de consenso da política de saúde, requerem um esforço para sua consolidação que extrapola, em muitas vezes, as capacidades locais e regionais. A burocratização e segmentação dos pólos parecem ser um entrave importante para o desenvolvimento de políticas nacionais devendo ser refletida a pertinência competitiva desses projetos nos pólos⁴.

Dessa forma, tem sido discutido no âmbito do Ministério da Saúde e instâncias colegiadas, incorporando dimensões relativas ao pacto de descentralização e gestão, questões relativas tanto a gestão do trabalho como da educação permanente. Nesse campo, aponta-se a necessidade de pactuações locais e regionais para a educação permanente, com projetos e metas atreladas ao sistema de saúde, incorporando os avanços dos pólos como um espaço privilegiado de articulação horizontalizada e de convívio solidário entre diferentes instituições produtoras de saúde.

Por outra via, o financiamento das ações deve ser descentralizado, por exemplo, com transferência de recursos fundo a fundo atrelados a um planejamento, monitoramento e avaliação que permitam acompanhar as demandas, a execução, a dinâmica dos serviços de saúde, a integração com instituições de ensino e as adequações necessárias ao processo pedagógico para a educação permanente no trabalho em saúde.

Dimensões relativas a políticas de caráter universal e prioridades da Política Nacional de Saúde já pactuadas devem ser articuladas envolvendo atores estratégicos da Saúde e da Educação via consolidação de redes de conhecimento, para multiplicação e disseminação de *expertises* capazes de valorizar e qualificar o trabalho e o trabalhador da Saúde.

Referências Bibliográficas

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução CNS n.º 335, de 27 de novembro de 2003. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/resolucao335_27_11_2003cns.pdf>.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n.º 198/GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004. Brasília, 2004a. Disponível em: <<http://www2.prefeitura.sp.gov.br/secretarias/saude/legislacao/0137>>.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. *Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: pólos de educação permanente em saúde*. Brasília, 2004b.

_____. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica sobre Recursos Humanos do SUS – NOB-RH/SUS. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/NOB_RH_2005.pdf>.

_____. Ministério da Saúde. *Reunião de Coordenadores dos Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente em Saúde da Família*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, [S.l.], v. 9, n. 16, p. 161-177, 2005.

FARIA, R. M. B. et al. *Formação de profissionais para a saúde da família: avaliação dos pólos de capacitação, formação e educação permanente para o PSF*. Campinas: NEPP/UNICAMP, 2002.

NEGRI, B.; FARIA, R.; VIANA, A. L. *Recursos Humanos em Saúde: política, desenvolvimento e mercado de trabalho*. Campinas: Unicamp/IE, 2002.

NEGRI, B.; VIANA, A. L. *O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio*. São Paulo: Sobravime; Cealag, 2002.

⁴ Esse dado pelo ser inferido pelos valores assinalados como ações extrateto da ordem de 36 milhões e seiscentos mil reais referentes a setembro de 2005 (CGPLAN/SGTES/MS) que podem incluir as especializações em saúde da família, mas não incluem, de forma sistematizada, as bolsas de residências em medicina de família e comunidade ou multiprofissional, de programas em desenvolvimento.



Políticas de formação de pessoal para o SUS: reflexões fragmentadas

Gastão Wagner de Sousa Campos
julho de 2005 e março de 2006

A graduação em Saúde hoje

Um obstáculo estrutural à reforma da reforma – mudança do modelo de atenção do SUS – é que a maioria das profissões de saúde tem uma formação restrita ao paradigma denominado de biomédico por Madel Luz. Em Odontologia, Fisioterapia, Bioquímica, Enfermagem e Medicina predomina o referencial positivista, centrado no orgânico, muito voltado para a doença, há algumas pitadas de prevenção e promoção, mas com os mundos da objetividade e subjetividade, do indivíduo e do coletivo, da saúde e da doença, da clínica e da saúde pública, desintegrados e muitas vezes apresentados como contraditórios e incompatíveis; seria impossível construir sínteses entre essas polaridades.

Há ainda uma visão muito reduzida do que seria uma intervenção terapêutica, por isso eu ando estudando e discutindo sobre clínica ampliada.

A maioria dos alunos detesta os cursos de Saúde Pública ou de Saúde Coletiva porque são teóricos e os professores não conseguem vinculá-los à prática. Os conceitos e diretrizes da Saúde Coletiva costumam ser apresentados como antagônicos àqueles da clínica, como negadores do que a maioria vai ser: algum tipo de clínico. Sem dúvida precisamos reconstruir o paradigma positivista, o que não acontecerá simplesmente com a simplificação da complexidade (multiplicidade de fatores) do processo saúde/doença/intervenção.

A promoção da saúde e a saúde coletiva quando prometem saúde apenas ou principalmente por meio de ações sobre os determinantes sociais caem em um reducionismo, produzem uma utopia maléfica. Nunca apostei nela e nem aposto agora. Precisamos construir paradigmas-sínteses em que à saúde coletiva possa se misturar à ciência social, contar com a subjetividade e ainda com boa parte da tradição clínica. Um problema é esse: conseguir quebrar, de um lado, a dureza do paradigma positivista e, do outro, o isolamento e certo totalitarismo ainda presente em algumas visões da saúde coletiva. Uma dificuldade é levar à prática essa discussão. Acho que esse é um problema que passa pela reforma curricular, dos conteúdos, do movimento docente, enfim, uma discussão cultural.

O segundo grande problema é que a maioria dos cursos de escolas públicas e privadas continua formando profissionais como se eles fossem trabalhar nos EUA ou no Brasil dos anos 80, num modelo de saúde que não é público, hierarquizado. Então, as pessoas são formadas para o hospital, para os laboratórios de apoio ao hospital ou para o consultório particular.

O SUS foi mais rápido do que a reforma do ensino. Temos também problemas quantitativos: o número de enfermeiros é pequeno, a distribuição de médicos é ruim; pela expansão da rede privada, estamos tendo muitos psicólogos e fisioterapeutas, o que gera um problema de distribuição. Há também o problema de campo de estágio: a tal da integração docente assistencial é muito heterogênea e irregular porque, no modelo antigo e tradicional de formação, o hospital universitário era o campo de estágio. Então, precisamos ter um sistema de saúde que interaja com as prefeituras e a cultura, a tradição.

Considerações sobre a educação permanente e a política de formação em saúde

Essa perspectiva tem aspectos positivos, mas o que tem de pretensão revolucionária tem de baixa capacidade operacional.

A universidade tem um grau de autonomia importante na construção da história educacional brasileira. A pretensão de que o Ministério da Saúde, por meio de uma secretaria, iria regulamentar e interferir de maneira absoluta sobre a formação de pessoal em saúde é equivocada. Acho que o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação têm apostado pouco na co-gestão e na integração com as outras instituições. O campo da Saúde tem assumido conceitos e uma forma de trabalhar autocentrada e isolacionista.

O que é educação permanente? Virou uma coisa sagrada, santa. Em função disso, houve uma subestimação do papel dos cursos regulares, tanto de graduação quanto de especialização. Em nome de uma educação na vida e no trabalho, que é importante, mas complementar, terminamos avançando pouco na reconstrução e na ampliação de projetos para formação de pessoal para o SUS.

O conceito de Educação Permanente tem pretensões de ser uma nova teoria ou até mesmo um novo paradigma. Há elementos produtivos nessa concepção, que nos ajudam a repensar o tema da formação em saúde; mas tem também elementos regressivos, autoritários e paralisantes da criatividade. Valeria discutir se é um conceito aplicado – que se tornou moda denominar de ferramenta – ou se seria algo mais abrangente – uma teoria ou novo paradigma. Como é evidente estou mais inclinado à primeira hipótese, pode ser preconceito meu, é importante um debate franco sobre o tema.

O componente produtivo é a declaração de que o processo de formação das pessoas/profissionais não ocorre apenas nos espaços formais de ensino, nas organizações da instituição de ensino: universidades, escolas, cursos etc. E que o processo de formação não depende apenas de livros e de professores. Durante o trabalho há formação e isso poderia ser sistematizado – com a criação de dispositivos e arranjos que estruturassem esse processo no cotidiano. Aprende-se com os usuários, com os colegas de trabalho, com as outras profissões etc.

Tudo isso é muito interessante. Penso que é o elemento forte da Educação Permanente. Ainda que tudo isso esteja teorizado há milênios. A concepção Paidéia de 2.500 anos, da Grécia clássica, Atenas, me proporcionou os mesmos valores e a mesma operatividade. A concepção Paidéia dava ainda uma ênfase maior ao tema da formação integral do especialista com a recomendação de combinar a especialização com conceitos éticos, políticos e estéticos.

A Educação Permanente também recomenda isso, ainda que na prática tenha dificuldade para lidar com o saber específico, o núcleo de cada área, me parece, valeria verificar. A novidade é que a Educação Permanente, em geral, valoriza uma metodologia construtivista, com base na prática e em problemas concretos para armar o projeto de aprendizado, isso é novo, mas tampouco é monopólio da Educação Permanente. Inúmeras outras correntes pedagógicas recomendam o mesmo.

Qual o elemento regressivo? Em minha opinião, ao elaborar essas premissas descritas anteriormente, os adeptos dessa corrente, na área da Saúde, desvalorizam e descuidam, na prática, dos espaços formais. Não enxergam utilidade em cursos, tampouco redefinem o papel dos professores, ficam inventando umas bobagens simplificadoras de “facilitador”, “ativador” etc., supondo que esses auxiliares substituem o papel do professor, ou a importância do conhecimento sistematizado em livros etc. Subestimam a experiência e caem na velha armadilha totalitária de, em nome do todo, negar a singularidade: pensam que os médicos seriam formados apenas com noções sobre ética, política e quejandos, e se esquecem da importância do que denomino núcleo de conhecimentos e de responsabilidades que constituem a identidade de cada profissão ou especialidade. Ficam no genérico, no que denomino de campo de saber.

Ademais hiper valorizam o saber não-formalizado – ao mesmo tempo, que têm dificuldade para lidar com a experiência concreta e real.



Outro problema é que tenderam a exagerar a abrangência do que seria Educação Permanente. Como ela ocorre no cotidiano, todos os problemas de ordem da política ou da gestão, ou do modelo de atenção, ou da disputa de interesses e de saberes etc., seriam resolvidos ou tratados no âmbito da educação permanente. Exageram a potência dessa linha de trabalho, ainda que seja um elemento muito importante para o bom funcionamento de sistemas públicos de educação, saúde etc. Há até uma corrente de administração de empresas que advoga isso: a organização que aprende ou gestão do conhecimento são os nomes dessas escolas. Há alguns artigos do Javier Uribe sobre esses autores e quase todos se baseiam no construtivismo de Maturama, Paulo Freire e outros autores contemporâneos.

Há pouca bibliografia crítica sobre essa corrente. Em geral, os pós-modernos, neo-anarquistas, tendem a cair nessa simplificação. Na prática, eles desconstruem muito, nada pode, nada é politicamente correto, paralisam a reconstrução dos cursos e das escolas e dos professores realmente existentes sem apresentar alternativa sustentável.

Os defensores da Educação Permanente agitaram muito, mas as equipes de Saúde da Família e de Saúde Mental continuaram abandonadas, eles teriam que reinventar tudo antes de envolvê-las em “processos de educação permanente”. Em compensação organizaram dezenas de seminários, oficinas e cursos (?) somente para militantes e “amigos” simpáticos a essa babozeira. Ou seja, há o conceito teórico e há a apropriação desse conceito por alguns atores que o transformaram em uma política. Seria importante distinguir as duas coisas, na medida do possível.

A formação insuficiente, por exemplo, na atenção primária, a formação inadequada da maior parte das equipes de enfermeiros, odontólogos ou agentes de saúde exigiria uma intervenção massiva que só a educação permanente, senso estrito, a educação durante o trabalho, não dá conta. Se todo mundo tivesse residência, curso de especialização, curso técnico para os agentes, se já houvesse essa situação como no Canadá, aí o desafio seria a educação no trabalho. Nós temos um desafio anterior, existem aproximadamente 24 mil equipes da atenção primária sem especialização ou residência, mais de 80%.

Nessas áreas onde há uma mudança de modelo mais radical, já tinha que ter acontecido uma política que pactuasse com a tradição, usando os professores que existem. A partir da minha perspectiva, é melhor ter uma formação mais ou menos do que nenhuma.

Eu acho que foi importante ter criado uma Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, no Ministério da Saúde – ainda que eu discordasse desse nome, acho que deveria se chamar de “pessoal e da educação em saúde”, o nome ‘gestão do trabalho’ também indica arrogância porque ela não ocorre apenas na área de pessoal. Parte dos pólos de educação permanente não funciona porque se tentou transferir para o Pólo um poder de fazer a regionalização do sistema, já que gestão do trabalho inclui tudo o que acontece nos serviços.

A finalidade do Pólo seria cuidar da gestão de pessoal, da formação de pessoal. A Saúde é uma área dependente de pessoal. A gestão da saúde e a gestão do trabalho em saúde se confundem. Quando uma secretaria de pessoal ou um Pólo de Educação Permanente convocam para si essa responsabilidade, arma-se a confusão. Esse nome é inadequado, a concepção é inadequada e gerou uma disputa de poder. Eu acho que isto gerou uma política muito restrita e que se fechou à crítica. Como parece nova, quem a critica aparece como conservador e reacionário. Ela tem aspectos positivos, mas é incompleta, arrogante e autoritária.

Não dá para apoiar-se uma política de pessoal para o SUS somente na educação no trabalho; cursos para essas pessoas, cursos de longa duração e de formação são também necessários. E também diversificar as várias áreas em que a Saúde precisa de técnicos. Acho que há um desafio: temos que combinar a educação no trabalho, discussão de casos, estudos temáticos, com a formação mais estruturada.

No último ano tenho oferecido cursos combinados com intervenção nos serviços de saúde: os alunos são apoiados para implantar mudanças em seus locais de trabalho, procurando realizá-las dentro da lógica da co-gestão e da gestão compartilhada.

Participação dos gestores nos processos formativos

Acho que os gestores (autoridades do poder executivo) tendem a uma visão muito instrumental e imediatista quando produzem políticas de formação, ligadas à perspectiva eleitoral, e não a uma preocupação estrutural e reflexiva para a formação. Por isto não é conveniente o gestor definir de maneira unilateral as necessidades de formação, a participação da universidade ajuda a assegurar esta perspectiva mais crítica e estratégica. Além disso, defendo que a universidade tenha um grau de autonomia importante.

Os gestores tendem a dificultar a participação dos trabalhadores em processos mais longos de formação, não simpatizam com curso de especialização. Além disso, se há qualificação de profissionais, auxiliares ou agentes de saúde, por exemplo, a tendência é melhorar a carreira e reivindicar melhor condição profissional. Se se qualifica a mão-de-obra, há reivindicação de aumento da renda, do salário e, além disso, existe a visão de que os cursos tiram os profissionais da produção.

O gestor tende a uma visão instrumental: não quer curso de Saúde Pública, quer capacitar para a epidemia de dengue. É preciso ter essa praticidade, mas essa não poderia ser toda a política de formação. Há que se abordar conceitos, valores, metodologias, epistemologias, e essa é uma parte na qual a universidade teria um papel importante. Muitos gestores tendem a dizer que tudo é discurso, conversa. O discurso também é importante, a análise é importante, a ação também.

O caso da formação técnica dos ACS

Há um problema decorrente do desrespeito à cultura e à tradição. Pode-se concordar ou não com isso, mas o ACS foi criado para ser um porta-voz da comunidade, não um técnico de saúde pública. Isso tem que ser discutido porque se está propondo uma outra cultura. Os agentes, no Brasil, foram todos construídos e mais ou menos formados em uma outra cultura, de promoção da saúde, com técnicas de comunicação. Além da questão do salário, há uma discussão sobre se o agente deve ser profissão ou não. É uma situação muito difícil a do agente. Eu mesmo tenho dúvidas.

Acredito que seja inevitável a profissionalização; então, é preciso oferecer capacitação técnica em Saúde Coletiva. Esse profissional deve ser visto não como técnico de enfermagem, mas como um técnico de Saúde Coletiva, não somente especializado em Vigilância Sanitária. Em Campinas, enquanto fui gestor, tentei combinar essas duas tradições, caminhando no sentido da profissionalização. Tanto que o salário dos ACS em Campinas é um dos maiores do Brasil, quase igual ao do auxiliar de enfermagem.

Programa Saúde da Família como estratégia organizadora da atenção básica

Precisa ser repensada a velocidade de implantação. O papel da Secretaria Estadual no financiamento e na implantação também precisa ser repensado. O Programa Saúde da Família, para ser eficaz precisa atender pelo menos 70% da população. Hoje, onde existe isto? Além disto, a resolutividade é baixa. Ou seja, a qualidade do atendimento é muito ruim e se criou uma lenda de que o Saúde da Família existe para fazer promoção e prevenção, o que complica muito.

A política de pessoal é absolutamente inadequada e não dá para deixar isso somente com os municípios. Eles não conseguirão viabilizar isso financeiramente, é impossível. Isso depende de uma parceria, de criar uma nova lei de co-responsabilidade tripla pela contratação: União, estado e município.



Precisamos fazer a conversão de modelo sem sucatear o recurso, os equipamentos, as pessoas, sem desprezar tudo aquilo que já existia. É um delírio tecnocrático do Ministério da Saúde imaginar que uma cidade que tem 60 centros de saúde vai deixar aquilo morrer. Além disso, precisamos definir apenas os princípios dessa estratégia e não um modelo fechado, fundamentalista.

A grande discussão do momento: retomar o pacto de gestão

Como a professora Sílvia Gerschman escreveu, o SUS é uma reforma inconclusa, tanto do ponto de vista da reforma do Estado quanto da construção de modelo, projetos. A forma para se avançar nessa reforma, hoje em dia, é o pacto de gestão com a participação dos outros atores sociais. Agora, eu acho que querer apresentar tudo num projeto só é uma forma errada. Vejo esse pacto como processual. Já tivemos a implantação maciça do SUS com a constituinte, com a lei orgânica. Acho que agora precisamos fazer por etapas.

O que os militantes da Saúde podem esperar das mudanças no Ministério da Saúde

Eu ainda não escutei, de nenhum partido, proposta de mudança de conteúdo muito radical. Há mudança de nome de quem vai mandar no executivo. Nenhum ministro ou candidato à presidência declarou que algum programa estaria ameaçado nem tampouco prometeu acelerar a implantação do SUS. É difícil especular.

Algum tempo atrás, eu achava que ser de esquerda, pertencer ao PT, faria alguma diferença. Hoje eu tenho dúvida. Por que dizer que quem a esquerda indica vai ser mais ético do que outro? Quem será, na prática, a favor da distribuição de renda e da democracia? Hoje em dia, distinguir isso está difícil, pelo menos dentro da cúpula de onde vão sair os Ministros. O povo queria um País diferente. Teimo em acreditar. Foi uma promessa de nação com bem-estar social, justiça e distribuição de renda que levou o Lula à presidência. Demorou, mas levou. Essa base social continua existindo. Se os Ministros da Saúde e outros gestores vão representar isso ou não, e se o SUS será um projeto prioritário, eu não sei. Agora, de qualquer forma, seria importante armar-se uma vigilância, um controle social bem grande. Embora o movimento sanitário tenha baixado a guarda nesses últimos anos e engolido coisas muito graves, temos que acompanhar e manter os mecanismos sanitários do controle social, cada um com a sua função, e talvez construir lideranças e movimentos menos adesistas.

O governo tende a representar o próprio governo. Não dá para deixar políticas públicas somente com o governo.

Como conservar ideais de justiça social e não-violência sem pagar um preço muito alto à ingenuidade?

As Escolas Técnicas do SUS: uma abordagem histórica

Ena de Araújo Galvão

Francisco Eduardo de Campos

Célia Regina Pierantoni

Euzi Adriana Bonifácio Rodrigues

Mônica Diniz Durães

Introdução

As Escolas Técnicas do SUS (ETSUS) foram criadas a partir da década de 80, para profissionalizar os trabalhadores empregados nas instituições de saúde, que não possuíam qualificação específica para as funções que exerciam. As ETSUS eram, em 1999, constituídas por 26 instituições, distribuídas em 15 estados e no Distrito Federal, a saber: 6 escolas na Região Nordeste, com exceção de Sergipe, Piauí e Maranhão; no Sudeste 13 escolas (Há estados que possuem mais de uma escola, como São Paulo, Minas Gerais e Rio de Janeiro); 3 escolas na Região Sul, com exceção do Rio Grande do Sul; 4 escolas na Região Centro-Oeste.

A Região Norte representava um grande vazio no que se referia a aparatos públicos para a formação de pessoal para o SUS. A alternativa encontrada para profissionalizar e certificar os trabalhadores desta região foi a realização de cursos para auxiliares e técnicos por meio da Escola de Enfermagem que pertencia à extinta Fundação de Serviços de Saúde Pública do Ministério da Saúde – Fundação Sesp. Por ser uma Escola de nível superior da rede federal, tendo também autorização para ministrar cursos técnicos, foi possível estender seu raio de abrangência até Rondônia, Pará e Maranhão, além de descentralizar cursos no próprio Estado do Amazonas (Itaquatiara e Parintins). A Escola foi transferida para a Universidade Federal do Amazonas e priorizou a oferta de cursos superiores.

As ETSUS sempre mantiveram sua atuação centrada na oferta da educação profissional para os trabalhadores da Saúde, no assessoramento aos órgãos governamentais em assuntos referentes à área de Recursos Humanos para o nível médio e elementar, na articulação com as prefeituras e secretarias municipais de saúde, na identificação de fontes de recursos, em alguns casos, geridos por fundações de apoio e no desenvolvimento de métodos, técnicos e currículos inovadores no campo da Educação Profissional em Saúde.

Diagnóstico

No ano de 2000 foi realizado um diagnóstico nas 26 ETSUS, também denominadas em alguns estados como Centros Formadores de Recursos Humanos para o SUS, mantidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS). O objetivo era sistematizar as informações de natureza técnica, política e administrativo-financeira dessas escolas, com vistas a oferecer subsídios ao Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área da Enfermagem (Profae), no seu Componente II – Fortalecimento das Instâncias Reguladoras e Formadoras de Recursos Humanos do SUS, Sub-Componente IV – Fortalecimento e Modernização das Escolas Técnicas do SUS, de modo que a tomada de decisão sobre a sua execução se referenciasse em dados da realidade vivenciada por estas instituições.



O diagnóstico foi coordenado pelo Centro de Produção da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (Cepuerj)¹, que por solicitação do Ministério da Saúde, buscou, entre outras questões, identificar potencialidades e fragilidades referentes à atuação das ETSUS, de modo a possibilitar um retrato mais fiel de seu funcionamento junto ao Sistema Único de Saúde.

O instrumento privilegiado no diagnóstico foi a pesquisa, que optou pelo estudo empírico de 26 ETSUS, buscando contemplar a diversidade de estruturas e experiências de profissionalização de nível médio em saúde, e privilegiando o diálogo com os diretores das escolas e secretários de saúde dos estados e municípios, utilizando um questionário, um roteiro de entrevistas, uma listagem de referência para o levantamento de documentos e material complementar, e um roteiro para a confecção dos relatórios das ETSUS.

A noção de *viabilidade*, em suas dimensões técnica, política, administrativa e financeira, se constituiu no eixo de análise do material levantado, integrando questões de processo de gestão e dos resultados produzidos pelas ETSUS, entre 1995 e 1999.

Viabilidade técnica

Os resultados da pesquisa, no que tange à viabilidade técnica, foram assim expressos:

- Missão

Em sua maioria, as ETSUS, tinham como missão: *promover a Educação Profissional por meio da oferta de cursos de habilitação e qualificação profissional para os trabalhadores do Sistema Único de Saúde (SUS)*.

Aparecem como objetivos importantes da missão a oferta da formação inicial, o apoio à ordenação e execução de cursos para as áreas profissionais de nível médio em saúde, segundo a demanda das secretarias estaduais e municipais de saúde. Em algumas escolas, aparecem ainda a pesquisa, a elaboração e o desenvolvimento de estratégias, métodos e técnicas de formação, atuação integrada com as secretarias estaduais e municipais de saúde –(SES/SMS), estabelecimento de acordos de cooperação técnica com instituições públicas privadas, a expedição de diplomas de conclusão de cursos, assessoria a órgãos competentes na formação de pessoal de nível médio em saúde, colaboração na criação e alimentação de sistemas de informação sobre os trabalhadores desse nível, a capacitação docente, a descentralização e as parcerias com os municípios.

As novas bases legais, Constituição Federal, art. 200 – III e a Lei n.º 8.080/90, que preconizam “ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde” e ainda o Decreto n.º 5.154/04 que regula a Educação Profissional remetem a construção de nova missão da Escola com vistas a uma participação mais efetiva no esforço da “ordenação” no âmbito de sua atuação, e isso constatou-se nos vários aspectos abordados na missão e objetivos das ETSUS.

- Clientela

A clientela das ETSUS sempre foi majoritariamente formada por servidores, sejam do setor público ou privado. Algumas ETSUS dispunham de vagas para desempregados que tinham alguma experiência no setor Saúde, como garantia de nova empregabilidade ou ainda para pessoas da comunidade onde eram implantados novos serviços de saúde e onde não havia pessoas qualificadas para o exercício das funções.

Essa opção majoritária em profissionalizar a clientela empregada explica-se pela própria razão de ser dessas escolas, que foram criadas com essa finalidade, a partir de estudos da força de trabalho em saúde. Assim, no contexto de sua criação, foi decisão política do setor, priorizar o atendimento dos trabalhadores tomando em conta a reorganização da assistência à saúde, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), ampliando o direito à saúde de forma universal e equânime, e a oferta de serviços assistenciais livres de risco para os usuários e trabalhadores.

¹ Este Centro buscou envolver no estudo, profissionais que atuam em ensino e pesquisa, em nível médio, em saúde e teve como colaboradora a equipe da Escola Politécnica Joaquim Venâncio/Fiocruz e técnicos do Ministério da Saúde.



Segundo a Lei n.º 9.394/96 – Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), a Educação Profissional, além de ser realizada nas escolas convencionais, poderá ainda acontecer em instituições especializadas e no próprio ambiente de trabalho. Assim coube ao setor Saúde, além da ordenação, explorar toda a potencialidade dos serviços em termos pedagógicos, para aprimorar permanentemente a sua força de trabalho e promover a formação de profissionais para a área, utilizando esse espaço privilegiado como *locus* de aprendizagem.

Formas de acessos

De modo geral, a maioria das ETSUS não estabeleceu qualquer tipo convencional de processo seletivo aos trabalhadores do setor e o principal requisito de entrada do aluno foi ser trabalhador empregado sem qualificação específica para as funções. A seleção só foi realizada para pessoas da comunidade, geralmente por meio de prova escrita e entrevista. Qualquer processo de seleção para ingresso dos trabalhadores empregados aos cursos oferecidos pelas ETSUS poderia significar exclusão daqueles que exercem funções sem a devida qualificação.

Com a flexibilidade da atual LDB, o aluno pode ingressar em itinerários previamente estabelecidos a partir da formação inicial, prevista na legislação de ensino, com acesso universal, independente do nível de escolaridade, para ir, paulatinamente, galgando novas etapas da educação profissional e escolarização do ensino fundamental e médio.

Os itinerários formativos são percursos definidos em etapas/módulos do processo de formação, possuindo, ou não, cada um deles, terminalidade. A concepção e a organização dos processos formativos em itinerários seguem a legislação nacional de educação, bem como as especificidades da regulamentação do exercício profissional específico de cada profissão e as características do processo de trabalho em saúde.

Assim, foi possível planejar o ingresso dos trabalhadores em cursos formais que lhes dessem identidade profissional e também atendessem à demanda espontânea, contribuindo, dessa forma, para a “ordenação de recursos humanos para o SUS”.

É interessante notar que as ETSUS, mesmo antes da LDB de 1996, já programavam seus cursos ordenados de forma a assegurar continuidade de estudos, considerando, para isso, não só a valorização dos trabalhadores de saúde, mas também a necessidade dos serviços. Essa flexibilização permitida pela lei já era utilizada pelos processos educativos que aconteciam nas ETSUS.



Habilitação profissional/qualificação técnica e concluintes das ETSUS – 1995-1999

A evolução dos cursos oferecidos pelas ETSUS para técnicos (habilitação profissional) e auxiliares (qualificação técnica), no período de 1995–1999, está sintetizada nos quadros a seguir.

Quadro 1 - Habilitações Profissionais Concluintes - 1995-1999

Região Nordeste

Nº	UF	Instituição	Habilitações / Cursos	Concluintes					Total
				1995	1996	1997	1998	1999	
01	AL	Centro Formador de Recursos Humanos "Dr. Waldir Arcoverde"	Aux. de Enf.	28	15	270	200	28	541
			Técnico em Hemoterapia	00	00	00	00	15	15
02	BA	Escola de Formação Técnica "Prof. Jorge Novis"	Aux. Cons. Dent. ACD	29	00	00	22	25	76
			Aux. de Enf.	635	548	220	184	489	2076
			Téc. Ortoprotético	00	00	00	00	20	20
03	CE	Escola de Saúde Pública	Aux de Enf.	338	355	537	1344	1052	3626
			Téc. Citologia	00	00	00	10	10	20
			Téc. Higiene Dental THD	00	00	00	00	70	70
			Aux. Patol. Clínica	21	00	00	00	00	21
04	PB	Centro Formador de Recursos Humanos	Aux. de Enf.	00	00	00	200	254	454
			ACD	00	00	00	36	00	36
			Aux. Nutr. Dietética	00	00	00	21	00	21
05	PE	Escola de Saúde Pública	ACD	60	31	05	44	00	140
			Aux. de Enf	590	279	158	112	193	1332
			T H D	00	17	00	00	00	17
			Téc. Citologia	19	14	11	00	17	61
06	RN	Centro Formador de Pessoal para os Serviços de Saúde "Dr. Manoel da Costa Souza"	ACD	19	00	21	21	00	61
			Aux. de Enf.	116	422	272	85	169	1064
			Aux. Nutr. Dietética	14	00	31	00	00	45
			Aux. Patol. Clín.	00	07	12	12	00	31
			Téc. Hemoterap.	00	00	00	00	12	12
Total				1869	1688	1537	2291	2339	9724

Fonte: Diagnóstico ETSUS /2000/MS.

Quadro 2 - Habilitações Profissionais / Concluintes - 1995 - 1999

Região Sudeste

Nº	UF	Instituição	Habilitações / Cursos	Concluintes					Total
				1995	1996	1997	1998	1999	
07	RJ	Escola de Formação Técnica "Enfermeira "Izabel dos Santos"	Aux. de Enf.	126	125	126	39	108	524
			ACD	15	00	13	00	99	127
			Téc. Vigil. Sanit.	00	00	22	00	00	22
			Téc. Adminstr.	18	16	00	00	00	34
RJ	Escola Politécnica em Saúde "Joaquim Venâncio" FIOCRUZ	Téc.Vig. Sanit.	00	15	00	15	15	45	
		Téc.Reg. Saúde	18	05	44	32	18	117	
		Sup. 1º Grau	14	18	02	01	00	35	
		Téc. Adm. Hospit.	07	08	09	09	07	40	
		Téc. Histologia	04	04	08	08	06	30	
		Téc.Patol. Clinic	06	07	06	10	11	40	
09	ES	CEFOR em Saúde Coletiva	Aux. de Enf.	180	522	826	90	00	1618
10	MG	Centro Formador de Recursos Humanos para a Saúde/ ESMIG/ FUNED	Téc. Radiologia	35	00	72	00	00	107
			THD	00	00	118	00	27	145
			Aux. de Enf.	367	498	1229	462	339	2895
11	MG	Escola de. Qualificação Profissional - FHEMIG	Aux. de Enf.	65	125	140	240	130	700
			Suplência 5ª/8ª séries	00	00	00	00	124	124
12	MG	Escola Técnica de Saúde da Unimontes	Aux. de Enf.	157	180	208	135	187	867
			Téc. Vigil. Sanit.	00	00	00	00	33	33
			Téc. Adminst.	00	00	00	00	39	39
			Aux.Enf.Trabal.	00	00	00	00	31	31
			THD	25	46	40	30	00	141
			Téc. Radiologia	00	00	00	00	40	40
13	SP	CEFOR de Osasco	Aux. de Enf.	00	00	00	00	151	151
14	SP	CEFOR de Araraquara	Aux. de Enf	353	344	126	120	118	1061
15	SP	CEFOR de Franco da Rocha	ACD	00	00	00	00	383	383
			Aux. De Enf.	00	00	00	00	1473	1473
			Téc. Citologia	00	00	00	00	18	18
			THD	00	00	00	00	168	168
16	SP	CEFOR de Assis	Aux. de Enf.	421	437	65	327	00	1250
17	SP	CEFOR da Vila Mariana	Aux. de Enf.	510	432	00	208	117	1267
			Téc.Patol.Clíníc	42	24	00	00	00	66
18	SP	CEFOR de Pariquera - Açu	Aux. de Enf.	237	85	84	100	00	506
			Téc.Patol.Clíníc	00	00	00	20	00	20
			Téc. Radiologia	00	00	00	24	00	24
			Téc.Hemoterap	00	00	00	00	10	10
			Aux.Reg. Saúde	00	00	00	00	24	24
19	SP	Centro de Formação dos Trabalhadores da Saúde - SMS	Aux. de Enf.	158	183	88	19	63	511
			ACD	47	25	01	21	00	94
			Aux. Farmácia	00	49	16	00	00	65
			THD	25	18	00	00	00	43
Total				2830	3166	3243	1910	3739	14888

Fonte: Diagnóstico ETSUS /2000/MS.



Quadro 3 - Habilitações Profissionais/Concluintes - 1995-1999

Região Sul

Nº	UF	Instituição	Habilitações / Cursos	Concluintes					Total
				1995	1996	1997	1998	1999	
20	PR	Centro Formador de Recursos Humanos para a Saúde "Caetano Munhoz da Rocha"	ACD	28	00	00	00	216	244
			Aux. De Enf.	243	477	665	1370	852	3607
			Téc. Vigil. Sanit.	25	00	00	00	00	25
			THD	54	49	00	00	00	103
			Téc. Patol. Clínic	00	20	00	00	72	92
21	SC	Escola de Formação em Saúde (Efos)	Aux. De Enf.	00	00	00	00	622	622
			Téc. Vigil. Sanit.	00	00	00	28	00	28
			Téc. Patol. Clínic	00	00	00	00	17	17
			Téc. Seg. Trabal	00	00	00	16	00	16
			Téc. Radiologia	00	00	00	00	36	36
22	SC	Escola Técnica de Saúde de Blumenau	Aux. De Enf.	15	25	19	19	19	97
			THD	00	18	00	00	00	18
			ACD	00	00	00	00	15	15
Total				365	589	684	1 433	1 849	4 920

Fonte: Diagnóstico ETSUS /2000/MS.

Quadro 4 - Habilitações Profissionais / Concluintes -1995-1999

Região Centro - Oeste

Nº	UF	Instituição	Habilitações / Cursos	Concluintes					Total
				1995	1996	1997	1998	1999	
23	GO	CEFOR de Pessoal de Nível Médio para a Saúde	ACD	00	00	00	00	27	27
			Aux. de Enf.	00	133	317	156	76	682
			THD	29	00	56	00	00	85
24	DF	Escola Técnica de Saúde de Brasília	Téc. Enfermagem	00	00	00	00	30	30
			Aux. de Enf.	58	31	134	54	27	304
			Téc. Hemoterapia	00	00	00	51	00	51
			THD	00	00	00	00	32	32
25	MT	Escola Técnica de Saúde (Núcleo de Formação Técnica)	Aux. de Enf.	335	286	362	215	518	1 716
			THD	00	00	00	00	32	32
			Téc. Patol. Clínica	00	00	00	39	76	115
			Téc. Vigil. Sanit.	00	00	00	32	00	32
			Téc. Reg. De Saúde	00	00	00	26	00	26
			ACD	23	00	00	00	00	23
			Aux. Patol. Clínica A E Saúde Indígena	00	00	00	17	00	17
							00	120	120
26	MS	Centro Formador de R H	Aux. de Enf.	84	168	227	303	354	1 136
			ACD	00	00	00	22	00	22
			Téc. Radiologia	00	00	00	00	43	43
			Téc. Patol. Clínica	00	00	00	00	24	24
Total				529	618	1 096	1 035	1 239	4 517

Fonte: Diagnóstico ETSUS /2000/MS.



A oferta de cursos pelas ETSUS no diagnóstico de 1999 compreendia cursos técnicos e auxiliares na área de Hemoterapia, Odontologia, Ortoprotética, Citologia, Patologia Clínica, Nutrição e Dietética, Vigilância Sanitária e Saúde Ambiental, Registros em Saúde Administração Hospitalar, Histologia, Radiologia, Administração Hospitalar, Histologia, Radiologia, Administração (área meio para serviços de saúde), Farmácia e segurança do trabalho. No total foram formados 34.049 trabalhadores de saúde.

Quanto ao Curso de Auxiliar de Enfermagem, com exceção da Escola Politécnica de Saúde “Joaquim Venâncio”/Fiocruz, todas as demais já o ofereciam; 78% também atendiam demanda de formação na área de Odontologia. Observou-se um esforço para a ampliação de novos cursos, principalmente na área de meio-diagnóstico. Poucas ETSUS não diversificaram seus cursos para além de duas habilitações.

No decorrer do diagnóstico, constatou-se que a Escola de Qualificação Profissional da FHEMIG/MG, os Cefor de Araraquara, Osasco e o de Franco da Rocha, em São Paulo, só ofereciam o Curso de Auxiliar de Enfermagem. A Escola Politécnica/Fiocruz e a da Escola FHEMIG ofereciam curso supletivo em educação geral, mas não certificavam os alunos, ficando essa responsabilidade a cargo da Secretaria de Educação do Estado.

Verificou-se que as ETSUS ofereceram 16 das 32 habilitações técnicas e auxiliares aprovadas pelo então Conselho Federal de Educação para a área da Saúde. Os cursos de Técnico e Auxiliar de Enfermagem, além da formação convencional, foram oferecidos ainda com ênfase na área de segurança do trabalho. A Escola Técnica de Saúde de Mato Grosso realizou também um curso de auxiliar de enfermagem totalmente voltado para a realidade e cultura indígenas. Já o curso de Técnico Ortoprotético, da Escola de Formação Técnica da Bahia, teve a finalidade de preparar quadros para um novo serviço estadual de saúde, na área de reabilitação.

Qualificação/requalificação

Outra modalidade de cursos mais rápidos e intensivos foi oferecida pelas escolas, no período de 1997 a 1999, quando, efetivamente, passaram a assumir também os processos de preparação de recursos humanos denominados de capacitação, atualização, aperfeiçoamento, cursos estes, da modalidade de educação profissional, considerados como formação inicial, quando estruturados em itinerários formativos que possibilitem avanços progressivos. As escolas de saúde pública, em convênio com outras instituições de ensino superior, ofereciam cursos de pós-graduação.

Em 1998, as ETSUS ofereceram cursos rápidos (até 40 horas) e treinamentos emergenciais solicitados pelos serviços de saúde para 22.821 trabalhadores (BRASIL, 2000a). A oferta desse tipo de curso sempre esteve a cargo da área de Desenvolvimento de Recursos Humanos das Secretarias de Saúde, em articulação com as áreas assistenciais, quando gradativamente foi assumida pelas escolas. É interessante notar que, as ETSUS foram capazes de se reestruturar para dar respostas a cursos dessa natureza, que, anteriormente, não eram de sua responsabilidade. Paulatinamente elas foram se articulando com a implementação de áreas ou serviços priorizados pelas políticas de saúde para dar respostas a essas necessidades.

Os cursos oferecidos pelas ETSUS apresentaram especificidades quanto à concepção pedagógica, execução e diversificação temática em termos de subáreas da saúde, tendo como grande trunfo a sua capacidade de responder às demandas locais e regionais. As ETSUS atuaram de forma descentralizada e em parceria com outras instituições. A descentralização e o estabelecimento de parcerias, principalmente com as instituições prestadoras de serviços de saúde, se fizeram necessárias para qualificar/habilitar os trabalhadores, na implantação e/ou expansão dos serviços, impostas pelo processo legítimo de universalização da saúde.

As ETSUS, de modo geral, iniciaram seus cursos a partir do oferecimento da habilitação do auxiliar de enfermagem. Isso se deve à própria história da formação profissional na área da Saúde, liderada por enfermeiros preocupados com o grande contingente de pessoal auxiliar inserido no processo de trabalho “sem a devida qualificação”. A consolidação do SUS e a busca por qualidade também contribuíram e despertaram outras categorias profissionais para o processo de profissionalização dos trabalhadores de suas áreas.



Nos estados de São Paulo, Rio de Janeiro, Minas Gerais e Santa Catarina, que possuíam mais de uma ETSUS, a área de abrangência foi delimitada segundo critérios pactuados nos próprios estados. A divisão territorial de atuação da escola, normalmente, considera as normas educacionais para a descentralização dos cursos, observando a jurisdição das delegacias regionais de ensino e das diretorias regionais de saúde. De qualquer forma, todos os municípios que demandaram cursos foram atendidos por uma das ETSUS da área de abrangência.

O conceito e a prática de descentralização da execução curricular das ETSUS trouxeram a proposta de parceria, horizontalidade e cooperação técnica que foram traduzidas, neste caso, em construção de transferências de tecnologia, atualização, apoio técnico e troca de informações e experiências.

Em 1999, as ETSUS realizaram ou proporcionaram atividades de capacitação e atualização de seus docentes, incluindo a oferta de capacitação pedagógica dirigida a profissionais do sistema de saúde envolvidos com a atividade docente.

Os processos de capacitação, a produção de material didático-pedagógico e a socialização destes, por meio da prática docente e das parcerias estabelecidas, possibilitaram a agregação de novos saberes, ampliando, dessa forma, a base de sustentação das propostas e dos projetos de formação e qualificação dos recursos humanos em saúde. Daí a importância da preparação técnico-pedagógica dos profissionais de saúde que atuam na assistência, mas também exercem a função da docência.

Apenas 15 ETSUS trabalharam com docentes do quadro próprio e as outras somente com docentes convidados que, no geral, são profissionais que atuavam nos serviços e assumiam temporariamente, após algum processo de capacitação, a função de docente, como instrutores/supervisores nos cursos oferecidos.

Os docentes do quadro próprio representaram 10% e os convidados 90%. Em alguns estados, esses profissionais convidados receberam por hora-aula quando os cursos funcionavam fora do horário de expediente e, em outros casos, as prefeituras complementavam a remuneração também por meio de hora-aula.

Uma das características das ETSUS é o reduzido número de docentes do quadro próprio. Se, por um lado, é possível que este modelo de captação de recursos humanos hoje se apresente como uma alternativa para garantir a eficácia e otimização dos recursos financeiros e humanos e venha sendo adotado por organizações de diferentes setores, e em sintonia com as propostas de flexibilização e modernização gerencial, por outro lado, é preciso estar atento para o fato de que em poucas escolas esta alternativa se caracterizava pela existência de núcleos de profissionais efetivos, que dominavam os processos centrais da instituição (*core process*), capazes de formular, propor e coordenar as atividades docentes e buscar no mercado, de acordo com as necessidades, profissionais especializados para as ações específicas, contratados em regime temporário.

Um ponto a ser destacado é que a sustentação deste modelo de absorção de profissionais dos serviços para exercer a docência no campo do ensino técnico requereu alguns requisitos:

- a qualificação e atualização constante dos profissionais do quadro próprio;
- um programa de capacitação pedagógica permanente para os profissionais dos serviços que assumiram as funções docentes;
- o uso de mecanismos flexíveis para remuneração dos profissionais dos serviços que também exerciam a docência ou a contratação de pessoal em caráter temporário para atividades docentes.

Currículos

As ETSUS elaboraram e desenvolveram currículos organizados de forma integrada, correlacionada ou disciplinar. O currículo integrado para a área da Enfermagem estava sustentado em dois eixos: um com enfoque mais hospitalar e outro com enfoque mais ambulatorial, segundo o espaço de atuação do trabalhador, respeitando a organização dos serviços de saúde e as novas bases

legais da educação. No entanto, em face da emergência de implantação do Profae, foi também permitido pelo Conselho Nacional de Educação, por meio do Parecer n.º 10/99, a aplicação do currículo disciplinar da Resolução CFE n.º 07/77, tendo em vista a transição da legislação de ensino da Lei n.º 5.692/71 para a nova LDB – Lei n.º 9.394/98.

As ETSUS que usaram o currículo disciplinar, considerando o aluno trabalhador, desenvolveram esforços no sentido de aproximar a teoria da prática, buscando minimizar a fragmentação colocada por essa modalidade curricular que se organiza de forma estanque, isolada dos problemas e processos concretos do contexto social, e que valoriza a aprendizagem pela acumulação de informações obtidas em livros ou processadas por outros. O currículo correlacionado, também utilizado por algumas ETSUS, teve como característica a identificação e definição dos problemas da realidade, organizando os assuntos em torno do tema central escolhido. Aqui não se estimulou a memorização passiva e sim a investigação e compreensão dos problemas.

A carga horária mínima dos cursos de formação, quer seja habilitação profissional ou qualificação técnica no currículo adotado, foi, *a priori*, estabelecida pelo sistema de ensino; somente cursos de requalificação são livres dessa regulamentação.

Produção técnico-científica

O material didático pedagógico produzido nas ETSUS foi, em sua maioria, composto por apostilas, textos e vídeos que contemplavam conhecimentos referentes a conhecimentos constantes dos currículos aprovados. Grande parte deste material produzido e utilizado continha uma metodologia inovadora, como é o caso do currículo integrado, elaborada por grupos de especialistas, também vinculados às escolas ou aos serviços de saúde.

Verificou-se, em 1999, que seis escolas estavam realizando pesquisas na área do ensino técnico; três com artigos publicados, quatro dissertações de mestrado sobre a educação profissional e algumas participações em congressos, com apresentação de trabalho.

Na produção técnico-científica identificou-se fragilidade nos investimentos e na decisão política em fortalecer e aprofundar os processos educativos, buscando o alcance da competência intrínseca ao ato de ensinar. Produzir conhecimentos demanda também tempo, elaboração, formulação, amadurecimento, além da liberação das atividades de rotina. Como a maioria dos docentes é também da assistência, resta pouco tempo para avançar nas pesquisas e produção científica.

Estrutura física e equipamentos de informática

Em 1999, das 26 ETSUS, 11 funcionavam em espaço próprio: AL, BA, PB, RN, RJ (Escola Izabel dos Santos e Escola Politécnica/Fiocruz), MG (Unimontes), SP (Assis, Vila Mariana, Pariquera-Açu, e SC (Efos). As ETSUS do CE, MG (ESP), DF, MT, MS E SP (SMS) dividem espaços com o nível superior. As ETSUS de PE, ES, MG (FHEMIG), SP (Osasco, Araraquara e Franco da Rocha), PR e SC (Blumenau) funcionam em espaços cedidos ou alugados.

Quanto aos equipamentos de informática, constatou-se que apenas 11 ETSUS, entre as quais, a Escola Politécnica Joaquim Venâncio/Fiocruz, possuíam seus computadores interligados em rede. A informatização das ETSUS iniciou-se com o Projeto Escola de Nível Médio, financiado pela Fiocruz e coordenado pela Escola Politécnica que, priorizou a compra de computadores e seus acessórios para as dez ETSUS que participaram inicialmente do Projeto: BA, CE, PE, ES, RJ (Izabel dos Santos), SP (Osasco), PR, SC (Blumenau), MS e AL.

A informatização, braço estratégico para o sistema de informação gerencial, teve como principal objeto os fluxos, os registros acadêmicos e o ambiente de rede e foi considerada incipiente. Não apresentou grandes possibilidades de ampliação, exceto com investimento e capacitação específica nesta área. Neste sentido, a fragilidade desse item, na maioria das ETSUS, apontou limites evidentes à sua modernização administrativa e gerencial.



Viabilidade política – articulação e parcerias

As ETSUS demonstraram a busca de um trabalho articulado com a política de saúde da sua unidade federada, o seguimento das diretrizes próprias propostas pela Secretaria Estadual de Educação, a obediência às diretrizes/normas fixadas pela área de recursos humanos da SES e a promoção de intercâmbio com os serviços de saúde.

A despeito desse esforço, observou-se variado grau de articulação, seja pela falta de preparo dos gestores, pelas conjunturas mutantes ou ainda pela maior ou menor sustentabilidade política.

No entanto, mesmo em cenários desfavoráveis, algumas ETSUS conseguiram conquistas, muitas vezes em função do perfil de seus gerentes. Como exemplo, verificou-se ao longo do diagnóstico, o estabelecimento de 21 tipos de contratos ou convênios com instituições públicas e organizações sociais, locais e nacionais.

Os parceiros mais presentes nos acordos e trabalhos conjuntos com as ETSUS foram as prefeituras municipais, por meio de suas SMS. Geralmente estas assumiam parte das responsabilidades técnicas e financeiras do processo de formação de seus quadros funcionais.

Elaborando projetos a serem geridos por fundações de apoio, nove escolas (BA, PB, PE, RN, MG/Esmig, MG/FHEMIG, SP/Osasco, PR e MT) conseguiram ampliar suas atividades por meio de recursos do FAT e da Funasa/Projeto Vigisus. As universidades federais estiveram quase sempre presentes nos aportes técnicos; a Escola Politécnica/Fiocruz foi citada como parceira e seis escolas (BA, CE, PE, MG, GO, MS e Escola Politécnica) desenvolveram projetos junto a instituições internacionais (Handicap, Fundação Kellog, União Européia, Amaná Key, Japan International Corporation Agency, Opas e Universidade de Quebec e Montreal). No decorrer do diagnóstico, foram constatadas mais de 50 instituições demandantes com as quais as ETSUS firmaram acordos para a realização de trabalhos conjuntos na área de formação dos quadros técnicos e auxiliares, e na implantação de ações e programas de saúde.

A capacidade de intercambiar com outras instituições e estabelecer parcerias esteve presente, em alguma medida, em todas as escolas. No entanto, pela falta de autonomia, a formalização dos convênios/acordos era da instituição mantenedora.

A maioria significativa das escolas (17) não possuía autonomia administrativo-financeira e todos os procedimentos relacionados à aquisição de material permanente ou de consumo, contratação de pessoa jurídica ou física e pagamentos de diversas naturezas, eram executados pelo nível central de suas mantenedoras. As Escolas de RN, BA, PR, Escola Técnica de Saúde – Unimontes, Escola Politécnica e Cefor/SMS/SP possuíam algum grau de autonomia e, mesmo assim, tinham, de certa forma, limitada a sua capacidade gestora. Somente a Escola de Saúde Pública do Ceará, a única autarquia, pode executar procedimentos de natureza administrativa com maior grau de autonomia.

A necessidade de uma nova personalidade jurídica que lhes conferisse maior autonomia gerencial e administrativo-financeira esteve na ordem do dia para os dirigentes das ETSUS que ansiavam por soluções capazes de resolver o impasse entre a falta de recursos financeiros e a baixa autonomia dessas escolas.

O conjunto das ETSUS apresentou uma baixa autonomia no que diz respeito à sua administração interna. Como principal necessidade, constatou-se o aumento de sua capacidade gerencial, a mudança dos respectivos instrumentos jurídico-legais, a modernização administrativa e capacitação técnica-administrativa do seu pessoal.

A viabilidade política das Escolas Técnicas do SUS esteve relacionada não apenas à sua autonomia administrativa, mas também ao reconhecimento, pelos gestores do sistema de saúde, de seu papel estratégico “na ordenação da formação de recursos humanos” de nível inicial, técnico e pós-técnico em saúde.

Viabilidade administrativo-financeira – estrutura do setor administrativo

Mesmo ocupando pequeno espaço, a maioria das ETSUS possuía, em 1999, estrutura administrativa. O número de pessoal administrativo era de 83 pessoas de nível superior, 122 de nível médio e 44 de nível elementar, totalizando 249 pessoas lotadas nas escolas.



Contavam com maior número de pessoas na área, aquelas que funcionavam em unidades com cursos de pós-graduação.

O grau de informatização do setor administrativo foi considerado baixíssimo e as poucas informações geradas por esse setor não eram utilizadas para o planejamento geral das atividades.

Verificou-se a necessidade de avanços para o processo de flexibilização administrativa das escolas, com vistas a mudar perfil e o quantitativo do pessoal administrativo frente à incorporação de nossos cursos e atividades.

Orçamento

A questão do orçamento apresentou-se também como aspecto restritivo: submetidas ao orçamento global das SES/SMS, tornaram frágeis no planejamento e na execução de suas atividades, pois a liberação de recursos, além de morosa, foi quase sempre acompanhada de cortes. Apenas as escolas do RJ, Cefor/SP, RN, PB, CE, BA e a Escola Politécnica tinham orçamento próprio. As demais não dispunham de dotação orçamentária, demandando recursos da SES, na medida de suas necessidades. Essa situação limitou o atendimento às demandas, principalmente das secretarias municipais de saúde, que buscaram as ETSUS como instâncias capazes de dar respostas à preparação do seu pessoal empregado ou a contratar.

Acompanhamento de custos

Não existia nas escolas um sistema de acompanhamento de custos. O custo aluno, pelas condições especiais, presumia-se que seria baixo, mas não há estudos que confirmem essa hipótese.

- Demandas

As principais demandas assinaladas pelas ETSUS foram:

- Maior flexibilização gerencial de seus recursos e autonomia no exercício de suas atividades, compreendendo: a mudança dos instrumentos jurídico – legais, a mudança do regimento interno e da figura jurídica, a capacitação do pessoal para atuar na área de convênios, o assessoramento jurídico para celebração de parcerias e para licitação e regulamentação de pagamento de hora-aula.
- Capacitação técnica compreendendo: oferta permanente de cursos de capacitação em área técnica e pedagógica para os docentes, criação de incentivos para estimular a produção técnico- científica dos docentes, estabelecimento de convênios, parcerias com universidades e/ou centros de excelência, assessoria técnica para introdução de novos conhecimentos, investimento na compra de livros e de material de informática.
- Modernização e capacitação gerencial compreendendo: capacitação gerencial da equipe de direção da escola, instituição do planejamento participativo, criação de mecanismos de sustentabilidade financeira e otimização dos recursos técnicos, políticos e administrativos existentes, informatização da secretaria escolar e dos processos administrativos, apoio à criação de bancos de dados na área de recursos humanos em nível médio, introdução de sistemas de acompanhamento de custos.

As ETSUS e o Profae

Componente I – profissionalização e escolarização dos trabalhadores da enfermagem

A inserção de trabalhadores na área da Saúde sem a devida formação profissional já havia sido alvo de muitas iniciativas públicas voltadas para a mudança desta realidade. Entre elas, podemos citar o Projeto “Larga Escala”, que na década de 80 propunha uma formação articulada com os serviços e a criação de Escolas Técnicas de Saúde (ETSUS), introduzindo uma concepção de escola flexível, capaz de atuar de forma descentralizada, facilitando o acesso dos alunos trabalhadores e



que implementava um currículo integrado aos serviços, colocando os profissionais da rede assistencial em atuação docente nos processos formativos. Com todo esforço e decisão política, mas sem um financiamento específico, as 26 ETSUS, conseguiram formar/qualificar cerca de 57 mil trabalhadores, no período de 1995 a 1999. Essa iniciativa constituiu a base para a implantação do Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores na área da Enfermagem (Profae).

O Profae foi fruto do contrato de empréstimo estabelecido entre o governo brasileiro e o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), que financia parcialmente este Projeto (Contrato n.º 1.215/OC-BR²).

O contexto que originou o Profae pode ser caracterizado pela existência de trabalhadores inseridos nos serviços de saúde, realizando ações próprias da enfermagem, sem habilitação técnica profissional necessária para o exercício destas ações, além de uma quantidade numericamente expressiva de trabalhadores em exercício nas ações de enfermagem, sem escolaridade básica e de baixa renda, impedindo ou dificultando o acesso aos cursos de formação profissional ofertados pelo mercado educativo.

Este cenário representava, por um lado, prejuízo na qualidade dos serviços de saúde ofertados à população, caracterizada principalmente por uma “assistência de risco”, na medida em que eram profissionais mais diretamente envolvidos e responsáveis pelo atendimento e prestação de cuidados à saúde em ambulatorios, hospitais e coletividades, o que, pelo quantitativo de trabalhadores nestas condições (em torno de 60% de todo o pessoal de nível médio inserido nos serviços de saúde³), acarretava graves conseqüências, principalmente inviabilizando a ampliação de serviços pelos municípios; por outro lado, implicava uma situação de irregularidade e ilegalidade na inserção destes trabalhadores no mercado de trabalho, uma vez que a Lei do Exercício Profissional de Enfermagem, a Lei Federal n.º 7.498/86 concedeu um prazo de até dez anos para que todos fossem profissionalizados e se tornassem, no mínimo, auxiliares de enfermagem. Extinto o prazo, os trabalhadores de saúde permaneceram sem a qualificação exigida e sem uma oferta educativa que pudesse resolver o problema.

Apesar destas iniciativas, ao final da década de 90, pesquisas sobre mercado de trabalho ainda sinalizavam para a existência de aproximadamente 250 mil trabalhadores em exercício irregular da profissão, com risco de desemprego em função da crescente fiscalização do Conselho Federal de Enfermagem (Cofen) e, tendo como conseqüência, a exposição da população atendida nos serviços de saúde, a riscos decorrentes da baixa qualidade das ações desempenhadas por estes trabalhadores.

A partir de 1999, o Ministério da Saúde formulou e implementou o Profae com o objetivo de atender às lutas pelo direito à assistência de enfermagem e promover a melhoria da qualidade da atenção à saúde, por meio da redução do déficit de pessoal auxiliar de enfermagem qualificado e do apoio e fortalecimento às instâncias de formação e desenvolvimento dos trabalhadores do Sistema Único de Saúde.

A concepção do Profae e o seu desenho metodológico contemplaram ações capazes de interferir sobre o problema em várias dimensões e fatores determinantes:

- a) identificar os trabalhadores sem a devida qualificação e proporcionar as condições necessárias para que se elevasse sua escolaridade e realizasse sua profissionalização;
- b) implementar a formação pedagógica para os enfermeiros docentes, capaz de desenvolver as competências necessárias para uma docência que atenda tanto as exigências legais da educação⁴, quanto a necessidade de desenvolver e formar enfermeiros para provocar mudanças nas praticas educativas da saúde;

² O financiamento do Profae é realizado com 50% de recursos oriundos do BID e 50% do Tesouro Nacional e foi da ordem de US\$ 370.000.000,00.

³ Dados da Rais – MTE de 1998 publicados na Revista Formação n.º 1/1/2001.

⁴ Artigo 9.º, do Decreto n.º 2.208, de 17/4/1997 (à época vigente), que regulamentava o §2.º, do art. 36, e os arts. 39 a 42, da Lei n.º 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional.



- c) desenvolver um sistema de avaliação e certificação dos egressos dos cursos de formação profissional com vistas e reordenar tanto a formação, quanto a inserção de trabalhadores técnicos na saúde;
- d) produzir, estimular e divulgar estudos e publicações de caráter técnico-científico sobre a questão dos trabalhadores técnicos na saúde, incluindo informações evolutivas do mercado de trabalho e do mercado educativo;
- e) fortalecer os espaços públicos de formação, possibilitando a ampliação de infra-estrutura e oferta de ações educativas com vistas à profissionalização, qualificação no trabalho e educação permanente em serviço, para trabalhadores técnicos;
- f) produzir, estimular e divulgar estudos e publicações de caráter técnico-científico sobre a questão dos trabalhadores técnicos na saúde, incluindo informações evolutivas do mercado de trabalho e do mercado educativo;
- g) fortalecer os espaços públicos de formação, possibilitando a ampliação de infra-estrutura e oferta de ações educativas com vistas à profissionalização, qualificação no trabalho e educação permanente em serviço, para trabalhadores técnicos.

Além destas ações com resultados específicos, fez parte do projeto a implementação de pesquisa de avaliação de impacto da qualificação profissional sobre a qualidade do cuidado de enfermagem nos serviços e uma avaliação institucional voltada para analisar o processo de implementação das ações.

A estrutura organizacional do Projeto contemplou uma gestão centralizada no Ministério da Saúde e execução descentralizada em estados e municípios, contratando instituições denominadas Agências Regionais, Operadoras e Executoras, em sua maioria, constituídas das escolas técnicas públicas e privadas do País, as instituições de ensino superior com capacidade de apoiar os docentes de educação técnica, as secretarias estaduais de educação (SEC) e de Saúde (SES), entre outros.

Os impactos esperados sobre o mercado e a formação de pessoal auxiliar para o setor Saúde foram visíveis principalmente na melhoria da qualidade dos serviços de saúde à sociedade, no déficit de pessoal de enfermagem qualificado reduzido, na maior dinamização de mercado de trabalho desse segmento do setor Saúde e no reforço do quadro normativo e dos processos que asseguram sua efetividade, criando condições técnico-financeiras e institucionais para a sustentabilidade da formação de pessoal de enfermagem.

Na execução do Projeto houve revisão de metas e ações para proceder ajustes com vistas ao alcance dos objetivos propostos, sendo necessário negociar, junto à Missão do BID, as proposições que se faziam necessárias.

Como resultado da última Missão do BID (de 4 a 8/10/2004) e das reuniões mantidas com as diferentes autoridades do Ministério da Saúde, a Missão constatou avanços atingidos pelo Profae, principalmente no que diz respeito a:

- contribuição ao desenho de uma nova política de formação e desenvolvimento dos trabalhadores da saúde e, conseqüentemente, consolidação na estrutura das ações de capacitação;
- integração das questões de formação técnica na agenda dos gestores federais, estaduais e municipais do setor – definição de política pública;
- desenho de um modelo gerencial pautado no fortalecimento do gestor local;
- reformulação no Projeto Político Pedagógico das escolas técnicas públicas e privadas;
- quadros docentes com formação pedagógica;
- implantação da formação técnica por itinerários formativos desenvolvidos em etapas;
- elaboração de metodologia de análise do processo de trabalho e construção de perfis de competências profissionais e difusão de informações sobre educação profissional por meio da revista Formação.



É indiscutível os avanços obtidos pelo Profae, destacando:

- a superação das metas de profissionalização;
- o acesso das universidades, especialmente as faculdades de enfermagem, à metodologia de capacitação inovadora;
- a construção de uma rede nacional voltada para a formação de profissionais de enfermagem, podendo-se estender às outras categorias profissionais;
- o desenvolvimento de práticas de parcerias e intercâmbio com organizações congêneres e com o mercado de trabalho;
- o sistema estruturado de informações sobre o mercado de trabalho e de formação de pessoal de enfermagem;
- a construção do perfil de competências desejado para o auxiliar e técnico de enfermagem;
- a estruturação do sistema de formação e informação e de certificação capaz de contribuir para a melhoria da qualidade da assistência dos serviços de saúde.

- Ações, metas e resultados do Profae

Para o alcance dos objetivos gerais do Projeto, foram definidas ações e metas específicas, as quais vêm sendo implementadas são:

profissionalizar 225 mil trabalhadores como auxiliares de enfermagem; promover a escolarização de 95 mil trabalhadores que não haviam concluído o ensino fundamental; oferecer a complementação de estudos a 90 mil auxiliares em enfermagem para habilitá-los como técnicos em enfermagem.

Estas ações foram implementadas visando proporcionar o acesso dos trabalhadores aos cursos de educação profissional e de escolaridade básica, com intuito tanto de proporcionar a profissionalização com aumento da escolaridade quanto de melhorar a qualidade da atenção à saúde. Os resultados obtidos, após 64 meses de operacionalização, indicam que 461.318 trabalhadores foram cadastrados em todo Brasil, conforme o Quadro 6, que especifica também outras informações complementares referentes ao desempenho de todas as instituições envolvidas.

Quadro 6 - Resumo Geral do PROFAE até Dezembro/2005

Alunos	Auxiliar Enfermagem	1 Complementação Ensino Fundamental	Complementação Curso Técnico de Enfermagem	Complementação Curso Técnico de Enfermagem
Cadastrados	302.173	56.367	102.778	102.778
Atendidos	219.686	21.458	82.368	82.368
Em curso	9.921	3.102	1.829	1.829
Formados	173.544	8.798	71.973	71.973
Desistentes *	29.369	2.517	9.805	9.805

Fonte: SIG PROFAE.

(*) Alunos desistentes nem sequer efetivaram a matrícula nos cursos.

As metas alcançadas são resultado do envolvimento de aproximadamente 319 escolas de educação profissional, distribuídas entre escolas técnicas municipais, estaduais, e federais (17,8%) e escolas técnicas de saúde privadas (82,2%), incluindo as escolas do Sistema S⁵. No contexto das escolas públicas estão inseridas as ETSUS que participaram do Profae.

Todo o processo de execução dos cursos foi supervisionado e monitorado por uma rede de instituições contratadas para este fim denominadas Agências Regionais (25 entidades), as quais

⁵ O Sistema S é integrado pelas escolas dos serviços sociais e serviços nacionais de aprendizagem vinculados aos setores produtivos da indústria e do comércio (Serviço Social da Indústria – Sesi; e Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial – Senai; Serviço Social do Comércio – Sesc e Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial – Senac).



foram compostas por instituições de ensino superior, empresas especializadas em monitoramento e avaliação de programas e projetos e autarquias estaduais.

Destaca-se, neste desenho operacional, a capilaridade do Projeto. Até o momento, os trabalhadores que tiveram acesso residiam e trabalhavam em aproximadamente 93,5 % dos municípios brasileiros com alunos cadastrados. A base de dados do Sistema de Informação Gerencial(SIG/Profae registra alunos cadastrados em 5.429 municípios dos quais houve atendimento aos alunos procedentes de 5.057 municípios.

O Quadro 7 representa o desempenho do Profae com todas as escolas envolvidas. A seguir, far-se-á recorte do desempenho das ETSUS.

No Componente I do Profae (profissionalização e escolarização dos trabalhadores da enfermagem), apenas 22 ETSUS participaram do primeiro edital. As ETSUS de Brasília, de Minas Gerais (FHEMIG), a Escola Politécnica/Fiocruz e o Centro de Formação dos Trabalhadores em Saúde do Município de São Paulo não participaram do Componente I do Profae. Posteriormente foram incorporadas à rede a Escola Técnica de Saúde do Acre e a Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).

Essas 24 ETSUS organizaram e executaram cursos em 982 municípios-pólo com alunos procedentes de 2.414 municípios brasileiros o que corresponde ao atendimento a 44,4% dos municípios cadastrados ou 43,3% dos municípios brasileiros.

O Cefor de Osasco na grande São Paulo teve suas turmas incorporadas ao Cefor da Vila Mariana – SP e a Escola Técnica de Saúde de Blumenau realizou cursos de complementação para técnico em parceria com a Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

Quadro 7 - Desempenho das Escolas Técnicas do SUS no PROFAE, segundo Modalidade de Ensino e UF.

UF	Escolas Técnicas do SUS	Qualificação Profissional para Auxiliar de Enfermagem			Complementação para Técnico de Enfermagem		
		Atendidos	formados	%	Atendidos	formados	%
AC	Escola Técnica em Saúde Maria Moreira da Rocha	1.619	1.331	82,21%	618	567	91,74%
AL	Cefor Dr. Waldir Arcoverde	4.375	3.760	85,94%	532	460	84,46%
BA	Esc de Formacao Tecn. em Saúde Prof. Jorge Novis	4.571	3.879	84,86%	1.449	1.083	74,74%
CE	Escola de Saude Pública do Ceará	5.938	4.887	82,30%	789	728	92,27%
ES	Iesp - Instituto Estadual de Saúde Pública	4.595	4.143	90,16%	1.494	1.427	95,52%
GO	Centro de Educação Profissional	3.365	2.978	88,49%			
MG	Centro Form. de Recursos Humanos para a Saúde	3.986	3.339	83,77%			
	Escola de Enfermagem da UFMG	2.498	2.049	82,02%	3.639	3.208	88,15%
	Unimontes - Esc. Tec. Saúde	152	123	80,92%	835	638	76,41%
MS	Centro Formador de Rec. Humanos para a Saúde	1.879	1.495	79,56%	-	-	-
MT	Escola Tecnica de Saúde	907	748	82,47%	-	-	-
PB	Centro Formador de Recursos Humanos	2.856	2.518	88,17%	-	-	-
PE	Escola de Saúde Pública	3.096	2.871	92,73%	-	-	-
PR	Centro Formador Caetano M. da Rocha	6.171	5.465	88,55%	2.909	2.733	93,94%
RJ	ETIS - Enfermeira Izabel dos Santos	2.551	1.853	72,63%	3.311	2.093	63,21%
RN	CEFOPE	3.528	3.163	89,65%	907	848	93,50%
SC	Efos	3.035	2.471	81,42	3.551	3.156	88,87%
SP	Cefor - Araraquara	575	371	64,52%	556	486	87,41%
	Cefor - Assis	292	197	67,47%	242	225	92,98%
	Cefor - Franco da Rocha	-	-	-	237	203	85,65%
	Cefor - Pariqueira Açu	409	293	71,64%	201	180	89,55%
	Cefor - Sao Paulo e Cefor de Osasco	931	619	66,49%	680	577	84,85%
TOTAL GERAL		57.329	48.553	84,69%	21.950	18.612	84,79%

Fonte: SIG/PROFAE/2006.

Do total de 218.379 alunos atendidos no Curso de Auxiliar de Enfermagem, as 24 ETSUS atingiram 26,2% dessa clientela. No curso de complementação para técnico de enfermagem, dos 82.368 cadastrados, 26,7% foram de responsabilidades destas escolas.

Quanto à aprovação dos alunos no final dos cursos, os resultados também foram satisfatórios: dos 174.200 aprovados no Curso de Auxiliar de Enfermagem, 27,8% são procedentes das ETSUS e no curso de complementação, o desempenho destas escolas foi de 25,7%.

Quadro 8 - Desempenho das Escolas Técnicas do SUS no PROFAE, segundo número de turmas e recursos alocados.

UF	Escolas Técnica do SUS	Nº de turmas	CR\$
AC	Escola Técnica em Saúde Maria Moreira da Rocha	69	3.806.714,15
AL	Cefor Dr. Waldir Arcoverde	146	7.535.923,35
BA	Esc de Formacao Tecn. em Saúde Prof. Jorge Novis	181	8.407.204,90
CE	Escola de Saúde Pública do Ceará	139	9.814.405,47
ES	Iesp - Instituto Estadual de Saúde Pública	171	8.447.814,20
GO	Centro de Educação Profissional	101	4.284.589,05
MG	Centro Form. de Recursos Humanos para a Saude	124	5.051.143,34
	Escola de Enfermagem da UFMG	192	7.542.337,64
	Unimontes - Esc. Tec. Saude	30	1.297.497,59
MS	Centro Formador de Rec. Humanos para a Saúde	59	2.091.742,72
MT	Escola Técnica de Saude/MT	40	1.341.028,80
PB	Centro Formador de Recursos Humanos Cefor	112	3.836.166,90
PE	Escola de Saúde Pública - PE	81	3.270.945,25
PR	Centro Formador de Rec. Hum. Caetano M. da Rocha	187	12.772.408,95
RJ	Efts - Escola de Formação Técnica em Saúde - Enfermeira Izabel dos Santos	208	7.842.585,12
RN	Centro de Formação de Pessoal para os Serviços da Saúde	133	6.061.483,83
SC	Efos - Escola de Formação em Saude	229	9.833.562,05
SP	Cefor - Araraquara	34	1.700.924,35
	Cefor - Assis	17	805.221,45
	Cefor - Franco da Rocha	07	433.278,75
	Cefor - Pariqueira Açu	17	789.987,00
	Cefor - São Paulo e Cefor de Osasco	36	2.191.914,15
TOTAL GERAL		2.313	R\$ 109.158.879,01

Fonte: SIG/PROFAE/2006.

Componente II – Fortalecimento das instâncias formadoras e reguladoras do SUS

- Subcomponente de fortalecimento e modernização das Escolas Técnicas do SUS

O Componente II do PROFAE previa este subcomponente para fortalecer e modernizar as Escolas Técnicas do SUS, vinculadas às secretarias estaduais e municipais de saúde ou de educação e às universidades públicas.

Como objetivos, estavam arrolados à promoção de mudanças que assegurassem a flexibilidade e autonomias funcional, administrativa e financeira das ETSUS, o desenvolvimento de processos de capacitação técnico-gerencial dirigidos ao pessoal dirigente das ETSUS e àqueles que faziam parte dos órgãos de gestão do trabalho e da educação das secretarias de saúde, a dotação das como de sistema de informação com equipamentos, *softwares* e recursos de comunicação necessários para sua gestão e seu papel de promover a qualidade docente.

Na flexibilização administrativa, o avanço foi moderado nas escolas já existentes, creditando-se as dificuldades técnicas e políticas no âmbito da gestão estadual e/ou municipal em relação a este tipo de investimento e à insuficiente formação dos dirigentes da área de gestão do trabalho e da educação na saúde para a condução técnica e política do campo. Contudo, a maioria das novas escolas criadas após 2003 incorporou a flexibilidade administrativa como questão importante na gestão escolar e já foram concebidas, possuindo autonomia e orçamento próprio.



Os indicadores verificáveis e resultados esperados pelo Profae para as ETSUS foram:

- 100% das ETSUS apresentam subprojetos de modernização;
- 100% de estados sem ETSUS no início do Profae apresentem subprojetos;
- 90% de aprovação nos cursos ofertados pelas ETSUS;
- 40% das ETSUS captam recursos próprios ao final do Profae.

Os resultados obtidos nestes 64 meses de execução do Projeto são:

- 100% das ETSUS executaram subprojetos de modernização;
- 63,7% das 11 novas ETSUS apresentaram e estão executando subprojeto de investimentos;
- 36% dos estados sem ETSUS, no início do Profae, apresentaram subprojetos de modernização;
- 12% de novos cursos são ofertados pelas ETSUS em relação aqueles ofertados no início do Profae;
- 80% de aprovação, em média, nos cursos ofertados pelas ETSUS;
- 92,3% das ETSUS conseguem trabalhar com recursos captados;
- 100% dos bens (mobiliários, eletroeletrônicos, equipamentos de informática, veículos, acervo bibliográfico, recursos didáticos e softwares) foram adquiridos pelo MS e estão sendo entregues às ETSUS;
- 100% das ações descentralizadas, especialmente aquelas voltadas para revisão do projeto pedagógico e do currículo, para ampliação da oferta de cursos para os trabalhadores, foram realizadas pelas escolas;
- 100% das 11 novas escolas previstas foram criadas nos estados onde estas não existiam (AC, TO, SE, RO, RR, PA, AM, AP, MA PI e RS) onde 2 (RS e AP) estão ainda em processo de finalização.

A captação de recursos pelas ETSUS vem sendo realizada com ênfase, mas ainda permanece como principal problema, a incapacidade de gestão destes recursos, visto que ainda não foram modificadas suas características institucionais.

Quanto ao percentual de recursos próprios sobre os recursos da mantenedora, não é possível verificar porque as ETSUS não possuem unidades gestoras e vêm sendo financiadas basicamente por recursos repassados pelo MS para as operadoras que geriram seus recursos.

As ETSUS apresentaram resultados não contemplados nos indicadores dos quais se destacam:

- Criação da Rede de Escolas Técnicas do SUS (RETSUS): com site próprio e secretaria técnica localizada na Escola Politécnica/Fiocruz.
- Publicação mensal da Revista RET-SUS.
- Cooperação técnica entre o Programa de Expansão do Ensino Profissional, do Ministério da Educação e Profae, para construção e reforma das ETSUS: foram elaborados 13 projetos arquitetônicos para construção e reforma das ETSUS dos quais até o momento geraram o estabelecimento de oito convênios entre as secretarias estaduais de saúde e o MEC onde já foi construída a Escola Politécnica Joaquim Venâncio/Fiocruz e estão em construção as ETSUS do AC, CE que negociaram diretamente com o Proep/MEC.
- Outras cinco escolas contempladas com a parceria entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação (Proep/MEC) foram chamadas para dar continuidade às ações previstas no Termo de Convênio – Paraná, Mato Grosso do Sul, Rio Grande do Norte, Tocantins, Minas Gerais (FHEMIG), cumpriram com as adequações solicitadas e estão providenciando a documentação necessária para a assinatura do convênio e repasse dos recursos para construção de suas unidades.
- Foi dado início do processo das licitações referentes à aquisição dos equipamentos para as ETSUS contempladas com o convênio do Proep/MEC.



- O Plano Estadual de Fortalecimento e Modernização negociado com o BID viabilizará, a partir de março de 2006, reformas e adaptações na rede física, aquisição de laboratórios de práticas de ensino e informática, modernização tecnológica em informação, comunicação e didática para proporcionar condições mais adequadas à formação técnica em saúde e educação permanente para o segmento de trabalhadores técnicos. Contemplou nove escolas dos estados a saber: BA, ES, GO MG (Unimontes), PB, RJ (Izabel dos Santos), SC (Efos e Blumenau) e SP (Araraquara). Todos os projetos sofreram alterações de acordo com solicitações do Ministério da Saúde para aprovação do projeto arquitetônico e posterior encaminhamento ao Fundo Nacional de Saúde para assinatura de convênio e repasse de recurso.
- Negociação com o BID e aprovação para a oferta do mestrado profissional com o objetivo de promover a qualificação dos dirigentes e equipes técnicas das ETSUS e gestores de recursos humanos das secretarias de saúde, responsáveis principais pelos processos educativos para o SUS, para atuarem como formadores e indutores de processos e práticas, desenvolvendo produtos de alta aplicabilidade ao desenvolvimento do Sistema Único de Saúde, a partir de 2006.
- Negociação com o BID e aprovação de projeto de pesquisa nas ETSUS para fomentar a produção da reflexão crítica dos processos em andamento e reconstrução destes, num contínuo ação-reflexão-ação, para que se produzam novas ações educativas à luz das mudanças necessárias para a formação dos profissionais. Os projetos estão em elaboração e participarão as Escolas Técnicas do SUS, vinculadas às secretarias estaduais e ou municipais de saúde/Educação e universidades que compõem a Rede de Escolas Técnicas do SUS (RET-SUS), bem como deverão estar diretamente voltados para a produção de conhecimento sobre a educação profissional de nível técnico na área de Saúde.
- Pesquisa de avaliação de impacto dos cursos do Profae na qualidade dos serviços de saúde, coordenada pela professora Marina Peduzzi da Escola de Enfermagem da USP, foi concebida para ocorrer em dois grandes ciclos: um relativo aos efeitos sobre a execução do trabalho técnico – profissional e outro relativo aos efeitos sobre a condução dos serviços e sistema de saúde. Este processo de avaliação buscou conhecer o impacto da profissionalização na relação trabalhador/atividade de trabalho, cuja expressão na qualidade dos serviços pode ser mensurada por meio da seleção de indicadores de qualidade da assistência de enfermagem. Os resultados tomaram por base três indicadores sensíveis e específicos para avaliar a qualidade do cuidado de enfermagem nos serviços de saúde, quais sejam: incidência de úlcera de pressão, taxa média de erros na administração de medicamentos e índice de qualidade do desempenho da técnica de inalação. Realizou-se a análise nas equipes e nos serviços que dispunham de trabalhadores sem qualificação formal, matriculados nos cursos do Profae. A pesquisa evidenciou, de maneira decisiva, a necessidade de investimentos na educação profissional, pois os trabalhadores técnicos assumem responsabilidades pelo cuidado direto ao usuário em proporção bastante superior ao previsto normativamente como trabalho prescrito, assim como ficou fortemente apontada a necessidade de investimentos na educação permanente e em serviço, para garantir a repercussão da formação no cotidiano do trabalho. Depreende-se dos achados da pesquisa empírica que a melhoria da formação não produz impacto sem a melhoria nos aspectos relacionados à estrutura e organização do trabalho em saúde.

Cabe destacar que, embora em número pequeno, as 25 escolas, ou seja, 7,5% que participaram como executoras do Profae, mesmo com dificuldades estruturais, foram responsáveis por mais de 25% do total das matrículas e aprovações nos cursos de Auxiliar e Técnico em Enfermagem no âmbito do Projeto.

O fortalecimento das ETSUS já existentes e a criação de novas escolas enfrentam, contudo, dificuldades com a captação de recursos por não terem flexibilidade administrativo-financeira para trabalhar com recursos próprios ou orçados pela sua mantenedora.

Observou-se ainda que durante a execução do Profae, o processo de criação das novas ETSUS foi lento, principalmente pela transição política nos estados e sua repercussão na gestão administrativa pública. Com a troca dos gestores estaduais, associadas à baixa compreensão dos mesmos – da

responsabilidade constitucional de “ordenar a formação dos recursos humanos para o SUS” –, houve constante troca dos membros das equipes de implantação das novas escolas e, em alguns casos, até da equipe inteira. A escassez de pessoas para trabalhar nesse processo também foi fator “dificultador”, resultando, para os membros das equipes a realização de diversas tarefas, aliada à baixa qualificação dos quadros para tal finalidade.

Finalmente, faz parte desse rol a mudança da equipe técnica do Profae no nível central por ocasião do concurso temporário para substituição de consultores temporários e a saída de membros da equipe responsável pelas ETSUS.

As medidas adotadas para fazer frente a essas dificuldades foram resumidas da seguinte forma:

- Disponibilizar consultoria técnica aos gestores e diretores para discutir um modelo de gestão que propicie maior flexibilidade administrativa, sustentabilidade financeira, otimização dos recursos técnicos, políticos e administrativos.
- Discussão com a Consultoria Jurídica do MS –(Conjur), dos processos licitatórios do Ministério da Saúde estudando alternativas de execução direta pelo Ministério como, por exemplo, o Pregão.
- Preparação dos quadros gestores e técnicos das novas ETSUS e do nível central.
- Assessoria para a criação/reestruturação das 11 ETSUS, implantação do Projeto Político-Pedagógico, Regimento Escolar e proposta de cursos para encaminhamento aos respectivos conselhos estaduais de educação.

Os recursos investidos pelo Profae por meio do Subcomponente das ETSUS foram alocados do próprio Projeto, pelo Projeto de Educação Profissional do Ministério da Educação – MEC/Proep e pelo Plano estadual e estão assim discriminados:

· Projeto de Investimentos do Profae	R\$	14.927.668,00
· Projeto de Investimentos do MEC/Proep	R\$	9.897.548,15
· Plano Estadual	R\$	23.448.708,97
· Total	R\$	50.773.925,12

O Projeto de Investimentos foi aprovado na primeira fase de execução do Profae em que cada uma das 26 ETSUS existentes foi contemplada com R\$ 500.000,00 (quinhentos mil reais) para aquisição de equipamentos e consultoria. Posteriormente vêm sendo beneficiadas com o mesmo montante as 11 novas ETSUS recentemente criadas.

Os recursos do MEC/Proep são fruto de negociação entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação para a construção/reforma das ETSUS.

O Plano Estadual foi negociado na última Missão do BID com vistas à construção/ampliação/reforma das ETSUS que não foram contempladas pelo Proep.

Acompanhamento do mercado de trabalho em saúde e do mercado educativo em saúde – Samets

Com o intuito de aprofundar a análise e discussão sobre as necessidades de mudança no perfil da força de trabalho no SUS e interferir na formação dos profissionais de saúde, foram realizados estudos sobre o mercado de trabalho em saúde e mercado educativo. Questões como a extensão e as condições do emprego, as dinâmicas regionais, a oferta de serviços de saúde e educativos, a composição das equipes e o nível de assalariamento, entre outras, foram amplamente analisadas e debatidas, desvelando o cenário da formação e inserção dos trabalhadores no setor da Saúde no Brasil. Os resultados vêm subsidiando a gestão do Profae e a formulação e definição das políticas de profissionalização e qualificação para o conjunto de trabalhadores técnicos na saúde e no fortalecimento e modernização das ETSUS, que foram objeto de estudo específico realizado pela Estação de Trabalho Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz).



O estudo e acompanhamento do mercado de trabalho em saúde e mercado educativo foram objeto de outro subcomponente do Profae cujos indicadores verificáveis eram:

- 100% de operadoras usam SIG/Profae;
- 2 a 100% de Agências Regionais (ARs) usam Samets e SIG/Profae;
- 3 a 95% de informativos e boletins previstos distribuídos;
- 4 a 95% de grupos focais previstos realizados.

Os resultados até dezembro de 2005 foram:

- 100% das operadoras usaram o SIG/Profae regularmente;
- 100% das ARs usaram o SIG/Profae regularmente;
- 100% de boletins e informativos institucionais foram distribuídos por meio do SIG/Profae;
- 0% DE ARs usaram o Samets.

O resultado cujo indicador não contemplou foi a criação da revista Formação, em que já foram publicados oito números da Revista com artigos de caráter técnicos/científicos até 2005. (66,6% da meta prevista - 12 publicações).

Os indicadores relativos ao uso do SIG/Profae são facilmente verificáveis tendo em vista que este sistema se constituiu na principal ferramenta de gestão das informações sobre a execução dos cursos do Profae, sendo acessado e alimentado instantaneamente por meio da *web*, por todas as instituições envolvidas (Agências Regionais e Operadoras).

As informações disponíveis sobre o mercado de trabalho e mercado educativo foram analisadas sistematicamente pelas Estações de Trabalho da Rede Samets e vêm subsidiando a gestão do Projeto e a formulação da política voltada para a formação profissional com o conjunto de trabalhadores do SUS.

O Samets previa realizar publicações e informes impressos e eletrônicos disponibilizados via internet. Entretanto houve dificuldades para obter e sistematizar as informações sobre mercado de trabalho, mercado educativo e regulação profissional, estas ações foram redirecionadas com investimento maciço na Revista Formação para atender às necessidades de divulgação do Projeto e, principalmente, de informações de natureza técnico-científicas e gerenciais para o conjunto de instituições envolvidas com a questão da formação e do desenvolvimento de recursos humanos para a saúde. A revista previa periodicidade quadrimestral e tiragem de 30 mil exemplares.

Certificação de competências profissionais dos auxiliares em enfermagem egressos dos cursos promovidos pelo Profae – SCC

A certificação de competências, outro subcomponente do Profae, foi criada como um instrumento estratégico de apoio à introdução de inovações na organização dos serviços de saúde, de forma a articular as diversas dimensões do processo de trabalho em saúde – planejamento, promoção da saúde, prevenção de agravos e assistência integrada à saúde – na formação profissional dos trabalhadores técnicos, como estratégia para viabilizar o acesso da população aos serviços de saúde de qualidade e à atenção integral à saúde. Neste sentido, é um instrumento potencialmente concebido para dar relevo às demandas da realidade do trabalho em saúde como determinantes dos processos de formação.

Desse contexto mais geral, também se beneficiam as ETSUS, como instituições principais no atual cenário para a formação dos trabalhadores do SUS, e como espaço cenário para a testagem dos instrumentos propostos para análise e avanço da certificação de competências, principalmente nos aportes teóricos que fundamentam um novo olhar para a avaliação educativa dos trabalhadores inseridos nos processos educativos e de produção dos serviços de saúde.

A avaliação/certificação proposta é parte de um processo pedagógico e, portanto, orientado por uma lógica educativa, com função formativa propiciando ao egresso a participação, a oportunidade de auto-avaliação, e a identificação de lacunas e fragilidades em sua formação, que são fatores que interferem em seu desempenho.

Também propiciará subsídios às instituições formadoras, para análise e reorientação de suas concepções e estratégias educacionais dos currículos, materiais didáticos, métodos e técnicas de ensino e da própria avaliação. Neste sentido, a implementação do SCC terá um subproduto, indicadores para avaliação e reorientação da formação e da produção de serviços de saúde.

O desafio colocado hoje para o SCC é organizar processos avaliativos potencialmente capazes de mobilizar sujeitos e instituições para uma prática transformadora, identificar, promover e gerir saberes que possibilitem aos trabalhadores o enfrentamento de desafios próprios do seu campo profissional.

Atualmente, o sistema já conta com metodologia de avaliação definida e testada; o perfil de ações do auxiliar em enfermagem já elaborado e normalizado, e o perfil de ações do técnico em enfermagem na fase de elaboração por meio de oficinas de trabalho e consultas públicas, com ampla divulgação e participação da sociedade.

A proposta metodológica de elaboração de perfis de competências e avaliação tem servido como um dos instrumentos de referência para a formulação dos processos de formação profissional dos atendentes de consultório dentário, dos técnicos em higiene dental e dos agentes comunitários de saúde.

Especialização Formação Pedagógica em Educação Profissional na Área da Saúde, Subárea de Enfermagem

O desafio de qualificar o universo de 225 mil trabalhadores que atuavam na enfermagem, sem qualificação formal específica, com déficit de escolaridade básica, implicou a formação pedagógica de docentes com perfil bastante amplo, para atuar na realidade complexa e diversa, que exige a constituição de competências pedagógicas e técnicas para análise crítica, tanto das práticas assistenciais consideradas de risco a que se submetem aos usuários dos serviços de saúde, se atendidos por profissionais desqualificados, quanto das práticas educacionais tradicionais e conservadoras de formação.

Desta forma, o Curso de Formação Pedagógica em Educação Profissional na Área de Saúde, Subárea de Enfermagem, pós-graduação *lato sensu*, foi implementado em âmbito nacional atendendo profissionais já graduados e/ou licenciados em Enfermagem para atuarem na educação profissional, comprometidos com as necessidades sociais em geral e de saúde em particular.

Concluíram a formação pedagógica e já foram titulados 13.150 enfermeiros docentes, superando, mais uma vez, a meta estabelecida. O curso foi oferecido na modalidade de educação à distância, coordenado pela Escola Nacional de Saúde Pública, da Fundação Oswaldo Cruz, com momentos presenciais nos núcleos de apoio docente implantados em 45 instituições de ensino superior, contemplando todas as unidades da federação.

É evidente o avanço técnico-pedagógico dos enfermeiros das ETSUS que participaram da formação pedagógica, não só no aprimoramento e na compreensão de sua função docente, como na participação mais efetiva na reconstrução do Projeto Político-Pedagógico das Escolas e no assessoramento pedagógico aos profissionais docentes dos demais cursos ofertados pelas ETSUS.

Considerações finais

Após sistematização dos dados das 26 ETSUS, do período de 1995 a 1999, observou-se que alguns aspectos foram convergentes, na maioria das escolas:

- vinculação ao setor de recursos humanos das secretarias estaduais de saúde;
- missão de promover a profissionalização de trabalhadores de saúde inseridos na rede de serviços;
- centralidade de oferta direcionada à profissionalização, em nível médio, da área da Enfermagem;
- os docentes são profissionais ligados ao serviço, tendo a docência como atividade secundária e com limitação para o recebimento de hora-aula.



- crescimento da oferta de cursos descentralizados por municípios e por serviços;
- ausência de orçamento próprio;
- reduzida autonomia administrativo-financeira;
- fragilidade dos mecanismos de informatização dos processos administrativo-financeiros;
- baixa capacidade de articulação externa, principalmente no que se refere à captação de recursos;
- informalidade das parcerias e dificuldade para firmar convênios;
- inexistência de ações de monitoramento e avaliação em todos os níveis;
- demandas de capacitação de docentes e desenvolvimento gerencial.

No entanto, os resultados apresentados após implantação do Profae reforçam a proposta política do Ministério da Saúde de ampliar os investimentos para a modernização e o fortalecimento de infra-estrutura educacional das ETSUS, incluindo o incentivo à qualificação docente, à produção e difusão de conhecimento e informação técnico-científica e a ampliação reforma/construção da RET-SUS.

A política de educação profissional que vem sendo implementada pela SGTES/Degees de fortalecer toda a rede pública de formação técnica em saúde, com o apoio ao desenvolvimento institucional das 37 ETSUS existentes, inclui tanto questões relativas à infra-estrutura educacional como de estímulo e apoio à geração de atividades de extensão, de educação permanente e de produção de conhecimentos, com a implementação de pesquisas acadêmicas e em sala de aula. A continuidade da execução da profissionalização dos trabalhadores da área de enfermagem dará oportunidade de profissionalização para outras ocupações e profissões técnicas já colocadas como necessidades do SUS, a exemplo da formação de agentes comunitários de saúde, da qualificação de agentes de vigilância em saúde, da qualificação de atendentes de consultório dentário, da formação de técnicos de higiene dental, de técnicos de registros e informação nos serviços de saúde e de técnicos de laboratórios de biodiagnóstico, entre outras.

Os dados do Censo Escolar de 2001 revelam que a educação profissional técnica em saúde e executada majoritariamente pelo setor privado e, no âmbito do setor público, pelos governos estaduais. Considerando-se ainda a relação entre o total de cursos e de alunos matriculados na subárea de Enfermagem, por exemplo, observou-se que a procura por cursos públicos é maior, apontando para uma grande demanda reprimida e para a importância de ações voltadas para ampliação dos espaços públicos de formação profissional em saúde, principalmente as ETSUS, oferta de cursos públicos no País e a necessidade de incorporação deste contingente pela rede serviços, devido à intensiva renovação tecnológica do setor.

Hoje a RET-SUS conta com uma Escola Técnica de Saúde em cada unidade da federação, nove das quais em funcionamento e duas estão sendo reestruturadas estarão iniciando suas atividades ainda nesse primeiro semestre de 2006.

Pretende-se, ainda, expandir nas ETSUS os cursos pós-técnicos de especialização voltado àqueles profissionais que compõem equipes de saúde em áreas específicas como saúde mental, saúde da família, saúde do idoso, saúde do trabalho, oncologia, neonatologia, urgência e emergência, entre outras.

A política nacional de profissionalização técnica prevê ações voltadas para a escolarização, educação profissional nas etapas da formação inicial, qualificação técnica e habilitação profissional implementadas, segundo o conceito de itinerários formativos que permitem aos trabalhadores uma formação integral livre de riscos para si e para os usuários cidadãos.

As Escolas Técnicas de Saúde do SUS, com o devido investimento político, técnico e financeiro podem vir a ser firmar efetivamente como centros de referência para a formação profissional do pessoal em saúde, desempenhando assim seu papel estratégico na ordenação da formação de recursos humanos para o SUS.

A SGTES/Deges estará realizando, a partir de março de 2006, um novo diagnóstico onde serão estudados os avanços das ETSUS na expansão dos cursos de educação profissional e nos demais aspectos técnicos, políticos e administrativo-financeiros.

Referências Bibliográficas

APPLE, M. W. Reprodução, contestação e currículo. In: *Educação e poder*. [S.l.]: Artes Médicas, 1989. cap.1, p.19-34

BANCO INTERAMERICANO DE DESENVOLVIMENTO (BID). *Relatório BID: missão de outubro de 2004*. Brasília: [s.n], [2004?]. Mimeografado.

BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Senado Federal, 1988.

_____. Decreto n.º 5.154 de 23 de julho de 2004. Regulamenta o § 2.º do art. 36 e os arts. 39 a 41 da Lei n.º 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 26 jul. 2004.

_____. Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 20 set. 1990.

_____. Lei n.º 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 23 dez. 1996.

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

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. *Desenvolvimento de ambiente de teleducação no processo de avaliação de competências dos auxiliares de enfermagem egressos dos cursos implantados pelo Profae: Plano de Trabalho*. Brasília, 2005. Mimeografado.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão em Investimentos na Saúde. *Diagnóstico das Escolas Técnicas do SUS*. Brasília, 2000a. Mimeografado.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. *Relatório de Progresso do Profae*. Brasília, 2006. Mimeografado.

_____. Portaria Ministerial n.º 1.298, de 28 de novembro de 2000, que institui a Rede de escolas Técnicas do SUS. Brasília, 2000b. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 28 nov. 2000.

GALVÃO, E. A. *Educação profissional de nível técnico para a área da saúde*. Brasília, 2002. Mimeografado.

GANDIM, D. L. A. *Temas para um projeto político-pedagógico*. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2000. 175 p.

KOSIK, K. *Dialética do concreto*. Tradução: Célia Naves e Alderico Toríbio. 4. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986. 230p.

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. 13-27, 1980.

NOGUEIRA, R. P. *O processo de produção dos serviços de saúde*. Rio de Janeiro: [s.n.], 1989. Mimeografado.

SÁ, E. M. O. *Quando o currículo faz a diferença...O currículo integrado na formação em serviço do Técnico em Higiene Dental*. 2002. Dissertação (Mestrado)–Pontifícia Universidade Católica, Belo Horizonte, 2000.

SCHAFF, A. A relação cognitiva, o processo do conhecimento, a verdade. In: *História e verdade*. Tradução: Maria Paula Duarte. 4. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1987. p. 63-98.

SOUZA, A. M. A. et al. *Processo educativo nos serviços de saúde*. Brasília: OPS, 1991.



Avaliação Formativa aplicada à Certificação Profissional: uma proposta em construção

Cláudia Maria da Silva Marques

Ena de Araújo Galvão

Izabel dos Santos

Marta Pazos Peralba Coelho

Contextualizando a proposta

A garantia da “saúde como direito de todos e dever do Estado” expressa na Constituição Federal de 1988, promoveu rápida intensificação da demanda aos serviços de saúde e, conseqüentemente, a ampliação da oferta de empregos no setor, como forma de expandir a cobertura.

Neste cenário, o reconhecimento da conquista histórica do direito à saúde e à educação no Brasil, recontextualizou-se em **direito à educação profissional**, desafiando gestores e outros atores sociais a formular e implementar ações voltadas para a elevação da escolaridade e para a educação profissional dos trabalhadores do setor.

Na área da Enfermagem havia, no ano 2000, cerca de 225 mil atendentes, atuando nos setores público e privado, sem a devida qualificação profissional. Assim, a partir desse mesmo ano, o Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (Profae) foi implementado pelo Ministério da Saúde, caracterizado como uma iniciativa política, de natureza pedagógica, voltado para os trabalhadores que atuavam nos múltiplos espaços e ações de saúde, na especificidade da prática em enfermagem, e que não puderam adquirir a formação profissional regulamentada em termos educacionais, ético-profissionais e trabalhistas.

Para alcançar a meta de formação prevista, o Profae desenvolveu estratégias para reduzir o déficit de auxiliar de enfermagem qualificado e reforçar o quadro normativo e de regulação na área da Saúde, criando condições técnico-financeiras para a continuidade dos processos de formação técnica em saúde: modernização e criação de escolas técnicas do SUS – construções e reformas, aquisição de equipamentos, mobiliários e veículos, acervo bibliográfico, ampliação e construção de laboratórios técnicos e de informática; formação pedagógica de mais de 12 mil docentes; desenvolvimento de metodologia para identificação e validação de perfis profissionais de competências (envolvendo várias categorias de trabalhadores de nível técnico da Saúde); desenvolvimento de proposta metodológica para avaliação e certificação de competências profissionais; realização de estudos sobre o mercado de trabalho e educação em saúde; publicação de revista.

O Profae possibilitou educação profissional para mais de 280 mil trabalhadores técnicos da área de Enfermagem e abriu perspectivas para ampliar essas ações para os demais trabalhadores que atuam nos vários espaços e contextos da produção dos serviços de saúde, com vistas a atender as necessidades do SUS.

Depreende-se disso que os desafios associados à implementação do Profae não se restringiram a sanar o “estoque dos não-qualificados”. Além disso, buscou-se assegurar a sustentabilidade das políticas, estruturas e estratégias capazes de garantir a educação profissional de nível técnico na área da Saúde.

O Sistema de Certificação de Competência (SCC) criado no âmbito do Profae, desde sua concepção e estruturação, previu, como questão fundamental, um processo de operacionalização cuidadoso e ponderado, buscando não atropelar a articulação geral do Projeto, particularmente no que diz respeito à necessária reorganização da educação profissional. Neste sentido, está sendo

implantado de forma gradual, em amplitude e profundidade, garantindo ampla participação dos vários atores envolvidos com o tema, bem como a busca de consenso entre eles. Além disto, a implementação deste sistema requer articulação entre suas várias ações, de modo a compatibilizar os interesses políticos dos vários atores sociais às demandas de natureza técnico-operacional.

A construção do Sistema de Certificação/Profcae tem um caráter duplamente pioneiro e inovador: uma experiência inédita no setor Saúde, desenvolvendo metodologias e estratégias adaptadas às especificidades e ao escopo de uma profissão regulada, que permitam incorporar a lógica da realidade do trabalho aos processos de formação, não reduzindo as competências a meras descrições de tarefas.

A avaliação e a certificação de competências no contexto da educação profissional em saúde

A certificação proposta pelo Profcae é uma estratégia de gestão que visa trazer a lógica do modelo de atenção à saúde para o processo de formação dos trabalhadores. Este modelo, definido pelo Ministério da Saúde, exige profundas mudanças na forma de organização do processo de trabalho e de formação dos profissionais, uma vez que incorpora uma concepção ampliada de saúde, com foco na qualidade de vida, fazendo emergir conceitos importantes como o trabalho em equipe, a interdisciplinaridade, a integralidade do cuidado e a intersetorialidade.

A concepção do SCC/Profcae parte do pressuposto de que “fazer Saúde” exige profissionais com capacidade de atuar em diferentes setores, de forma a promover a melhoria dos indicadores de Saúde, em qualquer nível de atenção presente no sistema de saúde. Neste sentido, vem introduzindo reflexões importantes sobre o paradigma das competências, seu significado no processo e nos espaços de trabalho onde se desenvolvem os cuidados de saúde, as novas concepções dos serviços, que valorizam o profissional no conjunto da equipe, assegurando-lhe uma evolução de perfil, o processo de formação, que deve ser estruturado não apenas sob a ótica pedagógica, mas incorporar a lógica de organização do sistema de saúde e os eixos estruturantes da prática profissional.

Assim, foi construído todo um sistema de referências conceituais que desse conta de um conceito de competência contextualizado para a área da Saúde e Enfermagem e que tivesse como referência o paradigma de atenção à saúde, definido pelo Ministério da Saúde, assegurando que os princípios e estratégias do Sistema Único de Saúde fossem adotados como norteadores fundamentais na construção do modelo de avaliação e certificação do Profcae

A avaliação das competências, no contexto da educação profissional, assume características especiais, uma vez que a idéia de avaliar conhecimentos não é suficiente para servir de base para decisões de avaliação. As competências conformam-se como saberes em ação, pela articulação de conhecimentos, habilidades e atitudes, adquiridos tanto em sistemas formais de ensino como no mundo do trabalho. Isso requer, como premissa, que se confira à formação profissional do trabalhador uma dimensão política, social e cultural mais ampla.

À luz dessa necessidade, o papel da avaliação também se expande: avaliar competências demandará a observação da pessoa em tarefas mais complexas e completas, considerando o perfil do profissional, em termos de competências e padrões de desempenho desejados, de forma contextualizada na dimensão mais ampla, citada acima. O que resulta em ir além, verificando-se os saberes mobilizadores das competências: *saber saber, saber fazer e saber ser*.

A construção do SCC/Profcae

Embora se tenha optado por seguir o padrão internacional de organização de processos de certificação de competências, a análise de algumas experiências internacionais (Inglaterra, México, Espanha, Estados Unidos, Canadá, França e outras) e de duas experiências nacionais (Instituto de Hospitalidade e Associação Brasileira de Manutenção) indicou a necessidade de ajustar as metodologias pertinentes ao desenvolvimento de cada etapa de construção do Sistema (padronização



e normalização, construção de currículo baseado no modelo de competência, e avaliação e certificação) às especificidades do setor Saúde, particularmente à Enfermagem.

Nesta concepção, foram identificadas as competências profissionais do auxiliar de enfermagem, todas elas nucleadas pela perspectiva da “competência humana para o trabalho em saúde, a qual se expressa na capacidade de um ser humano cuidar do outro, de colocar em ação os conhecimentos necessários para prevenir e resolver problemas de saúde, mobilizando e disponibilizando tecnologias importantes para o ato de cuidar”.

O primeiro produto apresentado pelo Profae na consolidação do Sistema de Certificação foi a “Norma para a Certificação de Competências Profissionais do Auxiliar de Enfermagem”, elaborada em várias etapas de trabalho (incluindo pesquisas qualitativas, com grupos focais e consulta pública) e homologada pelo Conselho Consultivo Nacional do SCC, para efeito da realização do teste-piloto da certificação.

A elaboração da Norma abriu, para a área da Saúde, uma oportunidade de identificar as necessidades de adequação do perfil profissional do auxiliar de enfermagem frente ao modelo de atenção à saúde definido pelo SUS, bem como os Referenciais Curriculares Nacionais da Educação Profissional de Nível Técnico para a Área da Saúde, do Ministério da Educação.

De acordo com a Norma de Certificação (BRASIL, 2002), competência é a capacidade de mobilizar e articular habilidades, conhecimentos e atitudes para realizar, em equipe, cuidados de enfermagem orientados para a prevenção de agravos, promoção e recuperação da saúde. E certificação de competência profissional é o processo de validação das competências adquiridas pelo trabalhador. É realizado com base na norma de certificação pactuada entre os atores interessados no processo.

Uma vez homologada a Norma, foram desenvolvidos os instrumentos e estratégias para a realização do teste-piloto, essencial para avaliar a proposta de certificação com vistas ao planejamento das estratégias para a expansão do Sistema. Os resultados do teste ofereceram condições para analisar aspectos fundamentais relacionados tanto a questões operacionais, metodológicas e estratégicas quanto a questões de natureza sócio-cultural, sendo um termômetro bastante interessante para balizar a percepção e aceitação de um processo absolutamente novo para os auxiliares de enfermagem.

A partir destas análises e considerando a necessidade de demonstrar a possibilidade e a importância de um processo de certificação vinculado à formação profissional e à avaliação formativa, o SCC está propondo a utilização de instrumentos de avaliação que se caracterizem por uma abordagem contextualizada, que diga respeito à realidade vivida pelos auxiliares de enfermagem submetidos ao processo. Além disso, estes instrumentos, a estratégia de implementação e a logística de operacionalização do processo avaliativo devem garantir a viabilidade de execução em larga escala e prescindir da aplicação direta em usuários, evitando assim sua exposição a riscos desnecessários.

Configurou-se, então, uma nova proposta metodológica para a avaliação de competências profissionais, considerando que um processo deste porte e complexidade deve estar fundado nas mais modernas técnicas de avaliação e pautado em extremo rigor científico. Desta forma, é necessário desenvolver estratégias que permitam avaliar e validar não apenas os conhecimentos adquiridos pelos egressos dos cursos, mas fundamentalmente, o saber em ação, possibilitando visibilidade social às aprendizagens e ao trabalho do auxiliar de enfermagem.

No contexto atual, o SCC está desenvolvendo instrumentos de avaliação, buscando coerência com os pressupostos colocados e com o objetivo claramente definido de **testar** a metodologia de avaliação em construção. Será definida uma amostra, considerando os critérios de representatividade regional (número de egressos/Profae em cada região do País); distribuição percentual dos egressos por estados (denominados cenários); existência e atuação das escolas técnicas do SUS. O teste será realizado em capitais e regiões metropolitanas dos estados definidos, considerando uma amostra voluntária de 13% dos egressos.

Os estados definidos para a realização do processo de validação desta proposta metodológica foram: RN, PE, BA, MG, SP, PR, DF e AC.

Os enfermeiros-avaliadores selecionados para participar serão capacitados para atuarem em

todo o processo, mesmo que nem todos participem de todas as etapas da avaliação. As capacitações serão realizadas por meio de oficinas de trabalho e vídeo conferência, com a participação de especialistas em avaliação, textos de apoio e materiais elaborados pelo SCC.

A avaliação de competências profissionais: proposta metodológica

É importante reafirmar que a proposta de avaliação que está sendo desenvolvida pelo SCC é parte de um processo pedagógico e, portanto, orientada por uma lógica educativa. Nesta lógica, a avaliação das competências profissionais tem função formativa, cujo princípio essencial é o de *auxiliar* no aprender. Intenta-se que este processo propiciará ao egresso que participar, oportunidade de auto-avaliação, ou seja, de identificar lacunas e fragilidades em sua formação, fatores que interferem em seu desempenho e alternativas para recuperação e aprimoramento profissional.

Também propiciará subsídios às instituições formadoras envolvidas para análise e reorientação de suas concepções e estratégias educacionais, dos currículos, dos materiais didáticos, dos métodos e das técnicas de ensino e da própria avaliação. Neste sentido, o desafio colocado hoje para o SCC é organizar processos avaliativos potencialmente capazes de mobilizar sujeitos e instituições para uma prática transformadora.

Do ponto de vista metodológico, a avaliação deve utilizar diferentes procedimentos e instrumentos para captar as informações que permitirão aferir as competências do aluno/trabalhador: observação, provas de habilidades práticas, exames escritos e outros meios que busquem apreender os saberes, as estratégias cognitivas para a solução de problemas, as habilidades técnicas, as atitudes e os comportamentos.

Buscando respeitar os pressupostos acima colocados, o SCC/Profae optou por um desenho estratégico de avaliação executado em quatro fases, todas elas buscando incorporar as dimensões dos saberes que compõem as competências (*saber saber, saber fazer e saber ser*), porém garantindo em cada etapa o aprofundamento da avaliação em uma determinada dimensão.

O processo de avaliação

A – Prova objetiva: construída a partir da elaboração do espelho de prova, capacitação de enfermeiros elaboradores e revisores de questões e estruturação de um banco de questões que foram submetidas à validação. Neste processo foram testadas as potências avaliativas das questões por meio de psicometria.

B – Prova virtual: é a prova de verificação das competências profissionais, por meio de oito procedimentos representativos da prática dos auxiliares de enfermagem, definidos a partir da construção de uma matriz avaliativa.

Esses procedimentos serão verificados em ambiente *web* com descrição de cenários, narrativa de contextualização dos usuários, seqüência de cuidados em ambientes de internação e extra-internação, nos quais os egressos deverão responder às questões, escolher alternativas, tomar decisões e justificá-las; encontrar imperícias, avaliar procedimentos realizados no vídeo filme-avaliação ou *web*-avaliação. Simultaneamente à realização da prova, as respostas serão avaliadas, analisadas e armazenadas em programas que poderão emitir desde o conceito acerca da “realização” do procedimento, até os principais problemas encontrados na realização dos exames daquele cenário e do conjunto nacional.

Esta prova será validada, em seu conteúdo, por, no mínimo, cinco especialistas em avaliação e em ensino de procedimentos. Além disso, será pré-testada em grupo equivalente em termos de escolaridade e formação profissional. Esses pré-testes definirão a seqüência, a linguagem e outras adequações que se fizerem necessárias.

C – Prova simulada: será realizada para verificar procedimentos, com principal enfoque na verificação das habilidades psicomotoras. Para tanto será realizada em procedimentos tais como sinais vitais e aplicação da vacina tríplice bacteriana ou medicamento intramuscular acondicionado



em frasco-ampola. É denominada simulada por ocorrer em ambiente laboratorial, com utilização de manequins. Esta prova será validada em seu conteúdo, por, no mínimo cinco especialistas em avaliação e em ensino de procedimentos. Será uma prova de dupla-cega e será pré-testada em grupo equivalente em termos de escolaridade e qualificação profissional.

D – Prova oficina: tem por finalidade complementar as provas anteriores, que expressam os *saber saber, saber fazer e saber ser*, sendo que nesta prova a ênfase está no *saber ser*.

Na prática real do auxiliar de enfermagem, o saber ser é demonstrado principalmente nas relações estabelecidas com os usuários e seus familiares, com as equipes de trabalho e com a instituição. O *saber ser* se expressa por atitudes de solidariedade, civilidade, compartilhamento, responsabilidade e ética.

Esta prova-oficina recorrerá à técnica de grupo focal, onde os participantes expressarão sua visão de mundo, entendimento de direitos, da relação solidária e ética com os usuários e seus familiares, com a equipe e com a instituição.

A situação-tema lançada ao grupo será avaliada por avaliadores pré-qualificados, que utilizarão um *check list* de posições mais acertadas ou mais equivocadas diante da situação.

Não sendo um teste psicotécnico, não pretende elaborar um perfil psicológico do egresso; tem o intuito de avaliar as competências (globais, apesar da ênfase no “saber-ser-em-relação”) e de ser um indicativo pedagógico no processo de formação e nos processos preparatórios para a realização de provas.

A operacionalização do processo

A impossibilidade de realizar as provas práticas em situação real, largamente demonstrada no primeiro teste-piloto, gerou a necessidade de reorganizar a estratégia de operacionalização, optando-se para provas sem o envolvimento de usuários. Esta opção está baseada no entendimento de que:

- O *saber saber* (conhecimentos) são os mais fáceis de responder, avaliar e perceber, seguidos de *saber fazer e saber ser*.
- Em se tratando de verificar a potência dos instrumentos de avaliação, a amostra de auxiliares necessária ao teste poderia ser menor do que 10% da população de egressos dos cursos Profae. A opção por 13% visa garantir eventuais perdas no processo.
- As provas A, B e C serão realizadas por todos os selecionados pela amostra, uma vez que é necessário avaliar e validar a potência destes instrumentos.
- A avaliação do *saber ser* (em duplas de avaliadores) analisará a visão de mundo subjacente e aspectos detectáveis do *saber ser* profissional, ético-político. Este instrumento, para ser avaliado, permite redução do número de amostrados e será desenvolvido considerando 30 egressos de cada cenário de provas, escolhidos aleatoriamente e distribuídos em pequenos grupos de dez egressos.

Alguns desafios do SCC/Profae

- Demonstrar a viabilidade e a importância de um processo de certificação vinculado à formação profissional e à avaliação formativa.
- Corroborar para o fortalecimento do processo de formação de auxiliares de enfermagem, por meio de dados e informações que subsidiem as instituições formadoras.
- Produzir informações sobre a formação profissional implementada pelo Profae.
- Validar a metodologia e as estratégias de avaliação propostas pelo Profae.
- Apoiar a elaboração da proposta da Política Nacional de Certificação Profissional, em parceria com os Ministérios da Educação e do Trabalho (entre outros) o Instituto Nacional de Metrologia, Normalização e Qualidade Industrial (Inmetro) e a Comissão de Pessoal do Sistema Brasileiro de Certificação.



Considerações finais

Para organizar processos avaliativos potencialmente capazes de mobilizar sujeitos e instituições para uma prática transformadora é fundamental considerar a avaliação como um momento de aprendizagem para todos os envolvidos: avaliados e avaliadores. Sua finalidade é orientar, transformar e aprimorar.

Avaliar não se constitui em um fato isolado, voltado apenas para a aferição dos saberes acumulados, com vistas a atribuir um valor ou nota ao sujeito que está sendo avaliado. Um sistema de avaliação de competências é parte do processo de ensino-aprendizagem, devendo, portanto, valorizar a aplicação e a síntese do conhecimento, combinando a capacidade para a resolução de problemas, as habilidades técnicas, as atitudes e a ética.

Por isso, é fundamental contar com instrumentos que permitam ampliar a análise específica do alcance, ou não, das competências que se pretende avaliar, considerando sua função somativa e, sobretudo, formativa.

Buscando romper com a visão fortemente classificatória que sempre permeou os sistemas de avaliação, o SCC está organizando um processo com base em um planejamento no qual:

- As competências a serem avaliadas estarão explícitas para todos.
- Os critérios de avaliação serão claros, explícitos e passíveis de observação e avaliação.
- As técnicas, os instrumentos e os critérios de avaliação serão condizentes com a natureza dos saberes a serem mensurados.
- As formas de análise e interpretação de alcance dos desempenhos estarão claramente definidas.

Referências Bibliográficas

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão em Investimentos em Saúde/Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (Profae). Sistema de Certificação de Competências. Referências Conceituais para a Organização do Sistema de Certificação de Competências/Profae. Brasília, 2000. Mimeografado.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão em Investimentos em Saúde/Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (Profae)/Sistema de Certificação de Competências. Termo de Referência para a Organização do Sistema de Certificação de Competências/Profae. Brasília, 2000. Mimeografado.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão em Investimentos em Saúde/Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (Profae). Sistema de Certificação de Competências. Avaliação e Certificação de Competências Profissionais dos Auxiliares de Enfermagem/Profae – subsídios e parâmetros. Brasília, 2001. Mimeografado.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde/Profae. Norma para Certificação de Competências Profissionais do Auxiliar de Enfermagem Egresso dos Cursos/Profae. Brasília, 2002. Mimeografado.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Profae. Desenvolvimento de ambiente de teleeducação no processo de avaliação de competências profissionais de auxiliares de enfermagem egressos dos cursos implementados pelo Profae – Plano de Trabalho. Brasília, 2005. Mimeografado.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde/Profae. Planejamento estratégico da validação da metodologia de avaliação de competências profissionais de auxiliares de enfermagem egressos dos cursos Profae. Brasília, 2005. Mimeografado.



A formação médica: capacidade regulatória de estados nacionais e demanda dos sistemas de saúde

Celia Regina Pierantoni

Thereza Christina Varella

Tania França

Introdução

A formação de capital intelectual de uma nação deve se constituir em uma das preocupações básicas de todo governo. A formação médica, em especial, tem embutido um alto custo para a sociedade, especialmente em países em desenvolvimento; e vem sendo objeto de discussão na agenda global para a área de Recursos Humanos na Saúde.

O estudo empírico desenvolvido pela *Joint Learning Initiative* (JLI) aponta uma estreita relação entre a concentração de recursos humanos em saúde, os níveis de mortalidade e a expectativa de vida. O estudo tomou as metas de desenvolvimento do milênio (cobertura vacinal por sarampo e assistência ao nascimento) e estabeleceu que uma densidade de 2,5 trabalhadores de saúde por mil habitantes pode ser considerado um limite mínimo necessário para atingir uma cobertura adequada. Estima-se que 75 países no mundo que concentram 2,5 bilhões de pessoas estão abaixo deste mínimo preconizado (JOINT LEARNING INITIATIVE, 2004).

O perfil da educação superior, no Brasil, sofreu considerável transformação, sendo, em sua essência, atrelado à própria expansão desse setor educacional. No caso dos cursos de Medicina esse crescimento ocorreu, especialmente, nas décadas de 70 e 90, vinculado à expansão da rede privada de ensino e, trazendo para a agenda uma crescente preocupação com a qualidade dos concluintes desta profissão.

Não se trata, portanto, de questionar a necessidade de médicos no Brasil, mas de refletir sobre a qualidade da formação e a capacidade regulatória do Estado, neste processo.

Discutiremos neste artigo alguns aspectos do panorama internacional bem como as características da expansão do ensino médico no Brasil, especialmente a partir do início da década passada até a atualidade, pontuando algumas tendências observadas.

Panorama internacional: alguns destaques

É consensual que os processos de preparação formal da força de trabalho na Saúde estão direcionados para atender tanto as necessidades de saúde da população quanto às demandas do mercado de trabalho. Os diferentes países, mesmo os de menor capacidade institucional e financeira, realizam investimentos expressivos na formação de profissionais.

Estima-se que no mundo haja mais que 1,8 mil escolas médicas e seis mil escolas de enfermagem (MERCER, 2003). Entretanto, a relação ideal entre o número de médicos e a população; a concentração em regiões mais favorecidas em detrimento da desconcentração em áreas mais pobres; a desarticulação entre o setor Saúde e o setor Educação, apresentam-se como desafios a serem enfrentados pelos dirigentes de vários países.

A formação de médicos em países pobres e em desenvolvimento representa um importante investimento social que deveria reverter para a melhoria da qualidade de atenção à saúde. No entanto, diversos fatores têm contribuído para que esse investimento social não se reverta para os sistemas locais de saúde.

A emigração de profissionais de saúde dos países em desenvolvimento tem se tornado, cada vez mais, um problema que assume dimensões alarmantes, uma vez que, por um lado, estes países já contam com estoques reduzidos de profissionais e, por outro, detêm baixa capacidade institucional para promover a preparação de efetivos que possam suprir as demandas domésticas.

Processos migratórios, internos e externos, repercutem de forma dramática na organização de sistemas nacionais de saúde. É objeto de estudos e pauta de dirigentes de organismos internacionais, a migração de profissionais de países da África subsaariana para países desenvolvidos como os Estados Unidos e a Inglaterra. A indisponibilidade de dados e informações consistentes nos países africanos torna difícil calcular o impacto da migração de médicos destes países.

No entanto, estudos realizados nos EUA mostram que mais de 23% dos médicos que atuam nesse país graduaram-se fora e, destes, 64% em países pobres ou em desenvolvimento. Calcula-se que um total de cerca de 5.334 médicos da África subsaariana estão neste grupo e representam mais de 6% do quantitativo de médicos desta Região. Ressalte-se que 86% são oriundos de três países – Nigéria, África do Sul e Gana –, e 79% foram graduados em apenas dez escolas médicas (HAGOPIAN, 2004).

As 47 nações que compõem a África subsaariana têm um total de 87 escolas médicas, sendo que 11 países não possuem nenhuma instituição formadora destes profissionais e 24 países dispõem de uma única escola cada. A população do subcontinente soma mais de 660 milhões de pessoas, com uma relação de menos de 13 médicos por cem mil habitantes, ou um total de 82.949 profissionais.

Comparando-se esta relação com os países desenvolvidos, verifica-se que o Reino Unido tem 164 médicos por cem mil habitantes e o EUA tem mais de 279 médicos por cem mil habitantes, ou quase 800.000 médicos para uma população de 284 milhões (HAGOPIAN, 2004).

Países como o México vêm se preocupando com a perda de estudantes de Medicina durante a graduação. Apesar da dispersão dos dados, estudos evidenciaram taxas de evasão expressivas, principalmente entre os anos de 1990 e 1994, chegando a 50% no período. No ano de 2000, 310 em cada mil estudantes registrados não terminaram seus cursos.

A evasão está associada à crise econômica, além dos altos custos que representam para as famílias manter um aluno no curso de Medicina. Outra questão que deve ser levada em consideração neste país é a alta concentração de profissionais no meio urbano, acarretando subemprego ou desemprego e desestimulando os profissionais em formação (NIGENDA, 2005).

A evasão de estudantes dos cursos de Medicina tem um impacto negativo na economia do país, pois o processo inconcluso pesa, em geral, para toda a sociedade, sendo um investimento sem o retorno esperado.

A Argentina enfrenta, em alguns pontos, situação que se assemelha a do Brasil, em relação à oferta de médicos. Observa-se concentração de escolas médicas e de profissionais nos grandes centros urbanos, e expansão, na década de 90, de instituições privadas.

Dados de 1998 mostram que o país conta com 21 escolas médicas, das quais 61,5% são do setor privado, que cresceu, em 6 anos, 62,5%. Estas novas escolas se concentraram em centros urbanos onde já existiam universidades públicas, atendendo mais a uma questão de mercado que a algum tipo de planejamento de atenção às necessidades da população.

Por outra via, a maioria das escolas criadas desenvolve projetos pedagógicos tradicionais com pouca possibilidade de atender às aspirações de modelos de prática médica que o país tem buscado. Cabe ressaltar que o aumento do número de escolas não teve reflexo no número de ingressos na carreira que, no período, apresentou uma queda de 35%, o que pode ser atribuído às políticas restritivas vigentes no período (ABRAZÓN, 2001).

Os dados disponíveis indicam também uma queda de 12,2% no número de egressos, em relação a 1993. Apesar do crescimento do setor privado, ainda é o setor público que mais forma na Argentina, cabendo ao privado, paradoxalmente, apenas 10% da média anual de egressos (ABRAZÓN, 2001).

As dificuldades metodológicas para analisar o campo da formação de recursos humanos são evidenciadas nos diferentes países e se refletem em ausência de informações ou dados dispersos,

inconsistência das informações, incomunicabilidade de bases de dados, entre outros. Entretanto, como pontos comuns, observa-se que, em muitos países, a oferta de cursos para formação médica se dá sem planejamento e muito freqüentemente com baixa regulamentação.

Os processos migratórios, bem como a evasão de cursos para profissionalização, acarretam perdas consideráveis para a organização da atenção à saúde em países pobres e em desenvolvimento, acrescidos da baixa capacidade institucional e financeira para enfrentamento da situação de saúde da população.

O ensino médico no Brasil

O ensino médico no Brasil tornou-se realidade pela contingência da transferência da corte portuguesa. Os dois primeiros cursos médicos no Brasil foram estabelecidos na Bahia e no Rio de Janeiro, em 1808. A terceira escola só surgiu 90 anos depois, e, com a Lei Carlos Maximiliano (1915), foram abertos novos rumos para o ensino médico no Brasil e a ampliação de três para dez escolas médicas (AMARAL, 2002). Na década de 1960, existiam 26 instituições para formação de médicos no País.

O ensino superior, a partir das décadas de 60 e 70, sofre uma importante inflexão com um *boom* de universidades e vagas verificado entre 1965 e 1975. Até 1970 foram criadas 43 novas escolas médicas sendo, a maioria delas, de iniciativa privada, com subsídios governamentais. Devido à concorrência, novas escolas médicas foram sendo criadas indiscriminadamente como solução para o grande número de excedentes, bem como por pressão da categoria médica por mais vagas universitárias. Segundo informação do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais (INEP) do Ministério da Educação, chegamos a 2004 com 136 cursos de Medicina no País.

Por outra via, o desenvolvimento tecnológico, intensificado na segunda metade do século XX, introduziu modificações substantivas no ensino médico, gerando novos perfis profissionais com elevado nível de especialização. Este movimento intensificou-se na década de 70, e passou a sofrer um processo regulatório mais ordenado pela organização das sociedades de especialidades médicas, pela regulamentação da Residência Médica, com a criação da Comissão Nacional de Residência Médica (1977) e com o credenciamento de programas legitimados nacionalmente (PIERANTONI, 2000).

Atualmente, o Conselho Federal de Medicina reconhece 55 especialidades médicas (Resolução n.º 1.666/2003) (BRASIL, 2003) que transitam desde a Medicina da Família e Comunidade até a Medicina Nuclear e a Neurocirurgia, por exemplo, com alta incorporação de tecnologia de ponta.

O ensino médico, integrando e espelhando o desenvolvimento do sistema educacional brasileiro, esteve articulado ao crescimento da sociedade com clara vinculação ao surgimento de instituições econômicas, militares e culturais, como demonstrado por Amaral (2002).

A expansão do ensino superior brasileiro resulta de uma política de Estado e, tradicionalmente, a política para a educação superior tem assumido que o mercado econômico deve desempenhar um papel central na criação de novos cursos e instituições. Desta forma, a satisfação do mercado e a demanda por novas vagas no ensino superior tornam-se “princípios fundamentais”.

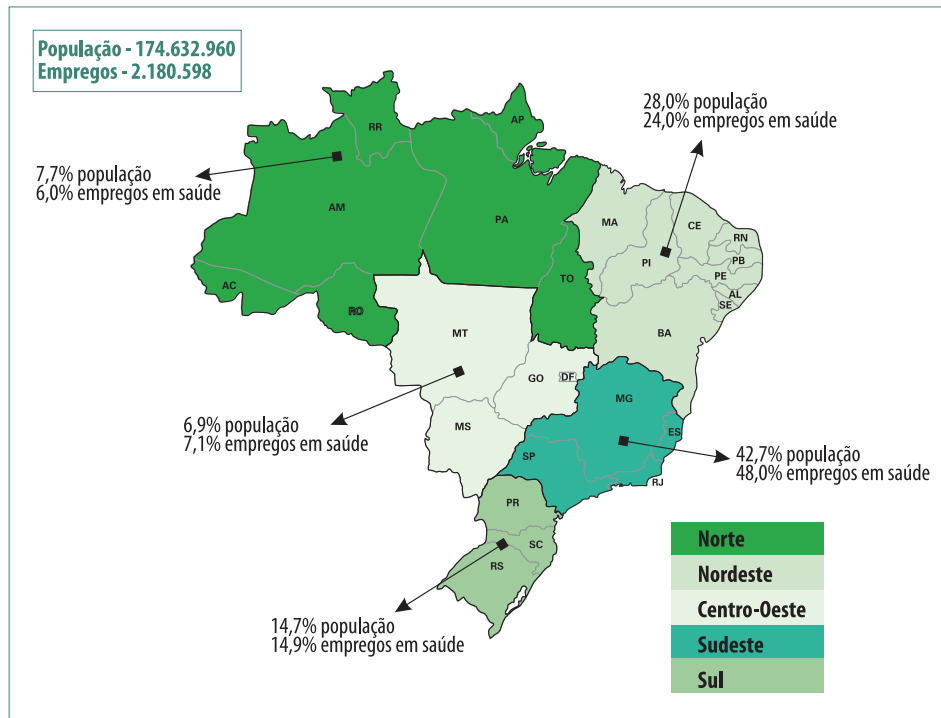
Esta ótica contrasta com a que parte da premissa da necessidade social do ensino. Assim, por exemplo, no caso da Medicina, o número de vagas e cursos deveria corresponder às necessidades do País e não somente às tendências do mercado (a Região Sudeste era responsável por 55,8% das vagas oferecidas no País, no ano de 2003).

Entretanto, essa relação não é tão simples de ser analisada e remete a fatores que não estão afetos às políticas de saúde e educação, *per si*, mas a políticas de redistribuição de renda, desenvolvimento e inclusão social mais amplas, especialmente em países como o Brasil.

O acesso a bens e serviços, a comunicação, o emprego, a capacidade de geração de renda, entre outros, têm inequívoca relação com equipamentos educacionais e de saúde e, mais ainda, com a capacidade de fixação de profissionais desse setor, assim como em outros da esfera produtiva, como observado pela distribuição de empregos e da população, do número de egressos das escolas médicas e dos registros no Conselho Federal de Medicina (2006)⁴, por regiões do Brasil.

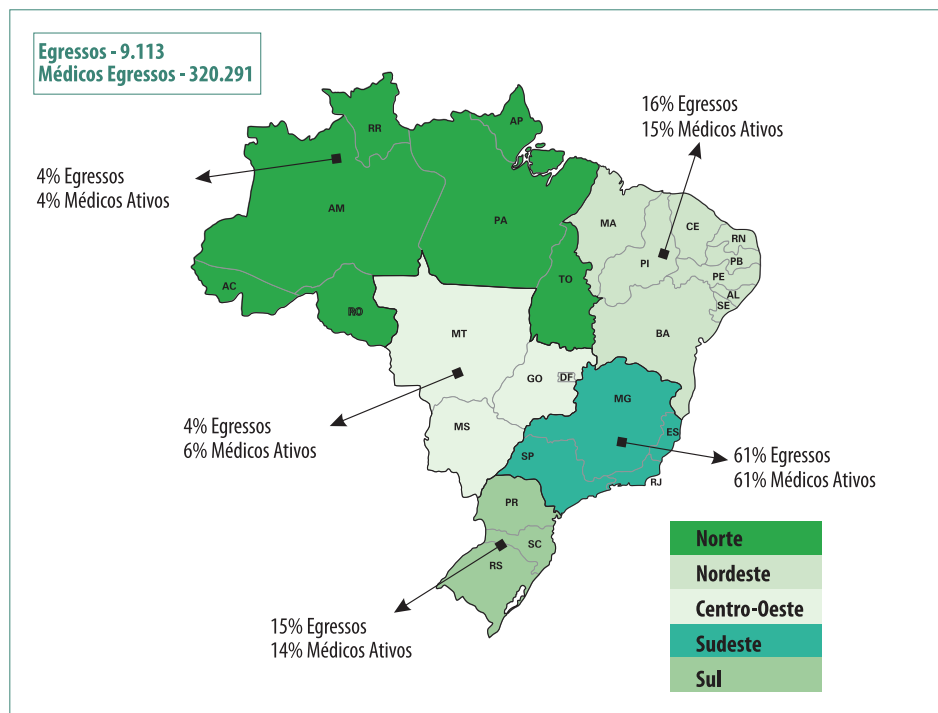
Figura 1

Distribuição populacional e de empregos em saúde segundo a região - Brasil, 2002



Fonte: ROREHS-IMS/UERJ/AMS-IBGE

Distribuição de Egressos do Curso de Medicina e de Médicos Ativos segundo a região - Brasil, 2003



Fonte: ROREHS-IMS/UERJ/AMS-IBGE



A oferta de cursos de graduação em Medicina: a expansão do ensino entre a década de 90 e o ano de 2004

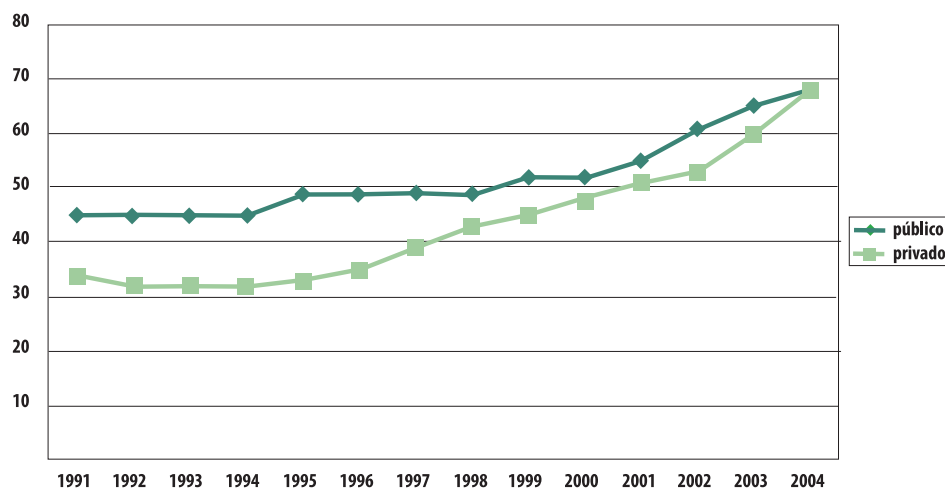
A análise da evolução da oferta no período de 1991 a 2004 foi realizada levando-se em consideração o total de cursos, de vagas disponíveis, de egressos (concluintes) por região, e segundo a natureza jurídica (pública e privada) das instituições formadoras. Utilizando-se dados corrigidos a partir das bases disponibilizadas pelo INEP/MEC⁵ (BRASIL, 2004).

Desde os anos 80, o acesso dos estudantes à universidade comporta-se com um afunilamento crescente mostrado pelo aumento da relação candidato por vaga em carreiras nas áreas da Medicina e Odontologia (MERCER, 2003).

Os cursos de Medicina, no Brasil, cresceram na ordem de 72,2% no período, ou seja, em 1991 eram 79 cursos passando, em 2004, para 136 cursos. A participação do segmento privado, que em 1991 era em torno de 43%, em 2004 passa a ser de 50% do total de cursos. No mesmo período, o setor público obteve um incremento na ordem de 51%. Este aumento é observado a partir de 1997 e mais acentuadamente, de 2001 em diante.

Os cursos do segmento privado foram os que obtiveram um maior crescimento no período. Ainda assim, em 2004, há um equilíbrio entre o setor público e privado, no País.

**Gráfico 1 - Curso de Medicina segundo a Natureza Jurídica
Brasil, 1991-2004**

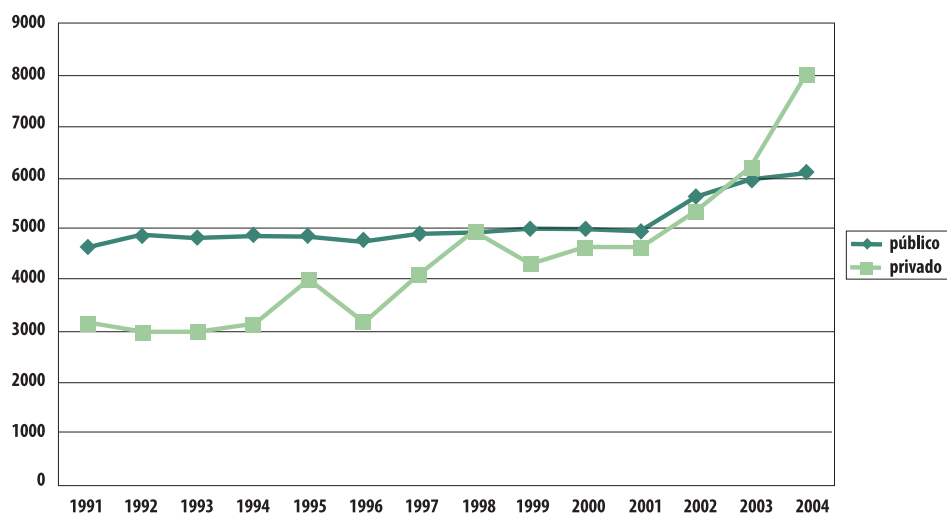


Fonte: Inep/MEC, adaptado pela ROREHS/IMS/UERJ, em 2005.

O número de vagas ofertado, no período analisado, para os cursos de graduação em Medicina cresceu na ordem de 81,1%. Este aumento é observado a partir de 1997 principalmente no setor privado. Este segmento cresce, no período, em torno de 80%, já no setor público o crescimento verificado foi de apenas 23%.

Observa-se uma tendência na inversão da participação do setor público e do privado na oferta das vagas no período: em 1991, o setor privado era responsável por 40,5% do total de vagas ofertadas, já em 2004, essa oferta representa 56,8%. (Gráfico 2)

**Gráfico 2- Vagas do Curso de Medicina segundo a natureza jurídica
Brasil, 1991-2004**

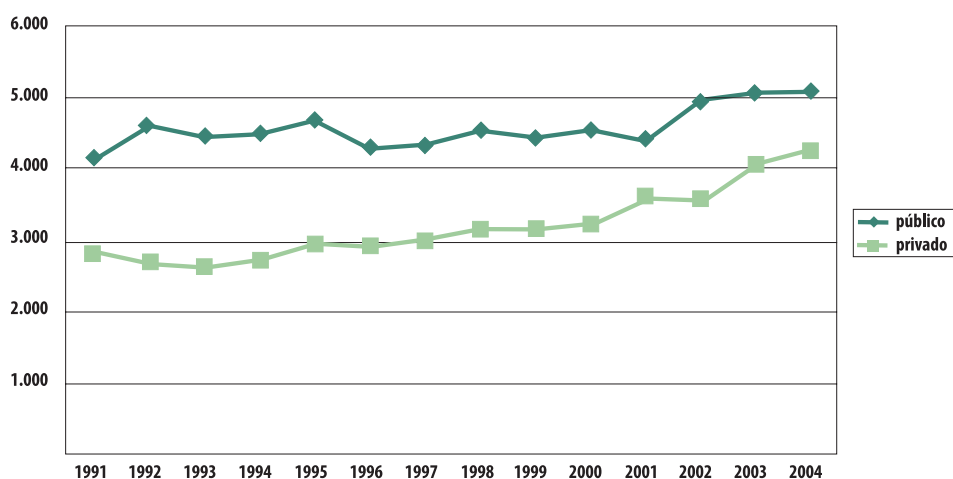


Fonte: Inep/MEC, adaptado pela ROREHS/IMS/UERJ, em 2005.

O quantitativo de concluintes dos cursos de Medicina manteve-se estável até o ano de 2002, com uma média em torno de 7,6 mil egressos. Em 2003, observa-se um aumento deste quantitativo passando para 9.113 concluintes e, em 2004 para 9.339. Deverá ser observado ainda nos próximos anos um aumento do número de egressos em função da expansão dos cursos observada a partir do ano de 1997.

No entanto, no período estudado, apesar do expressivo aumento do número de vagas, o setor público mantém-se como responsável pelo maior número de concluintes: 54,4% do total de egressos do curso de Medicina, no ano de 2004. Porém, estima-se que essa relação apresente mudanças com os egressos dos cursos criados especialmente a partir de 2001 (Gráfico 3).

**Gráfico 3 - Concluintes do Curso de Medicina segundo a natureza jurídica
da Instituição. Brasil, 1991-2004**

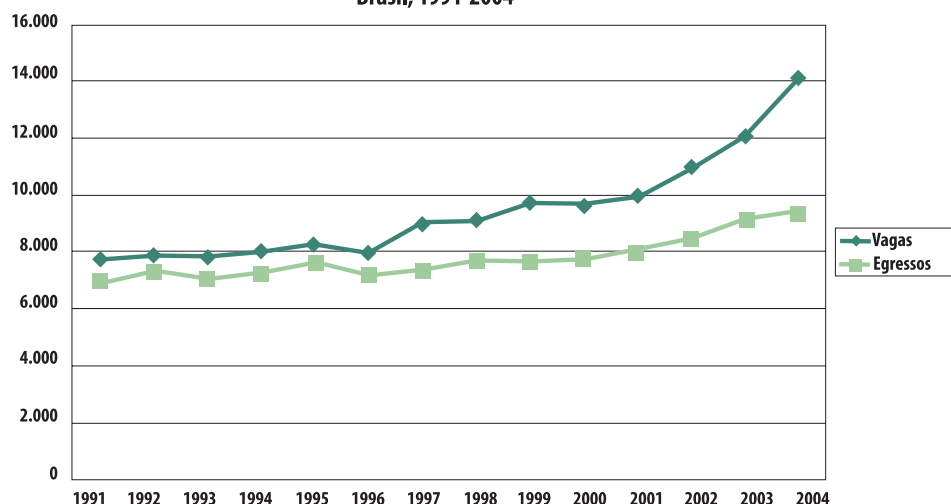


Fonte: Inep/MEC, adaptado pela ROREHS/IMS/UERJ, em 2005.



A comparação da evolução do número de vagas ofertadas em 1998 (9.094) com o número de egressos do ano de 2004 (9.339) sugere que o curso de Medicina tem pouca evasão (Gráfico 4).

Gráfico 4 - Evolução de Vagas e Concluintes do Curso de Medicina. Brasil, 1991-2004



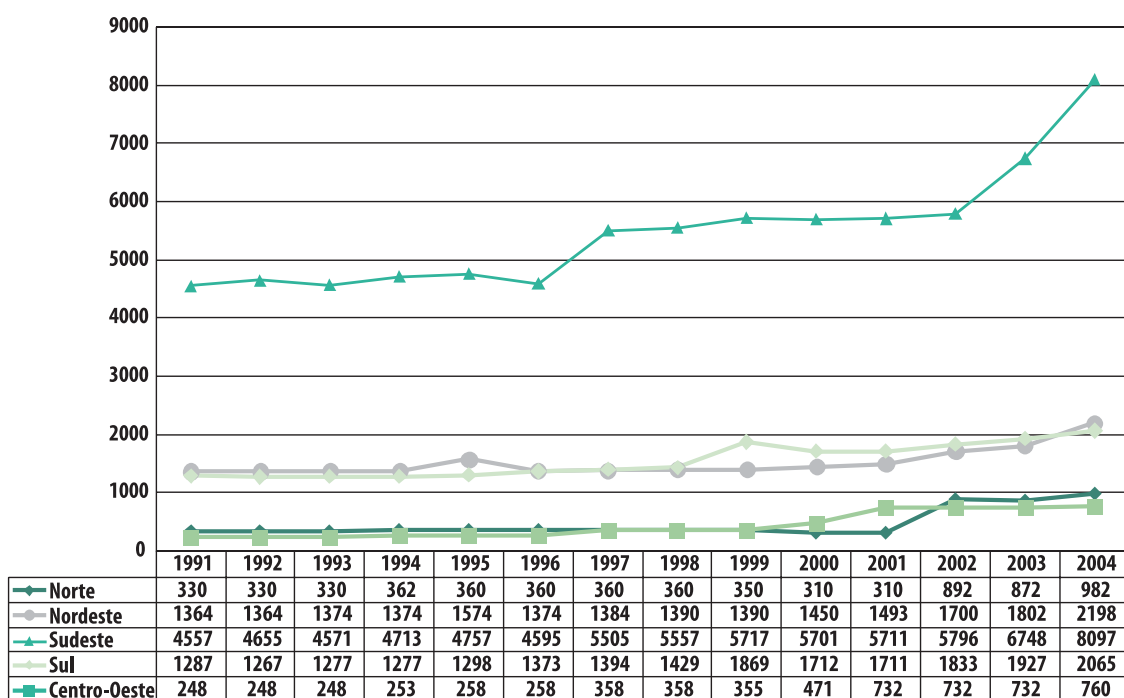
Fonte: Inep/MEC, adaptado pela ROREHS/IMS/UERJ, em 2005.

Tomando-se como referência o segmento público, pode-se observar uma reconfiguração da distribuição geográfica dos cursos no País. Em 1995, por exemplo, 36,7% das instituições públicas concentravam-se na Região Sudeste, entretanto, observa-se, em 2003, uma diminuição nesta participação para 29,9% do total no País. Esta desconcentração regional foi resultado do **aumento de instituições públicas nas demais regiões, principalmente nas regiões Norte e Nordeste**. A Região Nordeste passa a concentrar 27,4% da oferta de instituições públicas do País.

A Região Norte teve uma variação percentual, no período, de 266,7%, enquanto a Região Sudeste, de 40,9% do total de cursos no período.

Em relação à oferta de vagas, observa-se que a região sudeste mantém-se como maior detentora das vagas de Medicina do País (57,4%, em 2004). Ressalte-se, ainda, que as regiões Norte e Centro-Oeste têm, no período analisado, um incremento importante no número de vagas ofertadas, passando, em 2004, a ofertar 6,9% e 5,3% do total de vagas do País, respectivamente.

Gráfico 5 - Evolução de vagas de graduação do curso de medicina segundo região Brasil, 1995-2004



Fonte: Inep/MEC, adaptado pela ROREHS/IMS/UERJ, em 2005.



Comparando a evolução da oferta de vagas em relação à natureza jurídica e à concentração na região, observa-se que o incremento verificado na Região Norte deveu-se quase que exclusivamente a oferta pública. O setor privado cresce mais acentuadamente, no período, na Região Sudeste. É predominante a participação do setor público na oferta de vagas na Região Nordeste, observando-se um crescimento também na Região Sul.

A formação médica na agenda nacional

Em meados da década de 60, no século passado, já era denunciado que não seria possível corrigir a insuficiência da atenção à saúde atuando exclusivamente sobre uma das causas: a falta de médicos. Já em 1976, Rigatto afirma que esta lógica além de não resolver o problema, poderia levar a uma superprodução destes profissionais com conseqüências significativas na perda da qualidade da formação acadêmica.

O número de médicos por habitante no Brasil, em 1995, era “adequado às necessidades do País”, segundo as estimativas da OMS para a relação entre médico e habitantes. Entretanto, nessa época, já havia preocupação com a expansão do ensino médico na Câmara dos Deputados que solicitavam consultorias especializadas para o tema (ZARUR, 2000).

O que se identifica é uma desproporção do quantitativo de profissionais por habitante nas diferentes regiões bem como uma concentração nos grandes centros urbanos, cenário que vem se mantendo nos dias atuais, apesar das políticas de expansão do mercado de trabalho desencadeadas pela implantação da estratégia tratadas a partir de 1996 pelo especialmente tiva de Saúde da Família.

Aliada à proliferação de escolas e à massificação da formação médica, verifica-se uma queda na qualidade do ensino: nem sempre as escolas criadas apresentam capacidade técnica e instalações adequadas às necessidades da formação médica.

Têm sido buscados mecanismos de regulação para abertura de novos cursos, aproximando-se critérios de qualidade de um lado e de regionalização de outro.

Dois tipos de projeto de lei tramitaram na Câmara dos Deputados, procurando criar formas de controle para a abertura de cursos de Medicina no Brasil: um deles atribuindo ao Conselho Nacional de Medicina e ao Conselho Nacional de Odontologia, o parecer final, a ser submetido ao Ministro da Educação, quando da solicitação de abertura de novos cursos e o outro proibindo a criação de novos cursos médicos e a ampliação de vagas nos cursos existentes, nos próximos dez anos.

A solução mais adequada, segundo o ponto de vista de muitos parlamentares, seria estabelecer um teto para o número de cursos e de vagas como pretende a proposição, mas com uma importante diferença: haveria um processo de avaliação dos cursos e de substituição dos de baixa qualidade por outros, de qualidade melhor. O projeto de lei manteria os mesmos cursos atuais, sem renovação (ZARUR, 2000).

Todas estas iniciativas foram motivadas tanto pela expansão desordenada verificada a partir de 1997, e que se acentuou a partir de 2001, quanto pela duvidosa qualidade dos novos cursos e de sua localização geográfica que priorizou os grandes centros urbanos das regiões Sul e Sudeste.

O Decreto n.º 3.860, de 9 de julho de 2001 (BRASIL, 2001), dispõe que a criação de cursos de graduação em Medicina, em Odontologia e em Psicologia, por universidades e demais instituições de ensino superior:

Art. 27. A criação de cursos de graduação em medicina, em odontologia e em psicologia, por universidades e demais instituições de ensino superior, deverá ser submetida à manifestação do Conselho Nacional de Saúde.

§ 1.º O Conselho Nacional de Saúde deverá manifestar-se no prazo máximo de cento e vinte dias, contados da data do recebimento do processo remetido pela Secretaria de Educação Superior do Ministério da Educação.

§ 2.º A criação dos cursos de que trata o caput dependerá de deliberação da Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação, homologada pelo Ministro de Estado da Educação.



Observa-se que, salvo seja alterada a legislação vigente, o parecer do CNS, atualmente, é consultivo e não possui caráter terminativo. Projeto alterando este *status* foi apresentado por entidades médicas a parlamentares em 2002.

Apesar deste movimento, 46 pedidos estavam em andamento, sendo nove apenas para São Paulo. Entre 1996 e 2003 foram abertos sete novos cursos no Estado de São Paulo, mesmo com pareceres contrários do Conselho Nacional de Saúde.

Em 2003, o Ministro da Educação por solicitação do Ministro da Saúde, publica uma resolução que suspende por 180 dias a criação de novos cursos bem como a ampliação de vagas em Medicina no País, em atendimento a Resolução do CNS n.º 324/03⁴. Em março de 2004, o Ministro da Educação prorroga por mais 60 dias esta resolução. Tal decisão baseou-se na solicitação de oito entidades da área médica no Brasil, entre elas o CFM, e na Resolução do CNS n.º 336/04⁵.

Encontra-se em tramitação o **Projeto de Lei n.º 65/03, que delibera sobre a proibição**, por um prazo mínimo de dez anos, da criação de novos cursos de Medicina. Se aprovado, o Projeto do Deputado Federal Arlindo Chinaglia também estará vedada a ampliação de vagas nos cursos já existentes.

Vêm sendo desencadeados alguns movimentos no campo da formação médica relacionados com as formatações curriculares como forma de agregar qualidade e desenvolvimento de competências para o exercício profissional. Os currículos até então aplicados, salvos experiências pontuais, têm demonstrado inadequações de conteúdo e de práticas pedagógicas para o exercício de atividades que envolvam a pluralidade das necessidades do sistema de saúde (PIERATONI, 2001).

A aproximação de instâncias do serviço e instâncias educacionais tem possibilitado ensaios de mudanças em modelos curriculares (como, por exemplo, nos caso de integração com a Rede Unida), mas, também, destacam dificuldades de articulação entre as esferas da educação e saúde (FEUERWERKER, 2002). Como exemplo podem-se destacar dificuldades na absorção de novos modelos e práticas pedagógicas em função da rigidez das IES; resistência na adoção de novas práticas em saúde; e a reação corporativa que se reflete pelo ideário de exercício profissional altamente especializado e com grande incorporação tecnológica.

Entre as iniciativas para modificar a formação profissional, está o Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina (Promed, 2002), instalado por portaria interministerial (Saúde e Educação), em 26 de março de 2002. Este Programa tem como base as mudanças curriculares dos cursos de graduação e as políticas de valorização da atenção primária e da promoção da saúde.

O Programa tem por objetivo apoiar a implementação de inovações curriculares nos cursos de graduação em Medicina e está estruturado em três eixos: orientação teórica, abordagem pedagógica e cenários de prática, que por sua vez estabelecem vetores específicos. Esta tipologia visa, além de fazer um diagnóstico atual, servir de parâmetro para o acompanhamento e a avaliação do processo de mudança. O Programa, em fase de conclusão, contempla 19 instituições de ensino superior na área da Medicina⁸.

Em novembro de 2005, o Ministério da Saúde via Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), inspirado na avaliação do Promed, lança o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde). Este Programa amplia, para além da Medicina, incentivos para formação nas áreas de Odontologia e Enfermagem, consideradas prioritárias pela política de saúde. Tal Programa tem a perspectiva de que os processos de reorientação da formação ocorram simultaneamente em distintos eixos, em direção à situação desejada e apontada pelas instituições de ensino superior (IESs). Tem como objetivo uma escola integrada aos serviços de saúde e que dê respostas às necessidades de formação de recursos humanos, de produção do conhecimento e de prestação de serviços, direcionadas ao fortalecimento do SUS (BRASIL, 2005)⁹.

As novas diretrizes curriculares para os cursos de Medicina somadas às iniciativas acima referidas, e outras, como a formação de avaliadores (parceria MEC e MS), parecem oferecer uma perspectiva de mudança no perfil dos profissionais ofertados aproximando-os das necessidades demandadas pela sociedade e pelo mercado. Mais ainda, o fortalecimento institucionalizado de

parcerias entre o sistema educacional e o sistema de saúde seguramente contribuirão para mudanças, tanto quantitativas como qualitativas, para a formação desse profissional, vital para o sistema de saúde brasileiro.

Considerações finais

Sabe-se que o processo de profissionalização médica é de longa duração e de terminalidade relativa, pois mesmo após a conclusão da graduação são necessários investimentos na formação (em nível de pós-graduação nas suas diversas modalidades) consistindo, assim, em uma profissão de alto custo para a sociedade.

No Brasil, enfrenta-se na atualidade: a concentração tanto de profissionais quanto de instituições formadoras, nas regiões Sudeste e Sul do País e nos grandes centros urbanos; a tendência à proliferação de cursos de graduação em Medicina em instituições privadas; baixa capacidade do setor Saúde para ordenar a formação na área. Some-se a isso a inadequação de propostas curriculares que atendam às necessidades do sistema de saúde e revertam o cenário de extrema especialização e fragmentação do trabalho médico.

Entretanto, pode-se observar uma inflexão, mesmo que ainda discreta, no governo atual, com a abertura de cursos e vagas em instituições públicas, a partir de 2000, especialmente nas regiões Norte e Nordeste do País e com os programas de incentivo às mudanças na formação.

Os acordos internacionais que rompem barreiras econômicas e sociais (Nafta, Mercosul, União Européia etc.) desenham um novo cenário geopolítico, com contornos mais complexos, apontando para a necessidade de pactuação entre os parceiros internacionais. Acirra-se a necessidade de regulação tanto das condições de formação como do exercício profissional na tentativa de equacionar a enorme disparidade entre os países, bem como definir contornos éticos dos processos migratórios. A preocupação com a migração internacional tem levado grupos como a *Commonwelath Secretariat*¹⁰ a desenvolver movimentos que promovam práticas éticas para o recrutamento internacional

Assim, ainda há de se enfrentar desafios internos tais como a construção de processos regulatórios afinados entre o sistema educacional e o sistema de saúde que atuem nas propostas de credenciamento de novas escolas, no dimensionamento do número de vagas e na sua distribuição geográfica, na adoção de proposições curriculares inovadoras, e em mecanismos de fixação dos profissionais médicos. Delineiam-se, ainda, novos processos que serão oriundos do fluxo de serviços decorrentes da dissolução de fronteiras entre países integrantes dos acordos comerciais.

Referências bibliográficas

ABRAZÒN, M. et al. *Recursos Humanos en Salud*. Argentina: OPS, 2001. (Serie Observatorio de Recursos Humanos en Salud).

AMARAL, J. L. *Avaliação e transformação das escolas médicas: uma experiência brasileira, nos anos 90, na ordenação de recursos humanos para o SUS*. 113 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)–Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2002.

_____. Ministério da Educação. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. Brasília, 2004. Disponível em: <<http://www.inep.gov.br/superior/censosuperior/default.asp>>.

_____. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. *Pró-Saúde: Programa nacional de reorientação da formação profissional em saúde*. Brasília, 2005.

_____. Decreto-Lei n.º 3.860, de 9 de julho de 2001. Dispõe sobre a organização do ensino superior, a avaliação de cursos e instituições, e dá outras providências. Disponível em: <<https://www.planalto.gov.br/>>.



_____. Resolução n.º 1.666/2003. Dispõe sobre a nova redação do Anexo II da Resolução CFM nº 1.634/2002, que celebra o convênio de reconhecimento de especialidades médicas firmado entre o Conselho Federal de Medicina - CFM, a Associação Médica Brasileira - AMB e a Comissão Nacional de Residência Médica - CNRM. Disponível em: < <http://www.febrasgo.org.br/resolucao16662003.htm> >.

COMMONWEALTH HEALTH MINISTERS. *Commonwealth Code of Practice for the International Recruitment of Health Workers*. Geneva, 2003.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. *Portal Médico CFM*. Brasília, 2006. Disponível em: <www.cfm.org.br>.

FEUERWERKER, L. C. M. *Além do discurso de mudança na educação médica: processos e resultados*. São Paulo: Hucitec, 2002.

GIRARDI, S. N; CARVALHO, C. L. Configurações do mercado de trabalho dos assalariados em Saúde no Brasil. *Formação*, Brasília, v. 2, n. 6, p. 15-35, 2002.

IBGE, Pesquisa Assistência Médico Sanitária-AMS, IBGE. Rio de Janeiro, 2002

HAGOPIAN, A. et al. The migration of physicians from sub-Saharan Africa to the United States of America: measures of the African brain drain. *Human Resources for Health*, [S.l.], v. 2, n. 17, 2004.

JOINT LEARNING INITIATIVE. Human resources for health: overcoming the crisis. *Communications Development Incorporated in Washington, DC*, Washington, 2005. 217 p. Disponível em: <http://www.globalhealthtrust.org/report/Human_Resources_for_Health.pdf >.

MACHADO, M. H. *Os médicos no Brasil: um retrato da realidade*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.

MERCER, H. et al. Human resources for health: developing policy options for change. In: FERRINHO P.; DAL POZ, M. (Org). *Towards a global health workforce strategy: studies in health services organization & policy*. Belgian: Series editors: Lerberghe, Kegels and Brouwere, 2003. p. 451-482.

NIGENDA, G. et al. Educational and labor wastage of doctors in Mexico: towards the construction of a common methodology. *Human Resources for Health*, [S.l.], v. 3, n. 3, 2005.

PIERANTONI, C. R. *Reformas da saúde e recursos humanos: novos desafios x velhos problemas*. 228 p. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva)–Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2000.

_____. As reformas do estado, da saúde e recursos humanos: limites e possibilidades. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 341-360, 2001.

RIGATTO, M. *Médicos e Sociedade*. Porto Alegre: Livraria Globo, 1976.

ZARUR, G. C. *Situação atual do ensino médico brasileiro*. Brasília: [s.n.], 2000.

A Expansão da Atenção Básica nas grandes cidades e a Especialização em Saúde da Família como estratégia para sua viabilidade

Francisco Eduardo de Campos
Raphael Augusto Teixeira de Aguiar

Saúde da Família, graduação e pós-graduação

Há onze anos surgia, no País, o Programa Saúde da Família (PSF). Apesar de se apresentar inicialmente como um Programa periférico, dissociado dos serviços de saúde vigentes até então, essa iniciativa ganhou força a partir da busca de um novo modelo de organização da atenção à saúde para o País, capaz de superar o modelo curativo que se firmou principalmente a partir da criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), em 1966. Em 1997, o Ministério da Saúde formalizou o Programa Saúde da Família como a estratégia norteadora da reorganização da atenção à saúde em todo o território nacional, de forma a tentar se aproximar daqueles princípios (BRASIL, 1998).

Alguns obstáculos à consolidação do PSF são descritos na literatura. Um deles é a falta quantitativa e qualitativa de profissionais adequadamente preparados para lidar com as novas atribuições exigidas pelo novo modelo (CAMPOS, BELISÁRIO, 2001; ARRUDA, 2001). O ensino das profissões de saúde no Brasil e em significativa parte do mundo – sobretudo o da Medicina – está baseado no chamado modelo *Flexneriano*¹, que privilegia a formação de especialidades, sendo ministrado em cenários que reproduzem com maior fidelidade o antigo modelo, como enfermarias e hospitais (FERREIRA, 2001). Do médico e do enfermeiro de família, contudo, cobra-se uma formação generalista que deve proporcionar a capacidade de transitar – com desenvoltura – pelas áreas de saúde da criança, da mulher, do adulto e do idoso. A mesma destreza deve ser garantida para o manejo de instrumentos de abordagem do coletivo e de diagnóstico da comunidade – competências pouco desenvolvidas em um ambiente hospitalar.

As mudanças nos cursos de saúde são lentas e heterogêneas, pois não acontecem da mesma forma em todas as instituições. Além disso, hoje muito se discute acerca de sua *terminalidade*: a partir do momento em que profissões como a de médico se fragmentam cada vez mais em especialidades e incorporam tecnologias sofisticadas, a graduação torna-se insuficiente para a apreensão do conhecimento acumulado e a aquisição de habilidades motoras para os inúmeros procedimentos que hoje compõem o rol das práticas clínica e cirúrgica (FEUERWERKER, 1998). O preparo oferecido pelos cursos de saúde para o exercício da saúde da família não é diferente. Como já se viu, tanto a falta de relação com a realidade experimentada na Atenção Primária quanto a crescente insuficiência da graduação exigem uma formação no âmbito de pós-graduação para o exercício competente das práticas usuais dessa área.

Existem, pelo menos, três tipos de pós-graduação *lato sensu* para a especialização, sendo que um deles é exclusivo para o profissional médico: a residência médica, que se caracteriza por treinamento em serviço, supervisionado por profissionais médicos e em regime de dedicação exclusiva, funcionando em instituições de saúde, sejam elas universitárias ou não. Esses programas têm a duração mínima de um ano, e devem possuir pelo menos 1.800 horas de atividades, compreendendo um mínimo de quatro horas semanais de sessões de atualização, seminários, correlações clínico-patológicas ou outras, sempre com a participação ativa dos alunos (BRASIL, 1981).

1 A expressão Flexneriana deriva do documento conhecido como Relatório Flexner, escrito por Abraham Flexner, em 1910. Esse documento propôs mudanças drásticas no ensino médico americano, como a divisão dos cursos em ciclos básicos e profissionais e o enfoque em especialidades, como já afirmado.

Outra possibilidade de pós-graduação – aberta a vários cursos de saúde – encontra-se nos cursos de especialização *lato sensu*, cujos padrões são também regulamentados pelo Conselho Nacional de Educação. Segundo a Resolução n.º 1/2001, da Câmara de Educação Superior desse Conselho, esse tipo de curso deve ser ofertado por instituições de ensino superior ou credenciadas para tal fim, embora a oferta não dependa de autorização ou reconhecimento por parte daquela Câmara. É necessário que o corpo docente de cursos dessa natureza seja constituído de, pelo menos, 50% de professores portadores de título de mestre ou doutor, e que eles tenham uma duração mínima de 360 horas, excluindo o tempo de estudo individual ou de grupo sem assistência docente e aquele reservado para a elaboração de trabalho de conclusão de curso (BRASIL, 2001).

É cada vez mais freqüente, também, a oferta de residências multiprofissionais para a especialização dos diferentes trabalhadores de nível superior da área da Saúde. Essa modalidade foi impulsionada mediante a criação do Programa de Bolsas para a Educação pelo Trabalho e da criação da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS), em junho de 2005 (BRASIL, 2005, p. 1). Em novembro do mesmo ano, o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação, mediante portaria interministerial (BRASIL, 2005, p. 2), instituíram a Residência Multiprofissional em Saúde no âmbito das duas instituições. Essa modalidade é definida como pós-graduação *lato sensu*, voltada para a educação em serviço, destinada às categorias profissionais que integram a área de Saúde, excetuada a médica, desenvolvida em regime de dedicação exclusiva e realizada sob supervisão docente-assistencial.

A expansão do PSF nas grandes cidades e a capacitação de seus profissionais

A qualificação dos profissionais de nível superior da Saúde da Família – seja por meio de cursos de especialização, residência médica ou multiprofissional – é um fator necessário para a expansão dessa estratégia no País. Por esse motivo, deve-se comentar brevemente sobre as tendências atuais dessa expansão. Em primeiro lugar, ao longo dos últimos anos, observou-se uma expansão significativa da Saúde da Família no Brasil, principalmente em municípios de médio porte. Atualmente os esforços governamentais se dirigem à sua expansão nas grandes cidades, onde se encontra a maior parte da população brasileira.

Segundo a pesquisa *Perfil dos Médicos e Enfermeiros de Saúde da Família no Brasil* realizada em 1999, apenas 31% dos médicos atuantes no PSF moravam em capitais naquele ano (MACHADO, 2000). Além disso, cerca de 70% dos municípios brasileiros contemplados com equipes do PSF possuíam menos de 50 mil habitantes à época do estudo. No ano seguinte, já havia dez mil equipes trabalhando em cerca de três mil municípios brasileiros. A cobertura alcançada, contudo, foi de apenas um quinto da população brasileira: 38 milhões de pessoas (BANCO MUNDIAL, 2002). Esses dados mostram a pouca inserção da estratégia de Saúde da Família nos grandes municípios brasileiros, a despeito do atual caráter majoritariamente urbano do País.

Para aumentar a cobertura da estratégia a sua expansão e consolidação nas grandes cidades brasileiras passou a ser imperativa. Por esse motivo, o Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Assistência à Saúde, do Ministério da Saúde (DAB/SAS/MS), com o apoio financeiro do Banco Mundial, lançou o Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (Proesf). Esse projeto, cujo montante total é de 550 milhões de reais, está voltado para a expansão e consolidação do Saúde da Família em municípios com mais de cem mil habitantes, e tem sua execução dividida em três componentes: a) desenvolvimento de infra-estrutura, b) capacitação de profissionais para o Saúde da Família e c) avaliação e monitoramento da Atenção Básica (BANCO MUNDIAL, 2002).

Conforme se poder apreender a partir do segundo componente, é imprescindível que haja oferta de residências e de cursos de especialização de qualidade nesses municípios, de forma a apoiar a expansão desejada e minimizar problemas como a alta rotatividade de alguns profissionais de saúde. Duas questões devem, entretanto, ser respondidas: há uma modalidade de pós-graduação mais adequada a esse desafio? E as iniciativas pensadas, estão conseguindo dar resposta a ele?

Atenção Primária à Saúde: residência ou especialização?

A residência médica é a modalidade de pós-graduação vista como o “padrão-ouro” para a especialização do profissional médico, segundo o Ministério da Educação. Ela se baseia na aprendizagem em serviço mediante preceptoria, exigindo tempo integral e concedendo, para isso, auxílio financeiro sob a forma de bolsa. Por essas características, os programas de residência são uma opção natural para os egressos das escolas de Medicina.

Entretanto, os profissionais que já contam com mais anos de formação, ou que constituíram família, possuem dificuldades em realizar esse tipo de treinamento. É importante destacar que os potenciais candidatos a uma vaga de residência em Medicina de Família e Comunidade, normalmente, já se encontram inseridos no mesmo mercado de trabalho a que pleiteariam após cumpri-la. Essa situação torna a residência pouco atrativa do ponto de vista econômico, uma vez que a titularidade não fará diferença na procura de um emprego.

Diferentemente de outras especialidades, a Medicina de Família e Comunidade não possui um mercado de difícil acesso: ao contrário, uma vez que a Saúde da Família se encontra em franca expansão, e devido à intensa rotatividade dos médicos inseridos na atenção primária, não é difícil para nenhum egresso ser contratado. Além disso, uma vez que o mercado de trabalho para as especialidades básicas se encontra saturado nas grandes cidades, é comum encontrar médicos de família que possuem outra especialidade: a pesquisa *O Perfil dos Médicos e Enfermeiros do Programa de Saúde da Família*, publicada no ano 2000, demonstrou que 37,4% dos médicos envolvidos nessa modalidade de cuidado possuem alguma residência médica. Desses, 20,5% são pediatras, e 14,2%, ginecologistas (MACHADO, 2000). Soma-se a isso o fato de haver ainda poucas vagas para a residência nessa especialidade, que não acompanha o ritmo de expansão da Saúde da Família no País.

Em um trabalho publicado em 2005, foram comparados os profissionais que cursavam programas de residência multiprofissional e cursos de especialização (GIL, 2005). Concluiu-se que havia uma significativa diferença de perfil entre os profissionais médicos que procuravam uma ou outra modalidade de pós-graduação: os profissionais que cursavam a primeira eram mais jovens do que os que freqüentavam a segunda e possuíam maior inserção profissional no Saúde da Família: 79,5% trabalhavam em equipes de PSF, enquanto que, entre os residentes, apenas 26,2% integravam uma equipe.

Por esses motivos, ainda que a residência médica seja considerada a melhor forma de treinamento para esses profissionais, provavelmente ela não será a modalidade majoritária em médio prazo – e dificilmente o será, um dia, entre os profissionais mais antigos, recém-convertidos. É preciso que haja um investimento constante no aumento de vagas de residência médica e residências multiprofissionais para que se aumente a qualificação de todos os trabalhadores de nível superior envolvidos com a Saúde da Família. Por outro lado, é necessário também que haja uma estratégia intermediária de qualificação para apoiar a sua expansão, facilitar o processo de conversão laboral dos profissionais que já são especialistas, e evitar a dissociação entre quantidade e qualidade de trabalhadores.

Uma alternativa para esse problema passa pela articulação entre as instituições responsáveis pelos programas de residência médica e/ou multiprofissional e os gestores municipais. A possibilidade de treinamento em serviço na própria rede de atenção primária, apoiado financeiramente pela bolsa de residência e, ao mesmo tempo, por remuneração profissional – uma vez que os residentes, nesse caso, já se encontrariam integrados ao Saúde da Família – pode ser atrativa para os diferentes profissionais de nível superior envolvidos com o Saúde da Família. Essa opção esbarra, contudo, na capacidade limitada de expansão de bons programas de residência, sejam eles de residência médica ou multiprofissional.

Outra alternativa é o investimento em cursos de especialização, visando garantir a formação de uma massa crítica de profissionais, aptos a apoiar o processo de expansão do Saúde da Família. Essa estratégia é mais viável em larga escala do que o credenciamento, a curto prazo, de vários programas de residência disseminados pelo País, devido ao menor custo e à possibilidade de se usarem tecnologias como a Educação a Distância (EAD).



Capacidade de resposta dos programas de capacitação à expansão do PSF nas grandes cidades

Apesar da existência de recursos financeiros do PROESF para a capacitação dos profissionais do Saúde da Família – tanto de nível técnico como superior –, observam-se dificuldades em sua execução. Em 2003, a recém-criada Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES/MS) definiu que os Pólos de Educação Permanente (PEP) seriam as instâncias responsáveis pela discussão e deliberação de atividades de educação e desenvolvimento dos profissionais de saúde. Entretanto, eles teriam que se submeter a processo de licitação internacional para a execução, e por esse motivo a SGTES acordou, com o Banco Mundial, a transferência de recursos financeiros do componente II para os componentes I e III, prontificando-se a financiá-lo com recursos próprios do tesouro nacional, que seriam pagos de acordo com as diretrizes definidas para os Pólos de Educação Permanente, assegurando-se, contudo, o respeito ao conjunto de metas físicas e de avaliação (BRASIL, 2004).

Um relatório sobre a execução desses recursos entre janeiro de 2003 e junho de 2005, elaborado pela SGTES/MS, demonstra que houve execução de 47,72% do montante empenhado no tesouro nacional até o final de 2005 para o componente II (BRASIL, 2005, p. 4). Muitas são as causas dessa dificuldade de execução, como a inexistência de projetos de qualidade em algumas localidades e a baixa capacidade de proposição por parte de alguns pólos. Independentemente das dificuldades inerentes aos trâmites burocráticos e à improdutividade resultante de embates entre os atores de algumas dessas instâncias, constatam-se dificuldades de articulação para a oferta de iniciativas de capacitação no volume necessário para a expansão pretendida pelo Ministério da Saúde, assim como a necessidade de um direcionamento maior, por parte dessa instituição, para a resolução da questão – sob a forma de estímulos à articulação entre pólos, gestores municipais e instituições acadêmicas. Ademais, constata-se que municípios isolados não têm condições suficientes de ativação de cursos ou residências em larga escala.

Por esses motivos, o Ministério da Saúde, por meio da SGTES, lançou recentemente a *Rede Multicêntrica de Apoio à Especialização em Saúde da Família nas Grandes Cidades* (Rede Maes+), com o objetivo de promover o apoio mútuo e favorecer arranjos locais entre gestores do SUS e escolas da área da Saúde (BRASIL, 2005, p.3).

A especialização multiprofissional para a Saúde da Família como estratégia da Rede Maes+

Por trás da proposta da Rede Maes+, há um pressuposto: o de que o trabalho necessário para a operacionalização dessa empreitada é volumoso, demandando processos de cooperação – e não de competição, como visto em algumas instâncias.

Pelos motivos expostos anteriormente, a Rede Maes+ se propõe a favorecer, especificamente, os arranjos necessários ao desenvolvimento de cursos de especialização de forma mais capilarizada, embora se reconheça que o investimento constante nas residências médica e multiprofissional sejam essenciais. O propósito imediato seria apoiar as demandas de capacitação por meio de: (1) intercâmbio de experiências; (2) difusão do conhecimento desenvolvido em experiências já realizadas com êxito; (3) cooperação direta consorciada entre processos de capacitação; (4) credenciamento compartilhado entre experiências pela cessão de capacidade docente; e (5) estímulo à criação e uso de consensos e protocolos nacionais na área da Atenção Básica.

Tais estratégias podem ser conseguidas facilitando-se a articulação tanto entre gestores e instituições acadêmicas, pela *website* para exposição de necessidades e possibilidades de oferta, como entre instituições acadêmicas, por meio de eventos ou outros dispositivos, em um processo que deverá se auto-sustentar com o passar do tempo.

Ao se adotarem os cursos de especialização como o foco da iniciativa, deve-se ter em vista que uma boa especialização nessa área necessitará seguir os seguintes preceitos, além do pressuposto indiscutível de qualidade:

a) Deverá haver uma formatação de práticas desejáveis, e não apenas reprodução de práticas consolidadas, o que demandará o desenvolvimento de novas competências docentes que valorizem a abordagem integral, em vez da especializada.

b) As instituições acadêmicas ofertantes deverão inverter a lógica predominante de elaboração de programas dessa natureza. Na maioria das vezes, elas lidam com processos em que não são as necessidades de saúde que determinam as competências, uma vez que há o predomínio, no início dessa cadeia, de determinantes do mercado de trabalho que são conformados por interesses corporativos, da indústria de insumos tecnológicos ou dos esquemas de financiamento dos sistemas de saúde. Essas instituições deverão, portanto, basear-se nas necessidades da comunidade local, dos serviços de saúde e dos trabalhadores. Ademais, o seu processo educacional deverá ser integrado ao processo de trabalho, viabilizando a própria estratégia do Saúde da Família como um todo. É indispensável que esse processo se dê o mais rapidamente possível e que seja acessível a todos simultaneamente, buscando combinações entre momentos de concentração das atividades de aprendizagem e momentos de atuação nos próprios serviços. Esse mesmo processo deverá, posteriormente, adaptar-se para atender à contínua demanda de atualização do conhecimento e evolução tecnológica, perfazendo uma transição para um verdadeiro processo de educação permanente para a equipe de saúde.

c) Por se tratar de especialização de profissionais que já se encontram em serviço, é necessário que a oferta educacional tradicional os acolha, levando em conta a necessidade de compatibilidade de horários e de uma forma diferenciada de seleção, que não se baseie em mérito apenas acadêmico – alheia às especificidades de condições dos pleiteantes. Há a necessidade de uma proposta diferenciada, dirigida a clientela fechada, definidas pelas instituições que já possuem os profissionais em seus quadros funcionais.

d) Essas especializações deverão levar em conta que a heterogeneidade dos profissionais-estudantes não se restringe ao aspecto da multiprofissionalidade, uma vez que, no início do processo de implantação do Saúde da Família, o Programa costuma se basear na reconversão de profissionais que se encontram já absorvidos pelos serviços e que se formaram diferentemente uns dos outros, segundo o enfoque da segmentação do processo de trabalho.

e) A definição do Saúde da Família como uma estratégia de trabalho em equipe exige um tratamento educacional das *áreas de intersecção entre profissões e ocupações diversas* – o que deverá tornar os cursos de especialização mais complexos, metodológica e operacionalmente, do que aqueles destinados a clientela homogêneas.

f) Por fim, as instituições ofertantes deverão se preocupar em estabelecer estratégias operacionais para garantir a oferta de cursos de qualidade em ampla escala – seja mediante o estabelecimento de parcerias com outras instituições sob a forma de consórcios que promovam a cooperação, seja por meio de investimento em educação a distância.

Ressalte-se que o cumprimento de um curso de especialização é importante para consolidar a Saúde da Família como prática profissional legítima, uma vez que a ausência de pós-graduação no currículo de profissionais de nível superior na saúde não costuma ser vista com bons olhos pelos colegas. Essa legitimação é importante para aumentar a identificação com essa estratégia, pois o profissional que nela trabalha – e agora nela se encontra especializado – terá a sua escolha profissional avalizada por uma instituição de ensino superior e, conseqüentemente, por sua categoria profissional.

Referências Bibliográficas

ARRUDA, B. K. G. (Org.). *A educação profissional em saúde e a realidade social*. Recife: IMIP, Ministério da Saúde, 2001.

BANCO MUNDIAL. Latin America and the Caribbean Region. Brazil Country Management Unit. Human Development Sector Management Unit. *Appraisal Document on A Proposed Loan in the Amount of US\$ 68 Million to the Federative Republic of Brazil in Support of the First Phase of Family Health Extension Adaptable Lending Program*. Rio de Janeiro: Banco Mundial, 2002. Disponível em: <http://www.obancomundial.org/index.php/content/view_projeto/515.html>.



Acesso em: 22 nov. 2005.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução n.º 01, de 3 de abril de 2001. *Estabelece normas para o funcionamento de cursos de pós-graduação*. Brasília, 2001.

_____. Lei 6.932, de 7 de Julho de 1981. Dispõe sobre as atividades do médico residente e dá outras providências. Brasília, 1981. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l6932.htm>. Acesso em: 22 mar 2006.

_____. Lei 11.129, de 30 de Junho de 2005. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens - ProJovem; cria o Conselho Nacional da Juventude – CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude; altera as Leis n.ºs 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências. Brasília, 2005. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11129.htm>. Acesso em: 22 mar 2006.

_____. Ministério da Saúde. *Saúde da Família: uma estratégia para a reorganização do modelo assistencial*. 2. ed. Brasília, 1998.

_____. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Portaria Interministerial n.º 2.117, de 3 de Novembro de 2005. Institui no âmbito dos Ministérios da Saúde e da Educação, a Residência Multiprofissional em Saúde e dá outras providências. Brasília, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *EducarSUS: notas sobre o desempenho do Departamento de Gestão da Educação na Saúde – janeiro de 2003 a janeiro de 2004*. Brasília, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Rede multicêntrica de apoio à especialização em saúde da família em regiões metropolitanas: seminário sobre experiências municipais – contextos e processos de cooperação em rede*. Brasília, 2005. Termo de Referência.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Relatório do progresso de execução do componente II do PROESF - janeiro de 2003 a junho de 2005*. Brasília, 2005. No prelo.

CAMPOS, F. E.; BELISÁRIO, S.A. O programa de saúde da família e os desafios para a formação profissional e a educação permanente. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 5, n. 9, p. 133-141, ago. 2001.

FERREIRA, J. R. O médico do século XXI. In: ARRUDA, B.K.G. *A educação profissional em saúde e a realidade social*. Recife: IMIP, Ministério da Saúde, 2001. p. 27-47.

FEUERWERKER, L. C. M. Educação Médica na América Latina. In: _____. *Mudanças na Educação Médica e Residência Médica no Brasil*. São Paulo: Hucitec/Rede Unida, 1998. p. 51-95.

GIL, C. R. R. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. *Cad. Saúde Pública*, v. 21, n. 2, p. 490-498, mar/abr. 2005.

MACHADO, M. H. *Perfil dos médicos e enfermeiros do Programa Saúde da Família no Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. Relatório final.

Residência multiprofissional em Saúde da Família: uma conquista do Movimento Sanitário

Marco Aurélio Da Ros

Célia Regina Pierantoni

Ana Estela Haddad

Carla Ribeiro

Denise Osório Severo

Thaís Titon de Souza

Introdução

Existe hoje uma necessidade premente de aperfeiçoar o Sistema Único de Saúde (SUS). As demandas são enormes, mas não há possibilidade de organizar o Sistema se não houver uma estruturação forte da Atenção Básica (AB).

Quando falamos de Atenção Básica e SUS, falamos das conquistas, do Movimento pela Reforma Sanitária (ou simplesmente Movimento Sanitário) que vem construindo e capitaneando este processo desde a década de 70, e que inscreveu na Constituição de 1988 que a saúde é direito de todos, dever do Estado, resgate do movimento libertário da Medicina Social do século XIX (BARATA, 1985; ESCOREL, 1987; DA ROS, 2004).

São conquistas forjadas nesta luta que caracterizam este SUS, um Sistema que ousa dizer que saúde deve ter como pressupostos a universalidade, a equidade, a integralidade, o controle social e a hierarquização do Sistema – direitos que a população tem, de cidadania plena –, os quais o capitalismo globalizante tenta impedir que aconteça ou permitir que exista caracterizado como esmola (CUNHA, 2001).

Quando falamos, portanto, das residências multiprofissionais em Saúde da Família, estamos falando simultaneamente de Movimento Sanitário; luta, formação de quadros, professores, novo estilo de pensamento dos novos técnicos; de integralidade, de Atenção Básica estruturando o SUS; de um SUS que colabore com esta construção de cidadania. Sobre isto nos propomos a aprofundar um pouco, iniciando por um resgate histórico.

Um pouco de história das residências multiprofissionais em Saúde da Família

Na década de 70, no auge da ditadura militar, havia se instalado um poderoso complexo médico-industrial, financiado principalmente com o dinheiro público do Ministério da Previdência e Assistência Social – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (MPAS/Inamps).

O recurso público serviu para a expansão da rede hospitalar privada, parasubsidiar a compra de equipamentos privados e para permitir uma indústria de medicamentos absurdamente fora do controle público (KUCINSKI, LEDOGAR, 1977; PACHECO, 1983; CORDEIRO, TAVARES, 1985).

Para viabilizar profissionais formados como dependentes e consumidores desta lógica, foi importado o modelo norte-americano, da Fundação Rockfeller, chamado de *flexneriano*. Portanto, a matriz estabelecida a partir do golpe de 1964 na área da Saúde se encarregou de formar um estilo de pensamento que assegurasse esta lógica. O modelo flexneriano enfatizava o médico como dono da verdade científica em saúde; a ênfase no fragmento e na especialização; o trabalho dentro do hospital; a caracterização de doença como um fenômeno estritamente biológico (CUTOLO, 2001).

Este passou a ser o modelo ensinado nas universidades brasileiras desde o golpe até tempos muito recentes. Podemos dizer que foi o modelo hegemônico dos últimos 35 anos até iniciar o novo século.

Nascimento da contra hegemonia

A partir das contradições geradas por um modelo excludente, e precipitadas por uma crise econômica causada pela chamada “crise do petróleo”, a partir de 1973, estabeleceram-se bases materiais para ser gestado um modelo contra hegemônico da matriz flexneriana. Vários movimentos com raízes e características diferentes, mas com algumas direcionalidades comuns, foram se juntando sob a bandeira de ser: contra a ditadura militar; contra o complexo médico-industrial; e, a favor da organização de um sistema de saúde hierarquizado e de um Sistema Único de Saúde, que unisse a medicina previdenciária com a saúde pública do Ministério da Saúde (DA ROS, 2005).

A forma como o movimento se constituiu pode ser sintetizada como um somatório de seis forças/movimentos assim caracterizados: os Publicistas, os Preventivistas, a Pastoral da Saúde, o Movimento Intelectual da área da Saúde (incluindo o Movimento de Renovação Médica), o Movimento Estudantil e o Movimento de Saúde Comunitária, que cria as Residências nesta área (DA ROS, 2005).

Os Publicistas do Inamps defendiam um retorno de investimentos ao setor público, com a construção de hospitais próprios, como era organizado antes do golpe, os antigos Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPs). Já os Preventivistas defendiam o retorno dos investimentos em práticas preventivas, demonstrando haver um recrudescimento das doenças infecciosas e transmitidas por vetores, em função da redução de 8% do orçamento da União, em 1963, para 0,8% em 1973.

Por sua vez, a Pastoral da Saúde, da Igreja Católica, defendia trabalhos junto às populações de periferia dos grandes centros e os excluídos da zona rural, com ênfase na utilização de fitoterapia como alternativa aos fármacos de laboratório.

Não obstante, o Movimento Intelectual da área da Saúde criou o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), que publicava uma revista chamada *Saúde em Debate*, propondo a reflexão sobre o sistema de saúde. Juntam-se a este movimento, nos núcleos do Cebes espalhados pelo Brasil, as organizações profissionais por categoria e especialmente a tentativa de reorganização da categoria médica, o Movimento de Renovação Médica (Reme), defendendo questões sindicais, mas também propugnando um sistema público de saúde, o que era muito combatido pela Associação Médica Brasileira (AMB), naquele momento uma franca aliada da ditadura e do modelo privatista implantado dos Estados Unidos da América.

O Movimento Estudantil, duramente reprimido nos primeiros dez anos de ditadura, aprende formas alternativas de organização e começam a surgir os encontros científicos, em que a Medicina tem um papel importante, servindo de “batedor” para outras categorias, com o *Encontro Científico dos Estudantes de Medicina* (Ecem), e subseqüentemente os encontros de outras categorias, em que se discutiam justamente as necessidades de mudança, inclusive pelo agravamento do estado sanitário da população brasileira. Havia as primeiras residências em Saúde Comunitária, como a do Murialdo, do Recife, e do Rio de Janeiro, em 1976, propondo um modelo de Atenção Básica qualificado e de base municipal. O somatório dos movimentos deste ano, quando se encontram em São Paulo no *I Congresso Brasileiro de Higiene* (assim era conhecida a saúde pública na época) e uma sucessão de eventos que não vale a pena aprofundar neste momento, cria o Movimento pela Reforma Sanitária.

O que se caracteriza então é que, a partir daí, pôde-se definir a política de saúde, e conseqüentemente a formação de pessoas da área da Saúde, como a resultante do embate entre estas duas forças no Brasil. Entre 1976 e 1986, há uma clara hegemonia do complexo, embora nestes anos se desenhem tentativas isoladas de superação, como Montes Claros ou o Projeto da Cooperalfa (Cooperativa de Agricultores Alfa), em Chapecó, ou o de Londrina. Os enfrentamentos maiores se dão na tentativa de implantar o novo modelo, seja com o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (Piass) em 1976 – 1979, com o PREV-Saúde, em 1980, com o Programa de Ações Integradas de Saúde (Pais), em 1982, ou com as Ações Integradas de Saúde (AIS) – o embrião do SUS – em 1983. Entretanto, em todos esses programas a hegemonia do programa ditatorial prevalece e as mudanças não acontecem.

É com a redemocratização, em 1985, que se abrem espaços maiores de poder para o Movimento Sanitário. Os ex-presidentes do Cebes, Sérgio Arouca e Hésio Cordeiro, assumem



respectivamente a direção da Fundação Osvaldo Cruz e a direção do Inamps. O compromisso do novo governo com a redemocratização, repassa para Arouca a responsabilidade da coordenação da 8ª Conferência Nacional de Saúde – a primeira com delegados paritários de todos os estados brasileiros e com extensa participação popular. Foram 4 mil pessoas para Brasília, e o Brasil começava a fazer as pazes com a história. O lema da 8ª Conferência era “Saúde: direito de todos, dever do Estado”, o lema do movimento de Medicina Social europeu do século XIX (DA ROS, 2000).

As Residências em Saúde da Família, Atenção Básica e Medicina Comunitária

Em 1976, a Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul (SES/RS) cria em sua Unidade Sanitária, denominada São José do Murialdo, em Porto Alegre, a primeira Residência em Medicina Comunitária do Brasil. Sua proposta incluía formar profissionais com alta resolutividade clínica, críticos, humanistas e com uma visão integrada entre saúde clínica, saúde mental e saúde pública. Havia uma preocupação com visitas domiciliares, trabalhos com grupos, compreensão da lógica do povo, realização de educação em saúde e trabalho interdisciplinar. Estas últimas preocupações eram tão grandes que não se concebia um trabalho em saúde como monopólio de uma profissão. Havia a intenção de quebrar este monopólio. Desmonopolizar era a palavra de ordem. Logo, dois anos depois, a Residência do Murialdo passa a ser multiprofissional. Ainda neste mesmo ano, dá-se uma unidade dos residentes, com a vertente Cebes do Movimento Sanitário e, ainda, segundo os dados da SBMFC, são criadas também residências em Recife e no Rio de Janeiro (SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE, 2005).

Já no final da década de 70, outras residências em Medicina Comunitária surgem no Sul do País. Havia resistência de setores dos Preventivistas e dos Publicistas ao Movimento de Saúde Comunitária que, por outro lado, tinha um vínculo bastante forte também com a Pastoral da Saúde. O início da década de 80, com a proximidade do fim da ditadura e a necessidade de um modelo que começava a se desenhar pelo País/AIS, permite que ocorra um *boom* de criação de residências em Saúde Comunitária, muitas exclusivamente médicas e outras multidisciplinares, como as da Paraíba, Bahia e Juiz de Fora, por exemplo. A preocupação com a necessidade da população e a possibilidade de um trabalho de vanguarda e popular minorava o aspecto da Residência não ter seu reconhecimento junto ao Ministério da Educação e da Cultura (Comissão Nacional de Residência Médica/CRNM – criada em 1977 para o credenciamento dos médicos) e muito menos dos outros profissionais, que sequer tinham representatividade no Ministério da Educação.

Com a democratização, a explicitação das tendências diferentes do Movimento Sanitário e sucessivos governos que não permitiram de fato a eclosão do SUS com toda a sua potencialidade, ao final da década de 80 e início de 90, há um desencanto com a possibilidade de a Atenção Básica: mal paga, sem *status* heróico, sem valorização do sistema e sem boa formação (os professores ainda eram flexnerianos), sem valorização dos pares e mal caracterizada pela mídia. Resultado: fecham-se diversas residências. Não compete aqui colocar os altos e baixos de residências em particular, trata-se apenas de contextualizar o conjunto.

É a partir de 1993, com os ministros Jamil Haddad e Henrique Santillo que se começa a valorizar novamente a possibilidade de a Atenção Básica e a Saúde Comunitária, herdando o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs), a partir do qual ocorre a criação de um Programa de Saúde Comunitária. É formado um grupo-tarefa do Movimento Sanitário que o elabora, que é, então, “batizado”, ainda em 1993, de Programa de Saúde da Família (PSF), por influência de organismos internacionais (SGUARIO; PEZZINI, 2004).

Mas é somente quando as sucessivas conferências nacionais de saúde vão entendendo a importância de estruturar o sistema a partir da Atenção Básica e de modificar a forma de financiamento, permitindo um adicional de PSF, que as prefeituras passam a demandar esse novo profissional – o médico e o enfermeiro com preparo para trabalhar no PSF. Aí, evidencia-se uma das contradições de formação de Recursos Humanos (RH) em saúde: se não mudar o sistema, não mudará a Universidade. Entretanto, a Universidade só muda se o sistema for diferente. O problema consiste no fato de que o sistema precisa de novos profissionais que não existem, então ele também não tem possibilidades concretas de mudar. Cria-se um círculo vicioso de difícil solução. Em 1996,



realiza-se o *I Seminário de Residências Médicas* que reconhece a importância da Residência em Medicina Geral e Comunitária diferenciando-a da Preventiva e Social.

A partir de 1997, então, com nova dinâmica de financiamento de PSF/AB, os municípios requisitam às universidades este novo profissional (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001). Experiências isoladas começam a se multiplicar. Algumas coordenadas, como, por exemplo, as mudanças na graduação financiadas pela *Kellogg's Foundation* e que deram origem ao Projeto tão importante para colaborar com as mudanças curriculares denominado Rede Unida.

Inicia-se, novamente, uma proposta de expansão na rede de formação que se dirigiu para quadros capazes de mudar a formação flexneriana ainda hegemônica das universidades.

A hoje chamada Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) iniciou um movimento forte para o reconhecimento como especialidade médica junto à Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), utilizando a velha fusão da Sociedade Brasileira de Medicina Geral e Comunitária (SBMGC) de 1981, com a nova idéia de Saúde da Família.

Alguns episódios marcaram esta nova etapa, que culminou com o reconhecimento inicial do Ministério da Saúde de ampliar para além da Medicina a formação na modalidade Residência com o objetivo de reestruturar o SUS com todas as características que defendemos.

As Residências Multiprofissionais: preliminares

Em 1999, o então Departamento de Atenção Básica (DAB), da Secretaria de Assistência à Saúde (SAS), do Ministério da Saúde, e atores sociais do Movimento Sanitário lá localizado propôs-se a articular alguns grupos interessados em criar, reavivar e reinventar residências em Saúde da Família. Organizou, para tal, um seminário em que foram reunidos dez grupos com propostas de executar uma experiência neste modelo de Residência. Oito deles claramente se identificaram em criar uma Residência Multiprofissional, onde embora fossem preservadas as especificidades de cada profissão envolvida, seria criada uma área comum, especialmente vinculada ao pensamento da velha Saúde Pública (Administração, Epidemiologia), mas acrescida de outros valores, como Promoção de Saúde, Integralidade, trabalhos com Grupos Terapêuticos, Interconsultas, Educação Popular, Acolhimento etc. (FERREIRA, 2001).

Como subproduto, foi produzido um documento afirmando tais posições, que serviu como desencadeador de uma proposta ao Ministério da Saúde. Esta proposta retorna à divulgação com um termo de referência e uma proposta de financiamento internacional para residências multiprofissionais, no ano de 2000. São criadas 24 áreas geográficas prioritárias para o desenvolvimento destas residências e para cada uma delas faz-se um processo de concorrência pública para viabilizá-las. Entre marchas e contramarchas, algumas residências começaram a funcionar, mesmo sem a garantia formal do financiamento do Ministério da Saúde/Internacional buscando o suporte em governos estaduais, municipais e universidades. É só no final de 2001 que é assegurado, para as propostas vencedoras, recursos viabilizadores. Portanto, é somente em 2002 que se iniciam as residências multiprofissionais em Saúde da Família (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A EDUCAÇÃO, A CIÊNCIA E A CULTURA, 2005).

Neste interjogo, iniciou-se uma articulação com a SBMFC de maneira que ficasse assegurado, para a parte médica da Residência, um desenho semelhante ao de residências “puras” de Medicina Comunitária. O ordenamento da formação dos recursos humanos ser responsabilidade do SUS sempre foi uma obviedade, se considerarmos a lógica da pedagogia de Paulo Freire, mas se colocavam obstáculos, uma vez que havia a responsabilidade formal do MEC. A superação só poderia vir com um trabalho conjunto (BORDENAVE, 1982).

Uma das primeiras tentativas, ainda neste período, em 2001, graças a uma articulação conjunta DAB, Abem (Associação Brasileira de Educação Médica), ABEn (Associação Brasileira de Enfermagem), Abrasco (Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva), Rede Unida e setores do MEC, foi a conquista da aprovação da Lei das Diretrizes Curriculares, garantindo-se que as universidades precisavam reorientar seu percurso na direção de formação de pessoal com alta resolutividade clínica, críticas reflexivas, humanistas e voltadas para os interesses de um sistema



cidadão, justo, equânime... Enfim, pessoas para trabalhar o SUS. Tornava-se, assim, um resgate histórico importante das lutas do Movimento Sanitário, enfim plasmados como Lei, apontando um modelo de formação. Em 2002, criou-se também o Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares para as Escolas Médicas (Promed) no Ministério da Saúde, apontando na mesma direção. E a contradição se agudizava. Como formar professores para esta demanda que agora, além dos municípios, passara também a ser das universidades? Um instrumento de avaliação e acompanhamento foi criado por uma equipe do DAB (do Movimento Sanitário) e aplicado, ao final do ano. Novo ano, novo governo... Redimensionamento das propostas.

As Residências multiprofissionais: o processo 2002 – 2004

No ano de 2002, foram criadas 19 residências multiprofissionais em Saúde da Família com financiamento repassado às instituições executoras, pelo Ministério da Saúde. As propostas de funcionamento destas, tinham formatos diversificados, mas havia claramente uma intenção de que pudessem trabalhar integradamente TODAS as profissões da área da Saúde. O processo de reconhecimento da titulação obtida com estes cursos dar-se-ia, inicialmente, pela instituição (Universidade) promotora, uma vez que o MEC reconhece essa autonomia para as universidades. Por outro lado, o reconhecimento pelas entidades profissionais já estava garantido para o caso da Medicina, uma vez que existe uma Comissão Nacional de Residência Médica dentro do MEC. Este outorga esse reconhecimento, desde que preservado, para a Medicina, o modelo preconizado pela SBMFC. Não havia oficialmente a proposta deste mesmo reconhecimento para as outras profissões. O Ministério da Saúde em contato com o MEC tentava criar uma comissão nacional de residências que serviria de “chapéu” para todas as residências, inclusive a médica. As residências multiprofissionais seriam resultado de uma articulação entre essa representação dentro do MEC. Tal pretensão não aconteceu e não se conseguiu regulamentar essas residências. Havia uma pressão para que a parte médica se adaptasse às regras do CNRM, em especial aos critérios da SBMFC.

Por outro lado, havia um compromisso importante no Ministério da Saúde com educação e saúde, de tal monta, que foi criada uma secretaria em 2003 – a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde (SGTES) – para tentar viabilizar a multiplicidade de projetos nesta área. Programas como o VER-SUS, Aprender-SUS, apoio ao Fórum Nacional de Entidades Profissionais da Área da Saúde (Fnepas), refinanciamento das residências, formação de capacitadores, especialização, apoio às reformas curriculares, tudo ligado à idéia de pólos de educação permanente, articulações com a Rede Unida, Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade em Saúde (Lappis), associações profissionais de ensino na área da Saúde começaram e demonstraram a imensidão e complexidade do problema “recursos humanos na saúde”.

As residências, por outro lado, iniciadas em 2002, clamavam por espaço formal de troca de experiências, de articulação para superação de problemas desde o reconhecimento, o financiamento e a burocracia. Este espaço foi sempre “roubado” em outros eventos, como dois Congressos da Rede Unida (Londrina e Belo Horizonte) em que foram realizadas reuniões de articulação ou as reuniões do Fórum Nacional da Educação das Profissões na Área de Saúde (Fnepas) ou seminários do Ministério da Saúde para discutir especialização.

Em 2004, com algumas turmas já formadas, não foi possível reconhecer a titulação médica junto ao CNRM, que não reconhecia o formato residência multiprofissional como contendo as propostas de formação médica como as de Medicina da Família e Comunidade, muito menos as demais profissões, que sequer tinham uma Comissão no MEC.

Ao longo deste ano, uma série de aproximações com o MEC permitiu que, ao final de 2004, se promovesse um Fórum de Residências Médicas, onde esta situação foi discutida (dezembro de 2004). Com o produto dessa reunião, houve uma franca rejeição pela categoria médica e por parte do MEC para a Residência conjunta com TODAS as profissões. A forma possível e admitida de ser reconhecida passava a ser uma Residência em Medicina da Família e Comunidade, trabalhando integradamente com uma Residência Multiprofissional para todas as outras profissões. Mesmo assim, havia outro problema a resolver que era o reconhecimento pelo MEC de residências de outras profissões.



As formas alternativas para superar o impasse criado constituíram em reuniões com a equipe técnica do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES) para viabilizar fóruns, oficinas e seminários que servissem tanto para divulgação do projeto de residências, como para a sensibilização para a organização de uma forma minimamente consensual dos programas de residência.

Isto implicava, portanto, em discussão de um termo mínimo de referência e do chamamento de uma reunião específica com os coordenadores de residências. Uma das propostas levadas a cabo pelo grupo do DEGES para as residências multiprofissionais em saúde da família foi participar ativamente dos espaços de divulgação possíveis nesta área. Em associação com a Rede Unida, foi realizada uma oficina no Congresso da mesma, em julho de 2005, com a participação de coordenadores de residências de vários locais do Brasil, de residentes de cinco residências, estudantes de diversas profissões diferentes da área da Saúde e a participação de um representante do MEC para elaboração da proposta de regulamentação das residências multiprofissionais.

Como subproduto desta oficina, além dos encaminhamentos de divulgação, foi elaborado um relatório em que, a partir do texto de referência, foram acrescentadas as contribuições de todo o grupo, cujo entendimento é de que o mesmo representa uma importante participação do DEGES na proposta de divulgação das residências multiprofissionais de saúde.

Outros desdobramentos importantes aconteceram com a mudança de Ministro da Saúde em julho de 2005 e o estabelecimento de uma comissão bilateral entre MEC e Ministério da Saúde para a elaboração de uma portaria regulamentando as residências multiprofissionais em saúde, viabilizada e consolidada por meio de um seminário realizado em dezembro do mesmo ano.

Residências Multiprofissionais: o presente e o futuro

Em fevereiro de 2005, foi enviada uma Medida Provisória (MP 238) que criou a Residência Profissional para Área da Saúde e, dentro dela, a proposta de formação de uma Comissão para elaboração das normas e regras para o funcionamento de residências multiprofissionais financiadas pelo Ministério da Saúde. Nesta configuração, ficava oficialmente separada a Residência Médica das outras residências. Por outro lado, não havia nenhum impedimento para que elas pudessem trabalhar com conteúdos comuns, desde que preservados os específicos de cada profissão, especialmente em relação à Medicina. Em julho de 2005, a MP transformou-se na Lei n.º 11.129, e, a partir daí, tratou-se de elaborar, portanto, projetos separados de residências.

Em Florianópolis, para exemplificar, havia uma Residência que contemplava sete profissões, sendo uma delas a Medicina. Em função da legislação aprovada em julho de 2005, tornava-se necessário legalizar esta forma de atuação. No formato, tanto da primeira turma (2002 – 2004) como na que iniciou em dezembro de 2004, houve sempre a preocupação de contemplar os critérios da Residência em Medicina da Família e Comunidade, mas trabalhando no mesmo local que os outros profissionais.

Embora se preservasse esta especificidade, existiam vários trabalhos feitos em conjunto, tais como: grupos de promoção de saúde, terapêuticos, planejamento local de saúde, trabalho junto aos conselhos locais de saúde, educação em saúde, mobilização comunitária, visitas domiciliares e interconsultas, como um mínimo do que se poderia fazer (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA, 2004).

Havia o entendimento de que a população precisava de uma resposta técnica competente para resolver seus problemas de Atenção Básica, mas isto deveria incluir necessariamente a possibilidade de criação de vínculos, respeitando as necessidades sociais, e o conhecimento popular. Isto só poderia ser feito interdisciplinarmente.

Com esta aprovação a partir de julho, e com a mudança do comando do Ministério da Saúde no mesmo mês, houve prorrogação de um acordo feito entre MS/MEC, CNRM/SBMFC para que fosse encaminhado pedido de reconhecimento da Residência Médica até setembro de 2005. O Ministério da Saúde comprometeu-se, em parceria com o MEC e a SBMFC, a ampliar para 400 vagas oferecidas na Residência de Medicina da Família e Comunidade para início entre novembro de 2005 e novembro de 2006. A prioridade da localização das novas residências deverá se dar na



região da Amazônia Legal e distante dos grandes centros, especialmente em parceria com instituições de ensino e serviços que envolvam atenção básica. Para 2006, estão sendo aceitas ainda solicitações para criação de residências multiprofissionais em saúde da família onde já existam residências de medicina da família para trabalho em conjunto (embora se preservem as especificidades profissionais)

Ainda no mês de setembro de 2005, houve reunião da Comissão Intersetorial de Recursos Humanos (CIRH), do Conselho Nacional de Saúde, juntamente com MEC e Ministério da Saúde para a elaboração da portaria que cria a Comissão de Residências Multiprofissionais.

Tratavam-se, portanto, de dois encaminhamentos diferentes de reconhecimento. O primeiro já com sua dinâmica estabelecida e o segundo a ser elaborado a partir da criação da Comissão supracitada.

De qualquer maneira, a idéia básica é criar uma Residência integrada em Saúde da Família e Comunidade, composta por dois programas: um específico para médicos e outro específico para as outras profissões.

Podemos resumir a trajetória da legalização das residências multiprofissionais da seguinte maneira: início por uma oportuna inserção no corpo da MP 238, que cria o Programa Nacional de Inclusão dos Jovens, a partir de seu artigo 12, do conteúdo que cria a Residência Multiprofissional, bem como sua forma de reconhecimento e financiamento. Embora uma grande vitória, a exclusão da categoria médica do corpo destas residências foi entendida como perda. Esta MP é transformada em lei, ainda em julho de 2005 – Lei n.º 11.129 – e tem sua regulamentação aprovada por portaria interministerial, em 3 de novembro de 2005. A partir desta aprovação e da criação anterior da Comissão Intersetorial de Recursos Humanos (CIRH), subordinada ao Conselho Nacional de Saúde, integrada pelo Ministério da Saúde e o Ministério da Educação, foi idealizado o I Seminário Nacional de Residências Multiprofissionais em Saúde (BRASIL, 2005).

Para esse Seminário foram convidados os programas de especialização multiprofissional em saúde na modalidade de residência (apoiados pelo Ministério da Saúde, em todo o território nacional) e os principais segmentos envolvidos no processo de construção das residências multiprofissionais em saúde, pois uma das estratégias era aproveitar as experiências acumuladas por esses programas para se somar ao debate proposto. Atualmente, o Ministério da Saúde investe R\$ 49.766.636,87 na formação de 1.558 profissionais de saúde, em vinte e dois programas de Residência Multiprofissional e em área profissional de saúde.

Entre os mais de cento e cinquenta participantes, estiveram presentes representantes do Ministério da Saúde; Ministério da Educação (Comissão Nacional de Residência Médica – Departamento de Residências Médicas – Secretaria de Ensino Superior); Conselho Nacional de Saúde; Fórum Nacional de Educação das Profissões da Área da Saúde; Fórum de Entidades Nacionais dos Trabalhadores da Área da Saúde; Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde; Conselho Nacional de Secretários de Saúde; Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS; Executivas Nacionais dos Cursos da Área da Saúde; e coordenadores, residentes, secretários municipais e estaduais de saúde envolvidos nos programas de Residência Multiprofissional e em áreas profissionais de saúde, apoiados pelo DEGES/SGTES/MS.

A temática desenvolvida no Seminário, além das mesas redondas de problematização, foi dividida em quatro blocos, onde trabalharam diferentes grupos com interesses devidamente mesclados, da seguinte maneira (MINISTÉRIO DA SAÚDE/DEGES, 2006):

1. Estratégias para a construção da multidisciplinaridade, visando atender o preceito constitucional da integralidade.
2. Construção de diretrizes nacionais para a Residência Multiprofissional em Saúde.
3. Composição da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde, com representações, número de integrantes, acompanhamento e avaliação.
4. Criação do Sistema Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde, que permitirá o registro das instituições, dos programas e dos profissionais residentes, bem como a gestão do Sistema.

Atualmente, estamos recebendo contribuições no *site* do Ministério da Saúde para consolidá-las nos dias 13 e 14 de março de 2006, devolver aos participantes para discussão final e encaminhar para elaboração do decreto que dá forma e funções para a CRNM.



Alguns desafios se colocam:

- Necessidade urgente de legitimar esta conquista do Movimento Sanitário para a construção do SUS, que são as residências multiprofissionais, sob a forma de decreto-lei que garanta o acompanhamento, a avaliação e a acreditação das residências que já existem.
- Ampliação do financiamento para as novas residências multiprofissionais em saúde da família, bem como as de Medicina da Família e Comunidade, na direção de formar quadros, tanto técnicos como especificamente para formar os novos profissionais da graduação com outro estilo de pensamento.
- Promover, com urgência, fóruns de troca de experiências objetivando a elaboração de um programa mínimo e de diretrizes curriculares para a formação destas residências.
- Estimular a criação, por parte do MEC, de uma Secretaria Nacional de Residências, bem como uma comissão, que subordine as residências de todas as profissões da área da Saúde.
- Atribuir a CNRM o papel provisório de legitimar as residências de cada profissão da área da Saúde (exceto a médica, neste momento) enquanto as categorias não se organizam em um conselho próprio;
- Promover a possibilidade de articulação entre as residências médicas e multiprofissionais, especialmente em áreas como Saúde da Família.
- Ampliar vagas financiadas para residências médicas e especialidades prioritárias para o SUS.
- Criação de núcleos de atenção integral em saúde, com financiamento ministerial, permitindo uma ampliação da qualificação do SUS, na forma de inclusão de outros profissionais, dando, conseqüentemente, mais um passo rumo ao preceito constitucional da integralidade.

Referências Bibliográficas

BARATA, R. C. B. A historicidade do conceito de causa. In: ABRASCO. *Textos de apoio: Epidemiologia I*. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1985.

BORDENAVE, J. D. Opções pedagógicas. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Ação Participativa: capacitação de pessoal*. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1982.

BRASIL. Medida Provisória n. 238, de 1.º de fevereiro de 2005. Dispõe sobre o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – ProJovem, cria o Conselho Nacional de Juventude e cargos em comissão, e dá outras providências. *Lex: Presidência da República, Casa Civil, subchefia para assuntos jurídicos*.

BRASIL. Lei n.º 11.129, de 30 de junho de 2005. Dispõe sobre o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – ProJovem, cria o Conselho Nacional de Juventude –(CNJ) e a Secretaria Nacional da Juventude; altera a Lei n.º 10.683, de 28 de maio de 2003, e Lei n.º 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 1 jul. 2005. Seção 1, p. 1.

CORDEIRO, H.; TAVARES, R. As contribuições das ciências sociais ao estudo da tecnologia em saúde. In: NUNES, E. D. *As ciências sociais em saúde na América Latina: tendências e perspectivas*. Brasília: Opas, 1985.

CUNHA, J. P. P.; CUNHA, R. E. Sistema Único de Saúde: princípios. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Gestão Municipal de Saúde: textos básicos*. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2001.

CUTOLO, L. R. A. *Estilo de pensamento em educação médica: um estudo do currículo do curso de graduação em medicina da UFSC*. Tese (Doutorado em Educação)–Pós-graduação em Educação, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2001.

DA ROS, M. A. *Estilos de pensamento em saúde pública: um estudo da produção da FSP/USP e Ensp/Fiocruz, entre 1948 e 1994, a partir da epistemologia de Ludwik Fleck*. Tese (Doutorado em Educação)–Pós-graduação em Educação, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2000.



- _____. A ideologia nos cursos de Medicina. In: MARINS et.al. *Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades*. São Paulo: HUCITEC, 2004.
- _____. A. Uma visão da reforma curricular a partir do movimento sanitário. In: PEREIRA et al. *Da proposta à ação: currículo integrado do curso de Medicina da UFSC*. Florianópolis: Editora da UFSC, 2005.
- ESCOREL, S. M. *Reviravolta na saúde: origem e articulação de movimento sanitário*. Dissertação (Mestrado em Planejamento)–ENSP, Rio de Janeiro, 1987.
- FERREIRA, J. R.; BUSS, P. M. Atenção primária e promoção da saúde. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Gestão Municipal de Saúde: textos básicos*. Rio de Janeiro, 2001.
- KUCINSKI, B.; LEDOGAR, R. J. *Fome de lucros: atuação das multinacionais de alimentos e remédios na América Latina*. São Paulo: Brasiliense, 1977.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Saúde da Família (PSF) e Agentes Comunitários de Saúde (PACS). In: _____. *Gestão Municipal de Saúde: textos básicos*. Rio de Janeiro, 2001.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE/DEGES. Texto de Referência para a Discussão nas Oficinas do I Seminário Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Brasília, 2005. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/TextodeReferência.pdf>. Acesso: em 21 fevereiro 2006>.
- PACHECO, M, V. A. *Planejamento familiar e libertação no Brasil*. Rio de Janeiro: Vozes, 1983.
- SUARIO, E.; PEZZINI, R. B. *Programa de Saúde da Família: de onde viemos, para onde vamos*. 2004. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família/ Modalidade Residência)–Pós-graduação em Saúde da Família, Universidade Federal de Santa Catarina, 2004.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE. *Formação e qualificação do médico de família e comunidade através de programas de residência médica no Brasil, hoje: considerações, princípios e estratégias*. Rio de Janeiro, 2005. Relatório.
- ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A EDUCAÇÃO, A CIÊNCIA E A CULTURA (UNESCO)/DEGES/MS. Proposta de formato de residência em medicina familiar e comunitária acoplada à residência multiprofissional em saúde da família. *Relatório n.º 04, de Marco Aurélio Da Ros*. Brasília, 2005. Relatório.
- UNESCO/DEGES/MS. Relatório da Evolução do Curso de Formação de Formadores de Técnicos em Saúde Comunitária para Pessoal do Campo (CFFTSCPC) e Parecer técnico sobre Especialização e Residência em Saúde da Família. *Relatório n.º 05, de Marco Aurélio Da Ros*. Brasília, 2005. Relatório.
- UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. *Projeto do Programa de Pós-graduação Lato sensu – II Curso de Especialização/Modalidade Residência*. Florianópolis, 2004.



Gestão do Trabalho no SUS¹

Eluiza Helena Leite Arias

Henrique Antunes Vitalino

Maria Helena Machado

Wilson Aguiar Filho

Lucineide Alessandra Miranda da Cruz

Introdução

A gestão do trabalho é uma questão que, na atualidade, tem merecido relevância em todas as instituições que buscam a correta adequação entre as necessidades da população usuária e os seus objetivos institucionais. Pensar em gestão do trabalho, como eixo da estrutura organizacional dos serviços de saúde, significa pensar estrategicamente, uma vez que a produtividade e a qualidade do serviço oferecido à sociedade serão, em boa parte, reflexos da forma e das condições com que são tratados os que atuam profissionalmente na organização.

O Brasil se encontrava, até pouco tempo, entre aqueles países que tratavam com pouca atenção o tema “gestão do trabalho”. No caso específico do setor Saúde, apesar de ser uma área de proteção, regulação e controle do Estado, a realidade brasileira nos mostra uma inadequada e perigosa desarticulação entre saúde como bem público e aqueles que produzem este bem.

Entre os problemas enfrentados por aqueles que lidam com essa questão, destacamos: salários irrisórios, condições precárias de execução das atividades essenciais, ausência de incentivos, de qualificação e especialização e de infra-estrutura adequada, tanto no setor público quanto no privado, para a produção de uma política de valorização profissional, e a descontinuidade dessas políticas, quando existentes. Ressalte-se também que, com raras exceções, o sistema de saúde brasileiro não tem buscado elevar o tema “gestão do trabalho” como estratégia institucional.

Buscando dar respostas a esses problemas, e como forma de valorização dos trabalhadores que atuam no referido setor, o Ministério da Saúde criou, em sua estrutura, a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), organizada em dois Departamentos, um de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde (Degerts) e outro de Gestão da Educação na Saúde (Deges).

Portanto, a partir da criação da SGTES, o Ministério da Saúde efetivamente assumiu o seu papel de gestor federal do SUS no tocante à gestão do trabalho e da educação na saúde, cabendo ao Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde, fundamentalmente, a responsabilidade pela proposição, incentivo, acompanhamento e elaboração de políticas de gestão, planejamento e regulação do trabalho em saúde, no âmbito nacional, bem como pela negociação do trabalho em saúde junto aos segmentos do governo e dos trabalhadores, visando estruturar uma efetiva política de gestão do trabalho nas três esferas de governo, envolvendo os setores público e privado que compõem o sistema e contribuindo, dessa forma, para a promoção da melhoria e humanização do atendimento ao usuário do SUS.

¹ Documento técnico elaborado pelo Departamento de Gestão e da Regulação e do Trabalho em Saúde (Degerts) para subsidiar o Programa de Qualificação e Estruturação do Trabalho no SUS.

Políticas de relações de trabalho no SUS

O estabelecimento de um setor institucional de gestão e regulação do trabalho no Ministério da Saúde obedece à concepção política do atual governo, em que se faz necessário dispor de linhas e diretrizes gerais que ordenem as relações de trabalho no SUS, em conformidade com as normas jurídicas básicas e com os objetivos e os critérios da política nacional de saúde. Sendo o Brasil um Estado Federativo, tendo os estados e municípios autonomia para suprir suas necessidades de manutenção e expansão dos seus próprios quadros de trabalhadores de saúde, entende-se que o Ministério da Saúde deve desempenhar um importante e destacado papel na regulamentação e cooperação técnica de diversos aspectos da gestão do trabalho no sistema.

A gestão e a regulação do trabalho no SUS foram concebidas, em grande parte, de forma empírica e burocratizada, sem o devido entendimento das questões jurídicas, sociológicas e éticas envolvidas nessa questão, o que faz aumentar ainda mais o grau de conflitos na área, que, por si só, costuma ser bastante elevado. Por isto, alguns balizamentos políticos deverão ser estabelecidos para essa área, como, por exemplo, os contidos no Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS e na Proposta de Elaboração das Diretrizes de Plano de Cargos, Carreiras e Salários para o SUS.

Outro objeto de análise está centrado na promoção da qualidade de vida dos trabalhadores e na humanização das relações de trabalho no SUS, entendendo-se que esta tem sido comprometida, ostensivamente, pelo tipo de trabalho extenuante que muitas vezes é obrigado a realizar e por diversos fatores estressantes associados a suas funções quotidianas e a seu ambiente de trabalho, tais como as jornadas de trabalho extremamente prolongadas, má distribuição de tarefas, ações abusivas de autoridade na equipe de saúde, entre outras. Considerando essa realidade, tornam-se necessários promover debates e encontros técnicos entre os gestores do SUS com o fito de selecionar as melhores linhas de ação a serem preconizadas para esse campo relativamente novo da gestão do trabalho, visando definir diretrizes gerais para a promoção da humanização do trabalho e da qualidade de vida dos trabalhadores no âmbito do SUS.

A situação da gestão do trabalho no contexto do SUS

Os desafios para a gestão do trabalho em saúde são muitos. Por isso, devem ser considerados dois referenciais básicos para análise atual: a gravidade da crise de inoperância dos serviços de saúde ante o volume e as exigências das demandas sociais, e a fragilidade dos paradigmas administrativos em uso nas organizações.

Considerando-se esses referenciais, inúmeros problemas foram detectados em pesquisas realizadas no Brasil, na área da gestão do trabalho no SUS, destacando-se a do Conass (2004) e o estudo sobre “Capacidade Gestora de Recursos Humanos em Instâncias Locais de Saúde em Municípios com População Superior a 100 mil Habitantes”, realizada sob coordenação da Rede Observatório de Recursos Humanos, do Instituto de Medicina Social da UERJ (2004).

A pesquisa do Conass (2004) demonstrou que:

- A maioria das estruturas de recursos humanos existentes nas secretarias estaduais de saúde (18) está diretamente vinculada às próprias secretarias; as demais estão vinculadas a órgãos e não às SES ou inexistem como estrutura de RH.
- Menos de 50% das estruturas de recursos humanos possuem, em sua organização, as áreas de administração e desenvolvimento (embora não exista informação se trabalham integradas).
- A grande maioria dos gestores estaduais da área de Recursos Humanos (95%) declarou que a maior parte dos problemas identificados na área (79%) situa-se no campo da Gestão e o restante (21%) no desenvolvimento de recursos humanos.
- Foram apontadas três áreas críticas, na seguinte ordem de prioridade: **estrutura** (carência de pessoal qualificado; falta de recursos financeiros; estrutura física ruim; ausência de um sistema de informação adequado; situação hierárquica ruim da área etc.), **gestão** (remuneração insuficiente; precarização; limites da Lei de Responsabilidade Fiscal;



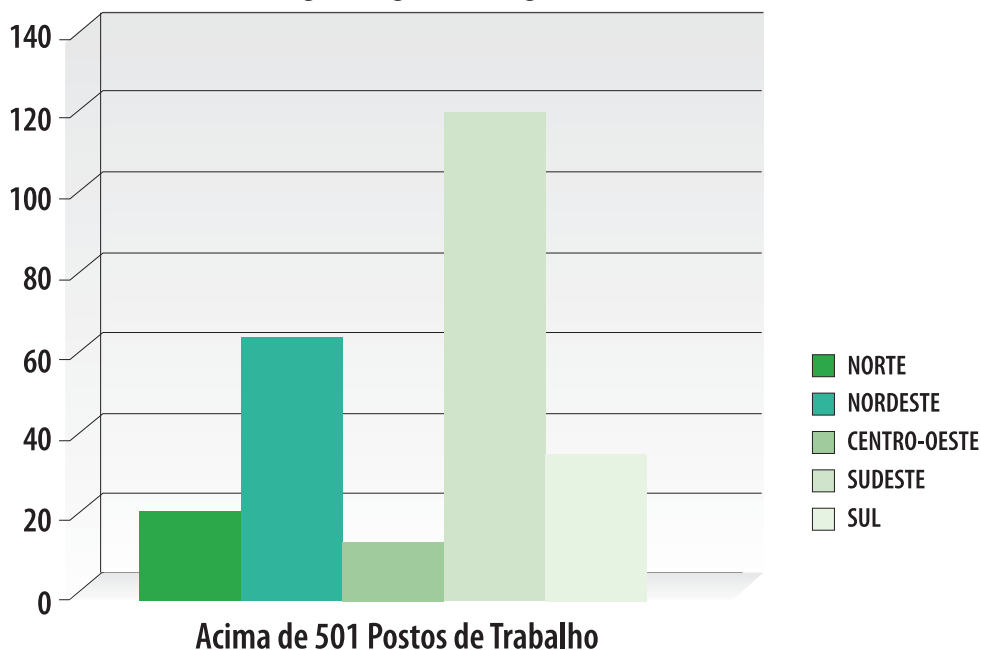
insensibilidade governamental para o setor; ausência de PCCS; ausência de planejamento, programação e diagnóstico; ausência de concurso etc.) e **desenvolvimento** (falta de recursos para desenvolvimento; ausência de política, programa e planejamento de desenvolvimento; fragmentação de atividades; ausência de envolvimento do setor de RH; indefinição dos fluxos de capacitação; ausência de envolvimento da gestão e da gerência).

Já o estudo realizado sob a coordenação do Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde/IMS (2004), que pesquisou 206 municípios com mais de cem mil habitantes, demonstrou que:

- Menos de 10% dos gestores de recursos humanos detêm qualificação formal por meio de especializações relacionadas ao exercício de suas funções.
- Os gestores possuem baixa ou nenhuma autonomia principalmente no que se refere à utilização de recursos orçamentários ou contratação de pessoal.
- O planejamento das ações não está plenamente incorporado à prática dos dirigentes da área.
- A folha de pagamentos constitui-se como principal fonte de dados.
- A maior parte desses dirigentes é do quadro próprio das SMS e apresentam tendência de baixa renovação no cargo, com tempo médio de permanência de 48 meses.

Além desses estudos, dados sobre postos de trabalho públicos demonstram que o maior contingente desses concentra-se na Região Sudeste, enquanto que na Região Norte está o menor contingente. Observa-se, ainda, que nas regiões do Brasil com menor percentual de postos de trabalho – Norte, Centro-Oeste e Nordeste, respectivamente –, os postos de trabalho do setor público se sobrepõem aos do privado (Gráficos 1 e 2).

Gráfico 1
Número de municípios por faixa de postos de trabalho públicos segundo grandes regiões

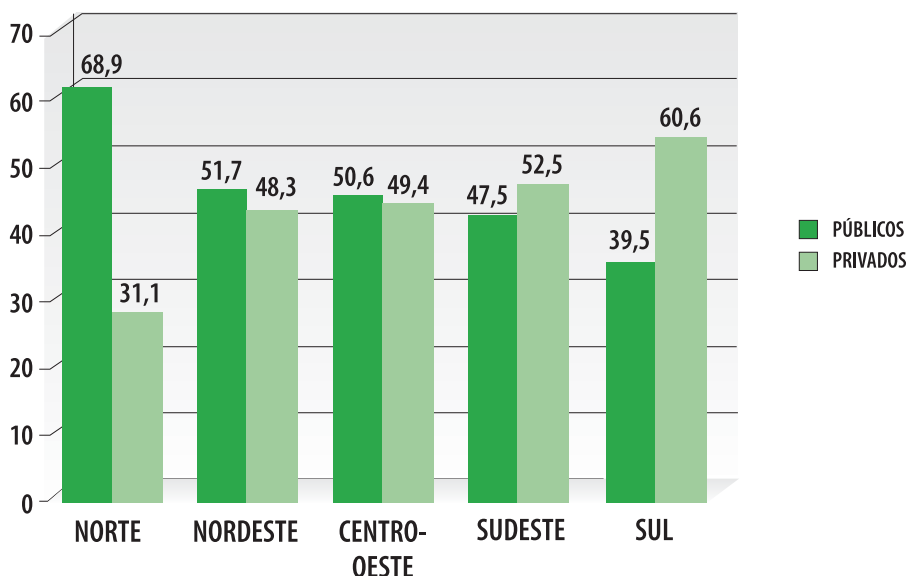


Fontes: IBGE: Estimativas populacionais do Censo Demográfico para o ano de 2002; Sistema Gerencial para Gestão do Trabalho – MS/Degerts – 2005.

Quando se analisam dados sobre o número de municípios com mais de 500 empregos públicos (260 municípios), o problema se visualiza de forma mais contundente, pois a concentração maior dos municípios, em todas as regiões, está na faixa entre 501 a 1.000 empregos públicos (151 municípios), com predominância nas regiões Sudeste (60) e Nordeste (43). Em relação à faixa de municípios com mais de 20 mil empregos públicos, a Região Sudeste tem três dos cinco municípios nessa situação em todo o Brasil (Gráfico 2).



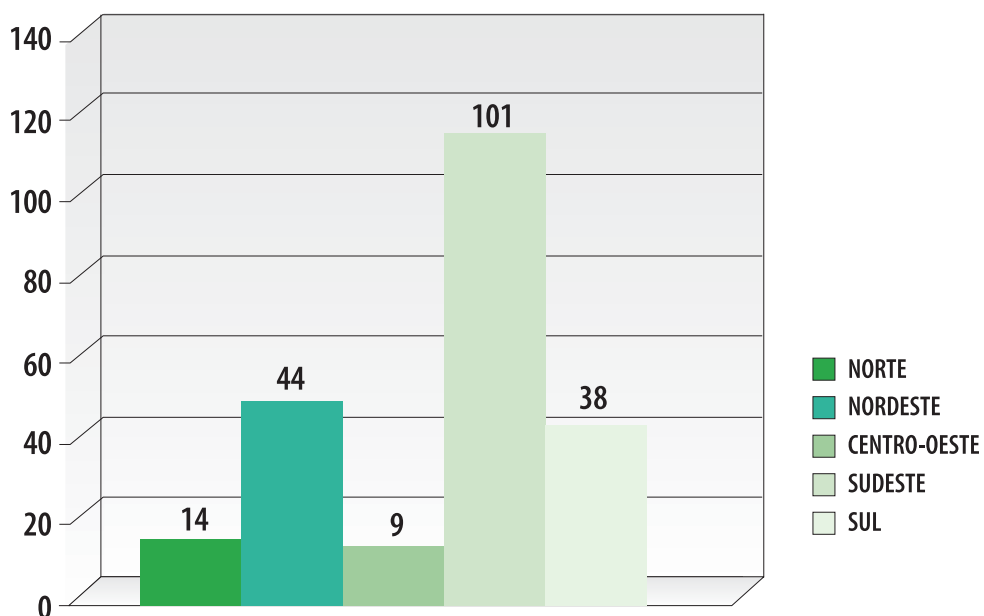
Gráfico 2
Percentual dos postos de trabalho nos municípios das grandes regiões com mais de 500 empregos públicos



Fontes: IBGE: Estimativas populacionais do Censo Demográfico para o ano de 2002; Sistema Gerencial para Gestão do Trabalho – MS/Degerts – 2005.

É compreensível que a concentração esteja localizada na Região Sudeste, pois 6,8% dos municípios estão localizados na Região Norte, 21,4% estão na Nordeste, 49% estão na Sudeste, 18,4% na Região Sul e 4,4% na Região Centro-Oeste (REDE OBSERVATÓRIO DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE, 2004). No entanto, observa-se um baixo número de postos de trabalho em todas as regiões considerando-se o número de municípios e o porte populacional (Gráfico 3).

Gráfico 3
Número de municípios com cem mil ou mais habitantes, segundo a região do País. Brasil – 2000.



Fonte: Fundação IBGE. Censo Demográfico 2000 *apud* RORHES-IMS/UERJ.



Considerações finais

A contextualização dos problemas existentes na área da Gestão do Trabalho no SUS requer a aplicação de políticas direcionadas e a possibilidade de elaboração, e construção de soluções gerais e específicas adequadas aos limites e às potencialidades dos municípios para a gestão do trabalho.

Assim, considerando que o Ministério da Saúde já provocou mudanças na área de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde em sua própria organização – com resultados positivos, e esta área apresenta pouca projeção político-organizacional das atuais estruturas de gestão do trabalho e da educação nas secretarias estaduais de saúde, e a inexistência dessas estruturas em grande parte das secretarias municipais –, o Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde propôs uma política visando à reformulação e estruturação dessas estruturas, mediante o aporte de recursos técnicos e financeiros, numa visão moderna e inovadora de como a questão de recursos humanos na saúde deve ser encarada, mediante efetiva integração entre Gestão do Trabalho e Educação na Saúde.

A proposta tem como objetivo desenvolver o fortalecimento e a qualificação das estruturas de gestão do trabalho e educação em saúde nos estados e municípios. Para tanto, foi elaborado um Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho no SUS. Considerando o contexto das dificuldades existentes já apresentadas nessa área, foi definido que esse Programa abrangeria três componentes assim delineados:

Estruturação da Gestão de Recursos Humanos

Para maior resultado positivo da aplicação do Plano de Qualificação da Gestão dos Recursos Humanos do SUS, há necessidade dessas estruturas apresentarem equipamentos e estrutura física adequados, visto que, muitas estruturas têm sua funcionalidade prejudicada em decorrência de condições inadequadas.

Capacitação de Recursos Humanos para a Gestão do Trabalho no SUS

Desenvolvimento de capacitação, com objetivo de qualificar os técnicos do setor de Recursos Humanos, como também os gestores para que os mesmos tenham instrumentos que os auxiliem na perspectiva da modernização da gestão do trabalho em saúde. Esse Programa prevê trabalho constituído por especialistas nesta área de conhecimento, e envolvimento de estruturas do aparelho formador.

Sistema Gerencial de Informações

Com intuito de fortalecer o processo de gestão do SUS, propõe-se implantar e disponibilizar um sistema que facilite os estados e municípios administrar e gerenciar a área de gestão de recursos. A utilização do Sistema Gerencial de Recursos Humanos estará baseada numa adequação de tecnologias já existentes nas secretarias e tem como objetivo otimizar as tomadas de decisões, além de subsidiar os gestores para a estruturação de planos de carreiras, cargos e salários, atendendo às necessidades das diversas unidades da federação.

Para a elaboração e execução desse Programa, outras ações tiveram de ser operacionalizadas, como a realização de seminários, em parceria com o Conass e Conasems, destinados às secretarias de saúde dos estados e capitais, com o objetivo de sensibilizar e conscientizar os gestores da importância de uma nova política de gestão do trabalho e de educação em saúde; debater temas que apontem para a superação das insuficiências/dificuldades vividas no campo da gestão do trabalho; e dar diagnóstico dos principais problemas existentes na área de Gestão, Planejamento e Informação de Gestão de Trabalho em Saúde por meio das secretarias estaduais e municipais de saúde, além de dados disponíveis do Conass e Conasems.

O Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde/SGTES/MS também se propõe a realizar cooperação técnica para a gestão de recursos humanos por meio de ações de suporte à implementação dos sistemas – de informação e administração.



Referências bibliográficas

BRASIL. Conselho Nacional dos Secretários de Saúde. *Estruturação da Área de Recursos Humanos nas Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal*. Brasília: Conass, 2004.

_____. Ministério da Saúde. *Gestão Municipal de Saúde: textos básicos*. Brasília, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. *Gestão do trabalho e da regulação profissional em saúde: agenda positiva do Departamento da Gestão do Trabalho e da Regulação do Trabalho em Saúde*. Brasília, 2005.

JAEGER, M.L.; CECCIM, R.B.; MACHADO, M.H. Gestão do Trabalho em Saúde. *Revista Brasileira de Saúde da Família*, Brasília, v. 7, p. 86-103, jan. 2003/abr. 2004.

MACHADO, M.H. Gestão do trabalho em saúde no contexto de mudanças. *RAP*, Rio de Janeiro, v. 34, n. 4, p. 133-146, jul./ago. 2000.

REDE OBSERVATÓRIO DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE. Instituto de Medicina Social. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. *Capacidade gestora de recursos humanos em instâncias locais de saúde em municípios com população superior a 100 mil habitantes*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2004.



Gestão do trabalho em Saúde na Amazônia Legal¹

Mariângela de Almeida Mota

Eliane dos Santos de Oliveira

Maria Helena Machado

Zaira Geribello de Arruda Botelho

Maria Fernanda Monzo Luporini

Introdução

A Amazônia Legal é uma construção geopolítica estabelecida pela Lei n.º 1.806, de 6 de janeiro de 1953. A Amazônia brasileira passou a ser chamada Amazônia Legal, pela necessidade de o governo planejar e promover o desenvolvimento da Região. Em 1966, o conceito de Amazônia Legal é reinventado para fins de planejamento.

A Amazônia Legal abrange 61% do território nacional totalizando aproximadamente cinco milhões de quilômetros quadrados, englobando os estados do Amazonas, Amapá, Acre, Oeste do Maranhão, Mato Grosso, Rondônia, Pará, Roraima e Tocantins. Segundo o último Censo Demográfico (FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2000), a população estimada é de 21 milhões, ou seja, 12,4% da população nacional, o que significa dizer, a menor densidade populacional do País (4 hab/km²). Por outro lado, a Região possui uma densidade demográfica ribeirinha bastante significativa, em decorrência da importância dos rios como via de transporte e comunicação. Possui também a maior bacia hidrográfica do mundo, estendida para sete países vizinhos, com os quais faz fronteira.

Características socioeconômicas

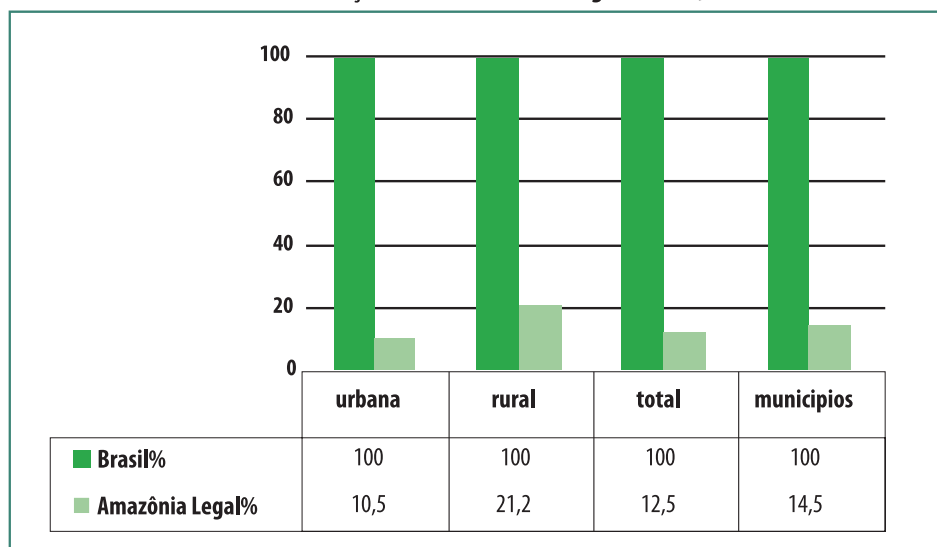
Desde as décadas de 70 e 80, vem se observando uma importante expansão populacional dos estados que integram a Amazônia Legal. Registram-se crescimento na ordem de 53,3% na Região Norte e 38,4% na Região Centro-Oeste, fruto, certamente das migrações para as novas fronteiras agrícolas, incentivadas a partir da estruturação de grandes projetos econômicos. A base econômica regional possui um leque amplo e diversificado de atividades que vai desde o extrativismo vegetal tradicional, garimpagem, à produção mineral avançada (a terceira maior do País) e produção industrial de artigos eletroeletrônicos. Estima-se, segundo o IBGE, que em torno de 200 mil famílias estejam ligadas ao extrativismo na Região (FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2000).

Em períodos mais recentes houve grandes transformações socioambientais na Amazônia Legal, com intenso crescimento demográfico e desordenada ocupação de seus espaços com aceleradas tendências migratórias internas no sentido rural-urbano. Observa-se também que dos 805 municípios integrantes da Amazônia Legal, 335, ou seja, 41,6% têm população inferior a dez mil habitantes e três municípios, ou seja, apenas 0,3% possuem mais de 500 mil habitantes.

Estimativas populacionais baseadas no último censo demonstram que, em 2005, a Região representava apenas 10,5% da população brasileira urbana e 21,2% da rural (Gráfico 1).

¹ Documento técnico elaborado pela equipe do Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde (Degerts) para subsidiar o eixo temático do Degerts: Amazônia Legal e Gestão do Trabalho no SUS.

Gráfico 1 - Relação entre a Amazônia Legal e Brasil, 2002



Fonte: IBGE, Estimativas do Censo Demográfico para 2002.

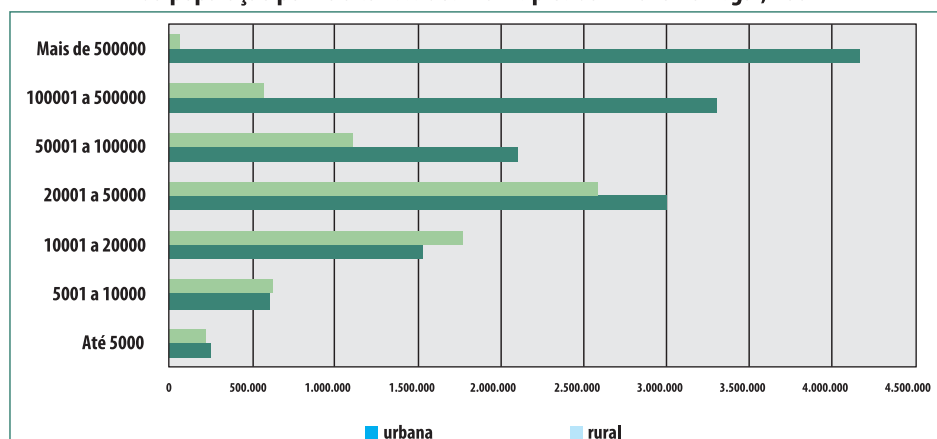
Tabela 1- População residente nas áreas urbana e rural segundo o tamanho da população dos municípios da Amazônia Legal, 2002

Tamanho da população dos municípios (hab)	População residente			Número de Municípios	
	Urbana	Rural	Total	Abs.	%
Amazônia Legal	14.946.443	6.924.487	21.912. 565	805	100,0
Até 5000	251.437	220.448	502.180	156	19,4
5001 a 10000	601.889	623.384	1.225.273	179	22,2
10001 a 20000	1.532.114	1.769.311	3.312.818	227	28,2
20001 a 50000	2.999.657	2.573.561	5.573.218	176	21,9
50001 a 100000	2.103.326	1.104.821	3.208.147	44	5,5
100001 a 500000	3.298.669	573.969	3.872.638	20	2,5
Mais de 500000	4.159.351	58.993	4.218.297	3	0,3

Fontes: IBGE, Estimativas para 2002 do Censo Demográfico.

Embora a maioria da população brasileira esteja mais concentrada nas áreas urbanas (75,5%), a taxa de urbanização da Amazônia Legal é mais baixa (57,8%) se comparada ao restante das regiões do País. Nota-se que nos municípios de pequeno porte a população rural é maior que a urbana (Gráfico 2).

Gráfico 2 - População residente nas áreas urbana e rural segundo o tamanho da população por habitantes dos municípios da Amazônia Legal, 2002



Fonte: IBGE, Estimativas do Censo Demográfico para 2002.



O trabalho em saúde na Amazônia Legal

De acordo com a recomendação da OMS e segundo a Portaria GM/MS nº. 1.101, de 12 de junho de 2002 (BRASIL, 2002), a média ideal é de um médico para cada mil habitantes. No Brasil, a média nacional é de um médico para 1.712 habitantes. Entretanto, na Região Amazônica essa taxa é bem inferior, chegando a um patamar de um médico para cada /8.400 habitantes. Vejamos os dados por alguns estados: no Acre a média é de 1/3.826 hab.; no Pará, 1/5.907 hab.; e, em Rondônia a situação é ainda mais crítica, ou seja, 1/51.997 habitantes.

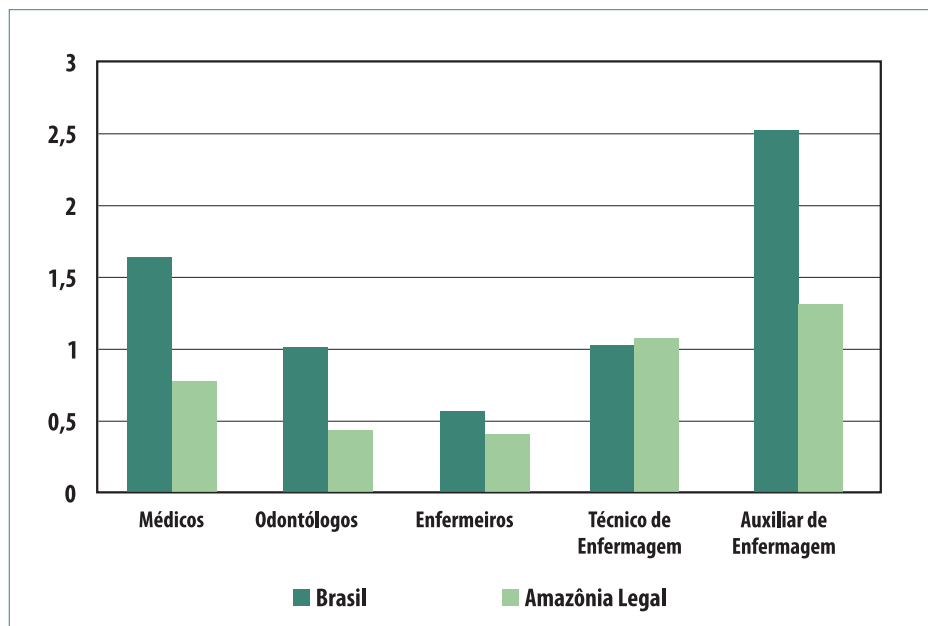
Vale destacar ainda, que existem alguns municípios da Região onde não há médicos disponíveis, sendo suprida, temporariamente, por contratações de médicos estrangeiros. Em alguns municípios esta situação de emergência, por vezes, se torna duradoura, contribuindo, assim, para uma precarização dos vínculos de trabalho dos profissionais no SUS.

O documento aprovado no *III Encontro dos Gestores de Saúde da Região Norte e II Congresso de Gestores Municipais de Saúde do Pará*, realizado em 2001 já dispunha de propostas para a normatização da entrada de mão-de-obra médica estrangeira, respeitando os critérios de necessidade dos municípios que integram a Região Amazônica, a partir de convênios para territórios definidos, prazo determinado condicionado, avaliação da oferta de recursos humanos considerando número de médicos estrangeiros na Região Norte e a proporção médico/população. Contudo, sabe-se que esta questão é polêmica e exige esforço e discussão entre o Estado, a corporação médica e os próprios gestores locais envolvidos no assunto.

O Tratado de Cooperação Amazônica (TCA) assinado em Brasília, em 3 de julho de 1978, pelos oito países amazônicos (Bolívia, Brasil, Colômbia, Equador, Guiana, Peru, Suriname e Venezuela) prevê a colaboração entre os países membros por meio de ações bilaterais ou de grupos de países para temas específicos; entre eles, os cuidados com a saúde.

Dados dos CONPROF (2004) e dos Conselhos Federais da área da Saúde demonstram nítidas desproporções entre as médias nacionais e as dos estados amazônicos para todas as categorias profissionais de saúde por mil habitantes (Gráfico 3).

Gráfico 3- Relação profissionais por 1000 habitantes
Região Amazônia Legal, 2004



Fonte: Conprof/Degerts/MS – Tabulação elaborada a partir de dados fornecidos pelos conselhos federais das categorias, 2004.

Embora a Resolução n.º 189/96 do Cofen disponha que a necessidade de profissionais da área de Enfermagem seja baseada na estrutura organizacional e física das unidades; dos tipos de serviço e/ou programas; da tecnologia e complexidade dos serviços, entre outras características; na Região da Amazônia Legal, observa-se que, da equipe, apenas a categoria de técnico em enfermagem possui uma relação próxima à média nacional, que é de 1,02 técnicos por mil habitantes (Tabela 2). Apenas os estados do Amazonas (1,40), Amapá (2,67), Tocantins (2,12) e Maranhão (1,08) apresentam taxas acima da média no País. Com exceção de Roraima, os demais estados da Amazônia Legal têm taxas de auxiliares de enfermagem/habitantes inferiores à média brasileira de 2,52.

Tabela 2 - Profissionais por 1000 habitantes- Região Amazônia Legal, 2004

UF	Médico	Odontólogo	Enfermeiro	Nutricionista	Téc. de Enfermagem	Aux. de Enfermagem
Rondônia	0,72	0,45	0,33	0,04	0,47	1,97
Acre	0,76	0,45	0,69	0,04	0,38	1,97
Amazonas	0,93	0,41	0,39	0,05	1,40	0,95
Roraima	1,36	0,55	0,47	0,07	0,62	3,77
Pará	0,76	0,37	0,43	0,10	0,88	1,67
Amapá	0,79	0,42	0,50	0,08	2,67	0,83
Tocantins	0,85	0,62	0,42	0,04	2,12	0,82
Maranhão	0,55	0,24	0,27	0,02	1,08	0,65
Mato Grosso	1,05	0,89	0,52	0,17	0,94	1,74

Fontes: CONPROF/DEGERTS/MS-Tabulação elaborada a partir de dados fornecidos pelos Conselhos Federais das Categorias, 2004.

Segundo pesquisa do Conass (2004a), na administração direta predomina como modalidade de contrato o Regime Jurídico Único (RJU), com 262.669 trabalhadores de saúde ativos, 76,2% do total; seguido da contratação por tempo determinado, 29.748 (8,6% dos vínculos); CLT, 18.279 (5,3%) e cargos em comissão, 14.656, 4,2% (Tabela 3).

Tabela 3 - Trabalhadores de Saúde da administração direta por modalidade de vínculo segundo Brasil e unidades da federação - Região da Amazônia Legal

Brasil e Unidades da Federação	Total	Cargos em comissão	RJU	CLT	Cooperativas	Contrato por tempo determinado	Sem informação
Brasil	344.717	14.656	262.669	18.279	4.171	29.748	15.194
Rondônia	4.005	169	3.741	10	0	85	-
Acre	5.121	16	4.816	289	-	-	-
Amazonas	15.194	-	-	-	-	-	15.194
Roraima (1)	4.048	141	-	-	2.868	1.039	-
Pará	8.236	140	4.649	-	-	3.447	-
Amapá (2)	2.121	85	2.012	-	-	24	-
Tocantins (3)	5.784	2.290	3.251	-	-	243	-
Maranhão	6.498	266	6.232	-	-	-	-
Mato Grosso	3.604	194	3.299	-	-	111	-

Fontes: Secretarias estaduais de saúde, 2003 (adaptada).

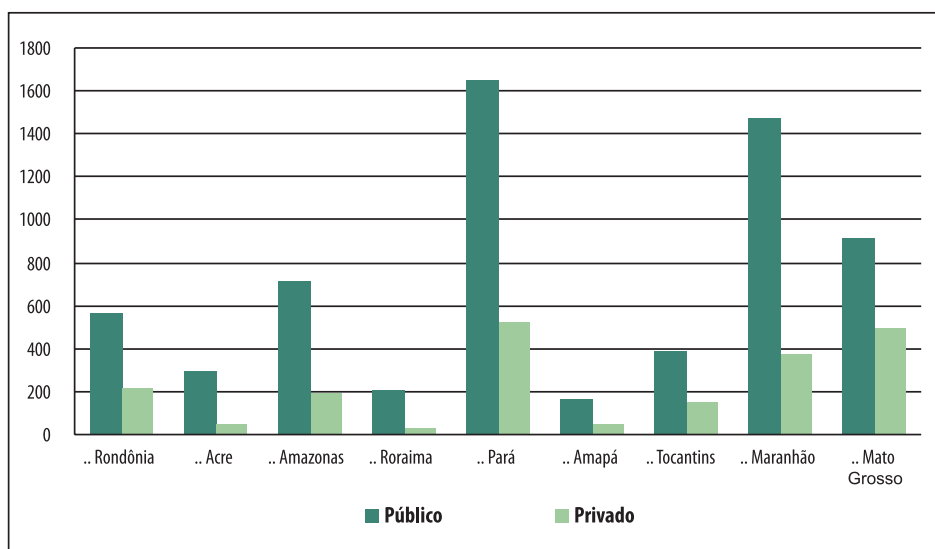
Observações: Fazem parte, além do quadro para cada estado, as seguintes seguintes configurações na área de recursos humanos:

- (1) 15 servidores federais, sendo seis de nível superior e nove de nível médio;
- (2) 2.199 servidores federais, sendo 327 de nível superior; 1.432 de nível médio, 50 estagiários e 440 de nível elementar;
- (3) 42 servidores da Funasa, sendo seis de nível superior e 37 de nível médio.

Em 2002, dados da AMS/Ibge apontavam 2.180.598 empregos vinculados aos estabelecimentos de saúde no Brasil, 54,7% no setor público (1.193.483 empregos) e 45,3% (987.115) no setor privado.

Nos estados de Roraima, Acre, Amapá e Amazonas a proporção de empregos públicos alcança mais de 80% do total da força de trabalho na Região (Gráfico 4). Já nos estados de regiões mais desenvolvidas economicamente, o setor privado detém mais de 50% dos empregos (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2004b).

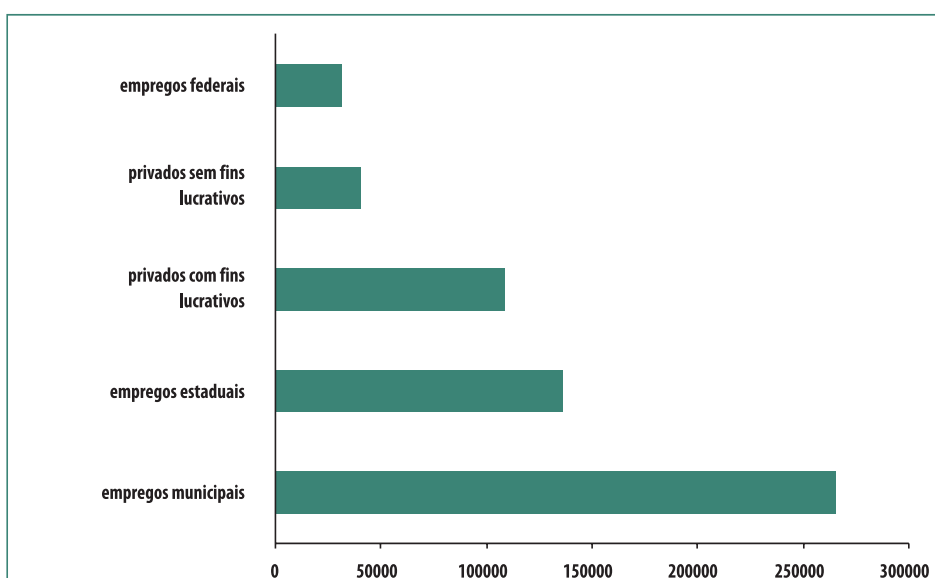
Gráfico 4
Estabelecimentos de Saúde por entidade mantenedora
Região Amazônia Legal, 2002



Fonte: Ibge, Pesquisa Assistência Médico Sanitária, 2002.

Na Região da Amazônia, o setor público é responsável por 74% da oferta de trabalho em saúde e o setor privado emprega apenas 26% da força de trabalho em saúde (Gráfico 4). Segundo dados da pesquisa do Conass (BRASIL, 2004a), os empregos privados dividem equitativamente com o setor público os empregos das regiões Sudeste e Sul. Outra diferença apontada em levantamento da AMS é a desproporção entre oferta de empregos da área privada com e sem fins lucrativos na Região Amazônica, o que não acompanha o restante do País.

Gráfico 5 - Empregos por esfera Administrativa Região da Amazônia Legal - 2002



Fonte: Ibge, Pesquisa Assistência Médico Sanitária, 2002.

O gráfico 5 mostra a distribuição, por natureza jurídica, dos empregos na Região da Amazônia Legal e a expressiva predominância dos serviços de saúde na administração direta (MS/SES/SMS).

Quanto ao número de empregos por grupos de ocupação em saúde observa-se que, no Brasil, o total de empregos de nível superior predomina sobre as categorias de técnico/auxiliar, elementar e administrativo (Tabela 4). Nos estados da Amazônia Legal essa distribuição de empregos por categoria assume comportamento diverso, sendo que as categorias de técnico/auxiliar e administrativo são as mais numerosas (IBGE, AMS, 2002 e estimativas para 2002 do Censo Demográfico).

Tabela 4 - Empregos por ocupação na área de saúde - Região Amazônia Legal, 2002

Brasil, Região por porte populacional dos municípios (hab)	Empregos por Grupos de Ocupação				
	Superior	Téc./Aux.	Elementar	Administrativo	Total
Brasil	729.747	624.331	244.809	581.711	2.180.598
Amazônia Legal	48.352	56.098	45.064	54.680	204.194
Relação A/B (%)	6,6	9,0	18,4	9,4	9,3
Até 5000	828	1.076	1.674	1.212	4.790
5001 a 10000	1.456	2.072	4.032	2.258	9.818
10001 a 20000	3.787	5.330	8.126	5.152	22.395
20001 a 50000	6.591	8.946	13.648	9.004	38.189
50001 a 100000	4.693	6.363	5.960	6.161	23.177
100001 a 500000	10.448	11.461	6.146	11.571	39.626
Mais de 500000	20.549	20.850	5.478	19.322	66.199

Fontes: IBGE, Pesquisa Assistência Médico Sanitária, 2004 e estimativas do Censo Demográfico, 2002 (adaptada).

A portaria GM/MS n.º 1.101/02 preconiza o índice de 2,5 a 3,0 leitos por mil habitantes. Em 2002, o índice do número de leitos por mil habitantes disponíveis no SUS, no Brasil, era de 2,05 e na Amazônia Legal apenas 1,86 (FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA/AMS, 2002). O número total de leitos hospitalares disponíveis ao SUS totalizava, no País, 357.252, que representava 75,8% do total de leitos disponíveis. Já nos estados da Amazônia Legal a percentagem de leitos disponíveis ao SUS era de 81,1% (Tabela 5).

Tabela 5 - Leitos por 1.000 habitantes segundo Unidades da Federação - Região da Amazônia Legal - 2002

Brasil e Unidades da Federação	Total		Disponíveis ao SUS	
	N. absolutos	(%)	Por 1.000 hab	(%)
Brasil	471.157	357.252	75,8	2,70
Amazônia Legal	50.165	40.682	81,1	2,29
Rondônia	3.361	2.475	73,6	2,35
Acre	1.582	1.407	88,9	2,70
Amazonas	4.697	3.825	81,4	1,59
Roraima	780	570	73,1	2,25
Pará	13.494	10.059	74,5	2,09
Amapá	856	732	85,5	1,66
Tocantins	2.859	2.440	85,3	2,37
Maranhão	14.750	13.349	90,5	2,54
Mato Grosso	7.786	5.825	74,8	2,99

Fontes: IBGE, Pesquisa Assistência Médico Sanitária, 2002.



A Região da Amazônia Legal tem a menor taxa de leitos/habitante de todo Brasil, além de possuir a menor cobertura de serviços de saúde, se comparada com as demais regiões do País: 19% dos municípios contam com um único posto de saúde como referência de serviços de saúde e 30 deles não possuem nenhuma unidade de saúde (FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA/AMS, 2002) apenas os estados de Rondônia, Roraima, Pará e Mato Grosso possuem índices de número de leitos disponíveis ao SUS menores que a média nacional.

Nesse contexto, não só o setor privado tem pouca importância relativa, como o perfil do setor público difere amplamente do encontrado no resto do Brasil – a atuação direta do Ministério da Saúde na prestação de serviços básicos de saúde e a participação das Forças Armadas na assistência à população, em geral, ocorre em dimensão não registrada em outras áreas do País.

Os estados da Região Amazônica apresentam os maiores números de contrato de pessoal de nível elementar e médio, sendo que somente o Estado de Tocantins apresenta distribuição segundo nível de ocupação semelhante ao total nacional (Tabela 6).

Tabela 6 - Trabalhadores de saúde da administração direta, por nível de escolaridade segundo unidades da federação - Região Amazônia Legal

Regiões e Unidades da federação	Total	Superior	Médio	Elementar	Não informado
Brasil	344.717	110.393	137.307	91.467	5.550
Rondônia	4.005	1.110	600	2.295	-
Acre	5.121	1.336	3.785	-	-
Amazonas	15.194	2.631	6.951	5.612	-
Roraima	4.048	750	2.930	368	-
Pará	8.236	2.207	3.847	2.182	-
Amapá	2.121	747	1.055	319	-
Tocantins	5.784	2.545	2.227	1.012	-
Maranhão	6.498	4.101	2.397	-	-
Mato Grosso	3.604	1.493	1.645	466	-

Fontes: Secretarias Estaduais de Saúde, 2003 (adaptada).

Os parâmetros de coberturas assistenciais estabelecidos pela Portaria n.º 1.101/GM, de 12 de junho de 2002 (BRASIL, 2002), para estados e municípios, constituem-se em instrumentos de planejamento, controle, regulação, priorização de ações e avaliação para os gestores dos três níveis de governo e, embora representem um padrão de referência, segundo recomendações técnicas, a aplicação desses parâmetros deve sofrer adequações conforme as realidades epidemiológicas e financeiras de cada região e/ou local do País.

Dados da Avaliação Normativa do Programa Saúde da Família no Brasil, revelaram que em 2004 a Região Amazônica possuía um total de 1.582 equipes de Saúde da Família. Embora a pesquisa demonstrasse a existência de elevados percentuais de equipes que contavam com os profissionais de composição mínima estabelecida pelo Ministério da Saúde, a descrição do quadro para cada uma das categorias profissionais, desagregada por região, demonstrou a existência de distorções importantes, especialmente quanto à existência de médico e enfermeiro na equipe de Saúde da Família (DAB/Ministério da Saúde) (BRASIL, 2004b).

Segundo dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2004b), entre as 15 unidades federativas que tinham 5% das equipes funcionando sem médico, estavam os estados do Acre (32%), Rondônia (81%), Amapá (8,3%), Pará (7,7%) e Maranhão (5,0%). Percentuais superiores a 5% das equipes que não tinham auxiliares de enfermagem no País foram observados apenas em quatro estados, entre eles: Rondônia (11,2%), Amazonas (7%) e Roraima (6,5%). Outro dado relevante refere-se ao fato de que em Rondônia, 5,6% das equipes não contavam com agentes comunitários.

Este quadro aponta uma série de dificuldades, como a necessidade de efetiva capacitação, descentralizada, dos agentes comunitários de saúde, incluindo-se as especificidades locais, culturais e étnicas das diferentes populações, para que esses trabalhadores possam responder às demandas de sua localidade.

A Carta de Santarém (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE, 2002) já propunha, em seu documento síntese, a redução da área de cobertura de cada agente comunitário de saúde para 200 pessoas, com a finalidade de adequar a estratégia da Saúde da Família às especificidades regionais, sobretudo às dificuldades de deslocamento, à dispersão populacional e às grandes distâncias. Não obstante, o preconizado pela Portaria GM/MS n.º 1.011, de 12 de junho de 2002 (BRASIL, 2002), seja de 1/150 a 250 famílias, a Portaria GM/MS n.º 1.434, de 14 de julho de 2004 (BRASIL, 2004c), definiu como parâmetro para as zonas rurais dos municípios da Amazônia Legal que os agentes comunitários de saúde acompanhassem no mínimo 280 e, no máximo 320 pessoas.

Considerações finais: Amazônia Legal como prioridade de governo

A adoção de estratégias de desenvolvimento regional com vistas à diminuição de desigualdades, de equalização de oportunidades e da correção de iniquidades entre as regiões que compõem o Brasil, se constitui em um imenso desafio para o desenvolvimento integrado do País.

Na Amazônia, a complexa e necessária articulação entre o desenvolvimento local (intensivo, que gera oportunidades econômicas e mudanças culturais no nível local) e a articulação com o âmbito macro das políticas socioeconômicas do País é uma das diretrizes que deve ser buscada pelos formuladores de políticas públicas.

O governo Lula tomou o desafio do desenvolvimento regional como um eixo político-estratégico do plano de ação, e a Amazônia Legal, dadas as suas especificidades, se apresenta como uma prioridade (BRASIL, 2003b). O Plano de Desenvolvimento Sustentável da Amazônia (PAS), aprovado e assinado por meio de um Termo de Cooperação entre o presidente e os governadores, é coordenado pelo Ministério da Integração e pela Secretaria-Executiva do Ministério do Meio Ambiente, contem cinco eixos: 1) produção sustentável com tecnologia avançada; 2) novo padrão de financiamento; 3) gestão ambiental e ordenamento territorial; 4) infra-estrutura para o desenvolvimento 5) inclusão social e cidadania. A Saúde se insere no eixo da Inclusão Social e Cidadania e, no Ministério da Saúde, a coordenação do processo está a cargo da Secretaria-Executiva.

O Ministério de Saúde, a partir de um grupo de trabalho de diversas áreas, elaborou o Plano de Ações da Saúde para a Amazônia Legal, estruturado a partir de seis macro-eixos, a saber:

1. Educação e trabalho em saúde;
2. Saúde indígena e outras populações em situação de vulnerabilidade;
3. Gestão descentralizada e participativa;
4. Atenção à saúde;
5. Ciência, tecnologia e inovação;
6. Vigilância em saúde.

Entre os principais problemas que compõem o quadro de ações prioritárias do Plano, no que se refere à área de Educação e Gestão do Trabalho, estão: a deficiência na formação e a ausência de educação permanente para os trabalhadores, gestores e conselheiros de saúde; ausência de política de gestão do trabalho que atenda aos princípios e diretrizes do SUS; a precariedade das estruturas gestoras para a efetivação das funções de gestão, planejamento, programação, regulação, controle e avaliação, e baixa qualidade dos dados e dificuldades no fluxo de informações.

O Plano também relaciona entre as ações prioritárias: a) adequar os planos regionais de investimento para orientar a alocação de recursos com base no desenvolvimento sustentável e na expansão e interiorização da atenção à saúde; b) ampliar e qualificar a oferta de ensino profissional nos diferentes níveis de forma a atender a realidade local, c) constituir política de gestão, regulamentação e regulação do trabalho em saúde.

Entre as estratégias prioritárias da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde para enfrentar os principais problemas levantados pelos estados da Região estão: a interiorização dos profissionais, garantindo a inserção em áreas de difícil acesso e propiciando-lhes formação



adequada e de caráter permanente; ampliação e qualificação da oferta de ensino profissional nos diferentes níveis de forma a atender a realidade local e a constituição de uma política de gestão, regulamentação e regulação do trabalho em saúde.

Também está prevista a “revisão de critérios para exame de ingresso nas universidades, para ampliar o acesso da população local ao ensino superior” bem como o estabelecimento de estágios obrigatórios para estudantes da área da Saúde da Região e sensibilização dos futuros profissionais para as necessidades da saúde na Região.

Mais especificamente, no âmbito do Degerts, a constituição do Comitê de Desprecarização do Trabalho no SUS, que visa eliminar o trabalho precário e a criação da Comissão Especial para elaboração de uma proposta preliminar de Diretrizes Nacionais do PCCS-SUS (Portaria Ministerial n.º 626, de 8 de abril de 2004), buscou construir viabilidades para a adoção de uma política nacional para a carreira do SUS. As diretrizes do PCCS-SUS têm como objetivos: orientar a organização dos trabalhadores do SUS em estrutura de carreira, observando os requisitos de valorização do trabalhador mediante equidade de oportunidades de desenvolvimento profissional; alocação profissional conforme as necessidades do Sistema e o atendimento a municípios e regiões especialmente carentes.

Quanto à Amazônia Legal, estão previstas nas diretrizes, gratificações para profissionais que trabalhem em áreas de difícil acesso, com o objetivo de garantir sua fixação. Além disso, se entende que estas diretrizes, quando adotadas pelos estados e municípios na elaboração de seus planos de carreira, deverão estabelecer uma identidade única dos trabalhadores do SUS. Por outro lado, pretende-se, a partir dessas diretrizes, traçar diretrizes específicas para a Amazônia Legal, vinculando o trabalhador à localidade específica, porém com base de inserção mais ampliada, permitindo a construção de uma Carreira Nacional de Base Local.

Com isso, acredita-se que se construirão bases sólidas de inserção do trabalhador no SUS da Amazônia Legal, assegurando melhoria na qualidade da atenção à saúde prestada à população regional.

Referências Bibliográficas

BRASIL. Ministério da Integração Nacional. Lei n.º 1.806, de 6 de janeiro de 1953. Dispõe sobre o Plano de Valorização Econômica da Amazônia, cria a Superintendência para sua execução, e dá outras providências. Disponível em: <www.integracao.gov.br/docs/fundos_fiscais/legislacao_vol_02.doc>.

_____. Ministério da Integração Nacional. Lei n.º 5.173, de 27 de outubro de 1966. Dispõe sobre o Plano de Valorização Econômica da Amazônia; extingue a Superintendência do Plano de Valorização Econômica da Amazônia (SPVEA), cria a Superintendência do Desenvolvimento da Amazônia (Sudam), e dá outras providências. Disponível em: <www.integracao.gov.br/fundos/fundos_fiscais/legislacao/lei_5173.htm>.

_____. Ministério da Integração Nacional. *Plano Amazônia Sustentável (PAS): diagnóstico e estratégia*. Brasília, abr. 2004a. v. 1.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. *Avaliação Normativa do Programa Saúde da Família no Brasil: monitoramento da implementação e funcionamento das equipes de saúde da família: 2001-2002*. Brasília, 2004b.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n.º 1.434. Brasília, 2004c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Gestão do Trabalho e da Regulação Profissional em Saúde. *Agenda Positiva do Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde*. Brasília, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Sistema de Dados dos Conselhos Federais de Saúde. CONPROF. Brasília, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Portaria GM/MS n.º 626. Brasília, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n.º 2.430. Brasília, 2003a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva, Departamento de Apoio à Descentralização. *Saúde Amazônia: relato de processo, pressupostos, diretrizes e perspectivas de trabalho para 2004*. Brasília, 2003b.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n.º 1.101. Brasília, 2002.

Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Censo Demográfico (IBGE), 2000. Disponível em: <www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2000/default.shtm>.

_____. 2002. Disponível em: <www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaoodevida/ams/default.shtm>.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. *Estruturação da área de recursos humanos nas secretarias de saúde dos estados e do Distrito Federal*. Brasília, 2004a. 220 p. (Conass Documenta, v.1).

_____. *Recursos Humanos: um desafio do tamanho do SUS*. Brasília, 2004b. 28 p. (Conass Documenta, v. 4).

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE (Conasems). IV Documento da Amazônia, 2002. Síntese de Propostas – Documento aprovado durante o III Encontro de Gestores de Saúde da Região Norte e II Congresso de Gestores Municipais de Saúde do Estado do Pará. Santarém, out./nov. 2002. Disponível em: <www.conasems.org.br/jornais/ed72.pdf>.

OLIVEIRA, P. T. R. *O Sistema Único de Saúde, descentralização e desigualdade regional: um enfoque sobre a região da Amazônia legal*. 2005. 20 f. il. Tese (doutorado)–Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, ENSP, 2005.



Regulação do Trabalho em Saúde¹

Maria Teresa de Almeida Mota Soares

Maria Helena Machado

Hilbert David de Oliveira Sousa

Wilson Aguiar Filho

Mariangela de Almeida Mota

Aïda El-Khoury de Paula

Introdução

Este texto tem por objetivo discutir como se dá o processo de regulação do exercício profissional no Brasil, relativo à área da Saúde. Para tal fim, são apresentadas noções sobre regulação e regulamentação do trabalho, a partir de uma perspectiva teórica. Identificam-se tipos de regulação, objetos, fontes, atores principais. Em seguida, discute-se o papel desses atores na regulamentação das profissões de saúde. Dentro do contexto apresentado, situa-se a Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde (CRTS), instância de discussão entre gestores e profissionais de saúde, no âmbito do Ministério da Saúde.

A criação da CRTS é uma iniciativa inovadora do governo Lula, que terá como missão subsidiar a ação do Ministério da Saúde no que diz respeito a temas ligados à regulação do exercício profissional em saúde. Entre os debates a serem realizados em tal instância, destacam-se as reivindicações de reconhecimento de novas ocupações no setor Saúde; a regulamentação de profissões já existentes; a necessidade de formular políticas de regulação do trabalho em saúde, tanto no Brasil como em conjunto com os estados integrantes do Mercosul.

Nocões sobre regulação

O conceito ampliado de saúde introduzido pela Constituição de 1988² Constituição Federal de 1988, que envolve promoção, proteção e recuperação, trouxe novos desafios para o setor. A bipolaridade médico/atendente de enfermagem, característica das décadas anteriores ao SUS, dá lugar ao trabalho multiprofissional e multidisciplinar. A introdução da noção de Saúde Coletiva representa uma transformação decisiva para a saúde pública, na medida em que se passa a dar ênfase à dimensão histórica e social da enfermidade em oposição à individual (BIRMAN apud PÊGO; ALDAY, 2002).

A Estratégia da Saúde da Família introduziu as equipes multiprofissionais – compostas por profissionais de várias áreas de atuação (médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, dentistas, agentes comunitários de saúde). Some-se a isso a redefinição das competências associada ao desenvolvimento de novas tecnologias usadas na assistência de grupos específicos (Aids, Saúde Mental), o que aumenta o escopo de prática das profissões de saúde (SEIXAS, 2002).

¹ Documento técnico elaborado pelo Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde (Degerts) para subsidiar a Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde, 2005.

² Constituição Federal de 1988, Art. 196: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. (BRASIL, 1988, art. 196).

Foi criada, assim, uma nova realidade para a saúde brasileira. Questões como o surgimento de novas profissões e ocupações de saúde, monopólios de práticas, trabalho em equipe, divisões de tarefas dentro dessa equipe passam a fazer parte da rotina dos serviços de saúde. A partir daí começam a surgir conflitos entre profissões, que organizadas em corporações (conselhos e associações), definem o seu campo de atuação, os critérios de entrada no mercado de trabalho, os códigos de ética. Além disso, tais profissões possuem legislação específica quanto à responsabilidade civil e erro profissional – que é julgado em tribunais *ad hoc*.

Assim, é fundamental que o Estado assuma seu papel de gestor e regulador do sistema, baseado na utilidade pública dessa regulação e na garantia da qualidade dos serviços profissionais (GIRARDI, 1999).

Regular significa restringir intencionalmente a livre escolha de um sujeito por meio de uma fonte externa que não as partes diretamente envolvidas (MITNICK, 1989 apud GIRARDI, 2002). O termo regulação trata de políticas disciplinadoras das atividades econômicas e sociais que visam o controle e a prevenção e atenuação das conseqüências dessas atividades para a comunidade.

Especificamente sobre regulação do exercício profissional, são identificados três modelos de regulação (MORAN; WOOD apud NIGENDA; MACHADO, 1997): 1) a auto-regulação: permite aos próprios profissionais definir os mecanismos de entrada no mercado de trabalho; 2) a auto-regulação com sanção estatal: as instituições responsáveis por formular os mecanismos de regulação atuam com o consentimento e apoio do Estado; e 3) a regulação direta do Estado: a autoridade para regular pertence ao Estado.

Segundo Girardi (1999), também podem ser distinguidos objetos quanto à regulação do exercício profissional, tais como: a) entrada no mercado de trabalho (mecanismos de licenciamento, certificação e registro profissional); b) resultados do trabalho profissional (regulações de responsabilidade civil e penal, erro profissional); c) ética profissional – qualidade técnica do trabalho profissional; d) preços de serviços e remunerações e salários profissionais.

Pode-se, também, relacionar quatro formas básicas de regulações, quanto às fontes:

- 1) regulações jurídicas (leis de exercício e regulamentações éticas);
- 2) regulações econômicas (mecanismos e níveis de remuneração);
- 3) regulações administrativas (normas de trabalho);
- 4) regulação social (vindas da comunidade, outros profissionais e poderes compensatórios).

O desafio maior com relação ao processo de regulação do trabalho em saúde passa a ser, então, o desenvolvimento dos recursos humanos, em que devem ser abordadas três áreas: regulação profissional, relações de trabalho e processo educativo.

Quando se discute regulação do trabalho, há que se considerar quatro atores envolvidos no processo: 1) legislativo: responsável pela promulgação das leis de regulamentação das profissões; 2) executivo: define as formas e a extensão das regulações; 3) agentes regulados: participam da definição e implementação dessas regulações e as questionam; 4) judiciário: decide sobre a constitucionalidade das regulações de acordo com os marcos jurídico-legais e os costumes das sociedades.

A Constituição Federal de 1988 estabelece, em seu artigo 22, inciso XVI, que é competência privativa da União legislar sobre a organização do sistema nacional de emprego e condições para o exercício das profissões (BRASIL, 1988). Estabelece, ainda, que é livre o exercício de qualquer trabalho, desde que atendidas as qualificações profissionais estabelecidas em lei.

Nas últimas décadas, no entanto, seguindo a tendência mundial de reforma do Estado, com a diminuição da intervenção nos diversos setores da sociedade, os governos brasileiros deixaram a cargo das corporações as definições sobre criação de novas profissões de saúde e a regulamentação das já existentes (às vezes até mesmo estimulando a desregulamentação).

No entanto, na área da Saúde, as ações e serviços são de relevância pública. Assim, a assimetria de informações entre os profissionais (detentores do saber técnico que lhes confere poder) e os usuários deve ser considerada. Há ainda a perspectiva de mudança do modelo assistencial, por meio da substituição do trabalho individual por um processo de trabalho coletivo, com o surgimento das equipes multiprofissionais.

Aliado a isso, os princípios do SUS – acesso universal, integralidade das ações – trazem para o centro do debate a organização dos serviços de saúde e a formação de profissionais capacitados para atuar dentro dessa nova realidade.

Nesse cenário, foi criada a Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde (CRTS), dentro da política de um governo democrático e popular que chama para si a responsabilidade de debater, com diversos segmentos, ações que dizem respeito a toda a sociedade.

Regulação do exercício profissional no Brasil

Em Sociologia, profissão pode ser definida como uma atividade cujas obrigações utilizam, de forma sistemática, o conhecimento geral acumulado na solução de problemas postulados por um cliente (individual ou coletivo). O processo de profissionalização pode ser identificado por: a) o trabalho transforma-se em ocupação de tempo integral; b) o conhecimento é transmitido pelos próprios pares; c) cria-se uma associação profissional; d) a profissão é regulamentada e, e) adota-se um código de ética que irá nortear a conduta profissional no mundo do trabalho.

Entende-se por profissão regulamentada aquela que é amparada pela existência de organizações e instituições sociais (conselhos e associações); legislação de privilégio de prática; mecanismos de formação e treinamento nas atividades específicas; credibilidade e reconhecimento da sua utilidade social (GIRARDI; FERNANDES; CARVALHO, 2005).

Regulamentação pode ser entendida como um conjunto de diretrizes desenhadas para conformar o comportamento de indivíduos, negócios ou mesmo os próprios governos (GIRARDI, 1999). Tais procedimentos são apoiados por penalidades e sanções.

No Brasil, as profissões de saúde de nível superior se auto-regulam por meio dos respectivos conselhos. Os conselhos profissionais são autarquias a quem o Estado, por meio da descentralização de atividades, incumbe a fiscalização do exercício profissional. Isso significa dizer que os conselhos são responsáveis por aplicar sanções e limitar direitos, quando verificada alguma irregularidade no exercício de uma profissão. Tais entidades detêm, portanto, poder de polícia (PINHEIRO; PEREIRA, [200-?]).

Como autarquias, os conselhos são criados por lei, têm personalidade jurídica própria e devem prestar contas ao Tribunal de Contas da União (TCU). Além disso, para se ter acesso aos quadros de tais entidades é exigido concurso público (id, ibid).

De acordo com a legislação, que é específica de cada categoria profissional, são atribuídas aos conselhos profissionais competências como:

- estabelecer sistemas de registro dos profissionais habilitados;
- funcionar como tribunal de ética profissional;
- baixar atos necessários à fiscalização do exercício profissional;
- propor ao Governo Federal alterações da lei que regulamenta a profissão que representam;
- deliberar sobre questões oriundas do exercício das atividades afins.

Cabe também aos conselhos a valorização profissional pela defesa do privilégio e controle ético e a ordenação de cada profissão na defesa do interesse da coletividade.

Para exercer uma profissão regulamentada, o profissional deve, obrigatoriamente, estar inscrito no respectivo conselho, a fim de atuar com legitimidade. Desse registro, decorre a expedição da carteira de habilitação profissional, ficando o profissional obrigado à contribuição compulsória denominada anuidade.

Os conselhos profissionais são responsáveis por aprovar o Código de Ética profissional, mediante Resolução. Os códigos de ética tratam de normas éticas e princípios. Aos infratores dos preceitos contidos em tais códigos aplicam-se penalidades disciplinares previstas na lei de regulamentação de cada profissão.

As sanções, que são impostas pelos conselhos profissionais consistem em: advertência, repreensão, multa, suspensão do exercício profissional, cancelamento do registro profissional, entre outras.

Porém, os conselhos apuram exclusivamente a responsabilidade administrativa, verificando

falta ética ou técnica do profissional e aplicando as penalidades. A apuração da responsabilidade civil e penal dos atos profissionais cabe ao Poder Judiciário.

Os conselhos profissionais, no entanto, destinam sua atuação apenas às profissões de nível superior. Técnicos e auxiliares de saúde encontram-se excluídos quanto à formulação de regras e normas que dizem respeito ao exercício profissional. Também não possuem códigos de ética próprios e não estão contemplados nos já existentes.

Outros atores participam do processo de regulamentação profissional, cada um exercendo uma função diferente:

- Congresso Nacional: cria leis que irão regulamentar o exercício profissional e que autorizam o funcionamento dos conselhos de fiscalização do exercício profissional³.
- Ministério do Trabalho: responsável pela elaboração de pareceres sobre regulamentação profissional, define as linhas para o julgamento de tais demandas.
- Ministério da Educação: por meio do Conselho Nacional de Educação regulamenta aspectos relativos a currículos e formação profissional de nível técnico. Dita, ainda, normas gerais do sistema universitário.

Câmara de regulação do trabalho em saúde

O Ministério da Saúde tem participação indiretamente na regulamentação profissional do setor Saúde, emitindo pareceres sobre os pleitos apresentados. Tal participação, no entanto, tem sido feita de maneira assimétrica. Segundo (GIRARDI; FERNANDES; CARVALHO, 2005), isto tem favorecido as profissões de maior poder econômico, prestígio, recursos organizacionais e políticos para acompanhar o desenvolvimento das próprias reivindicações, ao mesmo tempo em que tentam anular as reivindicações contrárias aos seus interesses.

Ao Ministério da Saúde cabe o papel constitucional de coordenação e definição da política de recursos humanos para o SUS. Portanto, é fundamental que o Ministério da Saúde participe intensamente e ao mesmo tempo estimule discussões a respeito da regulação do exercício profissional, formulando propostas que permitam um relacionamento harmônico entre as profissões de saúde.

Com a finalidade de criar um espaço de discussão e pactuação entre gestores do SUS e representações dos profissionais da área da Saúde, com vistas à construção coletiva de respostas para questões sobre regulação do trabalho em saúde, o Ministério da Saúde instituiu, em 2004, a Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde (CRTS).

Criada pela Portaria GM/MS n.º 827, de 5 de maio de 2004, reestruturada pela Portaria n.º 174, de 27 de janeiro de 2006, no âmbito da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), a CRTS tem vínculo com o Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde (Degerts). O grande desafio que se coloca para a CRTS é aliar a defesa dos interesses dos profissionais de saúde à garantia de que o trabalho seja efetivamente útil para a sociedade. Cabe a CRTS criar soluções para impasses (tais como a distribuição de competências dentro da equipe de saúde, a relação entre técnicos e profissionais de nível superior), além de contribuir para a modificação de vícios dentro do sistema de saúde, visando à universalização do acesso às ações e serviços – um desafio criado pelo SUS.

As profissões de saúde se fazem representar na Câmara por seus conselhos e associações⁴. Como profissões de saúde foram consideradas aquelas relacionadas na Resolução n.º 287, de 8 de outubro de 1998, do Conselho Nacional de Saúde: Assistência Social, Biologia, Biomedicina, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina, Medicina

³ Atualmente, existem, no Congresso Nacional, vários projetos de lei que tratam da regulamentação de profissões da área da Saúde. A maioria das proposições tem como objetivo disciplinar o exercício profissional das ocupações já existentes. Há também propostas de criação de novas ocupações que buscam se inserir na atenção à saúde da população.

⁴ Conselhos Federais: Biologia, Biomedicina, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia e Terapia Ocupacional, Fonoaudiologia, Medicina, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social, Técnicos em Radiologia. Associações: Associação Médica Brasileira (AMB), Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), Associação Brasileira de Odontologia (ABO), Associação Brasileira de Nutrição (ABN).



Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia e Terapia Ocupacional. Acrescentam-se os Técnicos em Radiologia, que possuem representação nacional.

Da parte dos gestores incluem-se, além do Ministério da Saúde, representantes do Ministério do Trabalho e Emprego, do Ministério da Educação, do Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde (Conass), do Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (Conasems) e da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). A Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS (MNNP-SUS) também está representada na CRTS (BRASIL, 2006).

Uma das propostas de trabalho da Câmara é analisar normas em tramitação no Congresso Nacional (que dizem respeito à regulamentação de profissões da saúde) a fim de emitir pareceres técnicos como forma de subsidiar a atuação do Ministério da Saúde quanto às proposições apresentadas.

Cabe ainda a CRTS discutir e formular propostas sobre temas atuais que fazem parte do exercício profissional em saúde, tais como: a formação das equipes multiprofissionais, os limites de atuação e as competências de cada categoria profissional, o perfil dos profissionais de saúde, os códigos de ética profissionais. Tudo isso, em um contexto de mudança do modelo assistencial que enfatiza a promoção da saúde.

A migração de profissionais de saúde, principalmente nas áreas fronteiriças do Brasil, é outra questão que deverá ser discutida na CRTS. Nesse sentido, caberá a CRTS articular políticas de regulação profissional junto ao Fórum Permanente Mercosul – Exercício Profissional, visando à solução dos impasses. A CRTS atuará de maneira integrada com outros Ministérios e órgãos responsáveis pela regulação do trabalho em saúde, como a Anvisa.

Referências Bibliográficas

BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Senado Federal, 1988.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n.º 287, de 8 de outubro de 1998. publicada no *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 7 maio 1999. Seção 1, n. 86, p. 164.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n.º 827, de 5 de maio de 2004. Cria a Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 6 maio de 2004. Seção 1, n. 86, p. 32.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n.º 174, de 27 de janeiro de 2006. Reestrutura a Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 30 jan. 2006. Seção 1, n. 21, p. 75-76.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. *Gestão do trabalho e da regulação profissional em saúde: agenda positiva*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

GIRARDI, S. N. *A Regulação dos recursos humanos em saúde e a reforma do setor Saúde em países da América Latina*. [S.l.: s.n.], 1999. Disponível em: <<http://www.lachsr.org/observatorio/esp>>. Acesso em: 30 jun. 2005.

_____. Dilemas da regulamentação profissional na área da Saúde: questões para um governo democrático e inclusionista. *Revista Formação*, [S.l.], set. 2002. Ensaio no prelo da revista Formação, do Profae/Ministério da Saúde, produzido em setembro de 2002.

GIRARDI, N.; FERNANDES JR., H.; CARVALHO, C. L. *A Regulamentação das profissões de saúde no Brasil*. [S.l.: s.n.], 2005. Disponível em: <<http://www.ccs.uel.br/espaco/parasaude>>. Acesso em: 30 jun. 2005.

_____. Acesso em: 30 jun. 2005.

NIGENDA, G.; MACHADO, M. H. Modelos de regulación profesional de los médicos en América Latina: elementos para sus análisis. *Cadernos de Saúde Pública*, [S.l.], v. 13, n. 4, 1997.



PÊGO, R. A.; ALDAY, S. A. Descentralización del sector de Salud y conflictos con el gremio médico en México. *Rev. Saúde Pública*, n. 36, 2002.

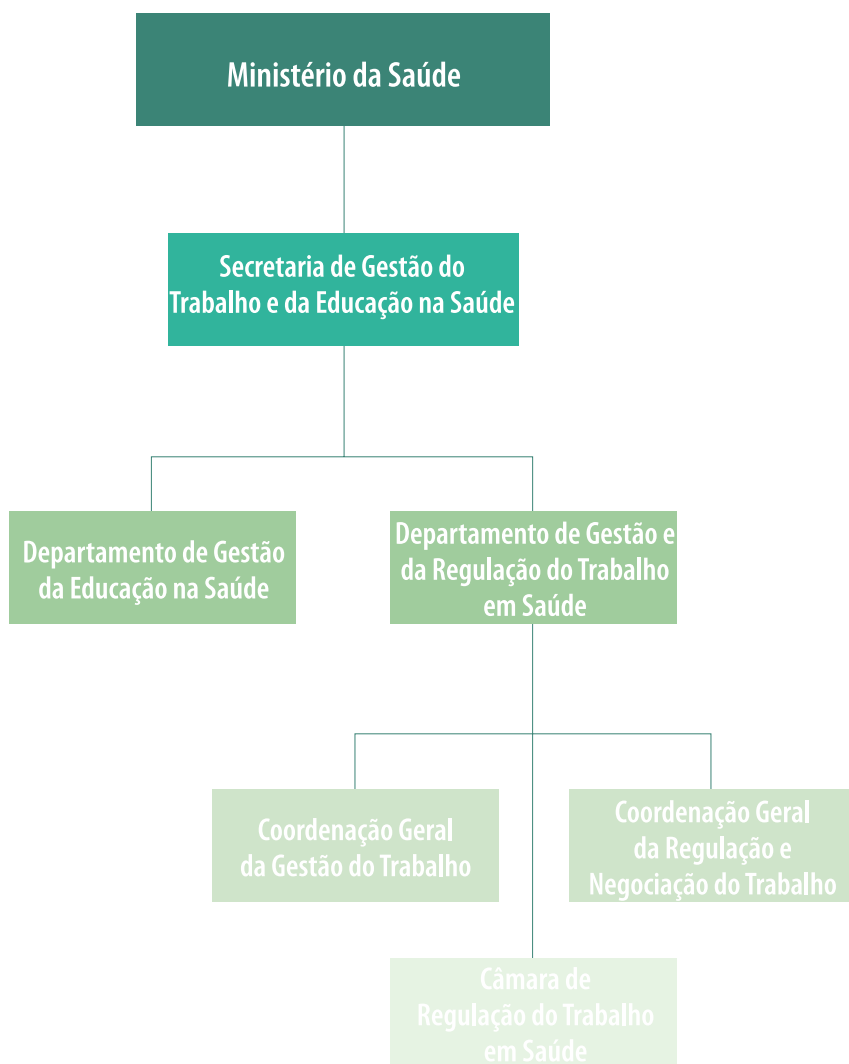
PIERANTONI, C. R.; MACHADO, M. H. Profissões de saúde: a formação em questão. *Cadernos RH Saúde*, [S.l.], v.1, n.3, 1993.

PINHEIRO, P. P. C.; PEREIRA, A. S. *Autarquias corporativas – conselhos de fiscalização de exercício profissional*. [S.l.]: Mondrian, [200-?].

SEIXAS, P. H. A. Os pressupostos para a elaboração da política de recursos humanos nos sistemas nacionais de saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. *Política de recursos humanos em saúde*. Brasília, 2002. pp. 100-113.

Anexo A

Estrutura da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) – Situando a Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde



A Mesa de Negociação como instrumento para a Gestão do trabalho no SUS¹

Maria Helena Machado

Wilson Aguiar Filho

Fábio Xavier Zamberlan

Sergio Barroso Ribeiro

Eliana Pontes de Mendonça

Introdução

A democratização das relações, quer no campo social, quer no político, tem levado as pessoas a buscarem solucionar suas divergências por meio da negociação, instrumento eficaz para a resolução dos inúmeros conflitos que, modernamente, as organizações enfrentam, decorrentes das grandes mudanças que o mundo vem atravessando, por influência da globalização acentuada, que ocasionou profundas modificações nas formas de regulação do trabalho e do próprio processo de trabalho.

O conflito tem sido descrito como inerente às relações de trabalho e sua não administração contribui para a ineficiência, baixa produtividade e má qualidade dos serviços. A importância do conflito se instaura na sua conotação negativa, porém é numa relação longe da repressão e opressão que podemos usá-la para a construção de mudanças e melhorias no processo produtivo. No entanto, esta inversão de valores e as ações geradas por ela, somente serão possíveis quando conseguirmos “canalizar os conflitos para formas previsíveis, submetendo-os a regras precisas, explícitas e transparentes, definidas pelas partes” (BRAGA, 1998).

Neste sentido, o processo de negociação assume importante papel nas relações entre trabalhador e empregador, contribuindo para a tomada de decisões em torno de temas como condições de trabalho, salário e prestação de serviços.

A condução do processo de negociação demanda a capacidade, não somente de desenvolver habilidades, de exercer autoridade, como também a de promover consenso entre as partes, a fim de concretamente intervir na realidade existente.

Algumas características da negociação merecem destaque por serem inerentes às resoluções de impasses causados pelas relações do trabalho na sociedade capitalista.

As partes devem reconhecer-se mutuamente como representantes autorizados; estar dispostas a reunir-se em intervalos razoavelmente freqüentes; decidir o grau de autoridade que delegam a seus respectivos negociadores; desenvolver esforços para chegar a um acordo, e não definir unilateralmente as condições de trabalho e emprego (BRAGA, 1998).

¹ Documento técnico elaborado pelo Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde (Degerts) para subsidiar a Ação Prioritária Negociação do Trabalho no SUS.

Alguns conceitos como o acordo, a barganha, a coerção, a emoção e o raciocínio lógico são muito usados no âmbito empresarial e também podem ter aplicações nos processos de gestão pública, guardando, é claro, os objetivos e características de cada setor, ou seja, o “lucro” *versus* “o bem público”. Na opinião de Braga (1998):

o processo de negociação no setor público não pode ferir os princípios constitucionais da ordem pública, da moral, da indisponibilidade do interesse público e o da supremacia do interesse público sobre o interesse particular, uma vez que são limites da legalidade e estabelecem as regras fundamentais para a vida em sociedade de forma democrática e civilizada.

Portanto, no setor Saúde, o processo de negociação assume notória importância na gestão de recursos humanos, pois é um instrumento que permite a resolução de situações complexas mediante acordos baseados na cooperação benéfica entre as partes.

De acordo com Cruz (2001), apesar das dificuldades, várias administrações conseguiram viabilizar efetivamente o processo de negociação pela vontade política, associada à criatividade. O Sistema Permanente de Negociação Coletiva no Iamspe (Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual/1983 –1990) é, sob essa ótica, considerado um dos principais marcos do processo de negociação, em que avanços na área trabalhista e o reconhecimento político das entidades sindicais foram alguns dos êxitos alcançados.

Podemos citar ainda, a Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS como outra experiência exitosa no campo da negociação na área da Saúde, apesar dos avanços e retrocessos a que foi submetida em seu processo histórico.

Vale a pena ressaltar que o processo de negociação no serviço público ainda permanece sem respaldo legal, ou seja, o Supremo Tribunal Federal não reconhece tal ato, porém a legitimidade do processo já é reconhecida entre gestores e trabalhadores da maioria dos entes federados.

A Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS

Segundo Machado (2005), “após a instituição do SUS, o setor Saúde concorreu para a geração de milhares de empregos, produzindo serviços de saúde à população, de forma unificada, por princípios da universalidade e equidade, de maneira descentralizada”. Ainda segundo a autora:

sendo a Saúde um setor de produção e prestação de serviços de relevância pública, o poder público tem enorme influência na demanda e oferta de empregos, constituindo seu maior empregador. [...] Apesar de políticas específicas de governo no sentido de reduzir a concentração de profissionais nos grandes centros, a ausência dos mesmos em municípios pequenos é um grande problema nacional. [...] Outra característica do mercado de trabalho em Saúde é o uso intensivo e diversificado da mão-de-obra. Por outro lado, as diversas modalidades de contratação, bem como as jornadas de trabalho, fazem do setor uma “anarquia institucional organizada”. Somado a esta característica, o SUS se depara hoje com outro enorme problema: a precarização do trabalho em áreas essenciais do setor.

Para superação desses desafios, Santana (1993) nos aponta, entre as estratégias possíveis de serem utilizadas para seu enfrentamento, o processo permanente de negociação coletiva do trabalho, baseado na administração participativa entre gestores e trabalhadores.

Entendendo a importância da negociação do trabalho no SUS, em 1993, o Conselho Nacional de Saúde aprovou a criação da Mesa Nacional de Negociação do SUS, por meio da Resolução n.º 52, de 6 de maio de 1993. Contudo, praticamente em toda a década de 90, a mesma se manteve desativada, por absoluta falta de vontade política dos governos à época.



Em 2003, com a posse do atual governo, a Mesa Nacional foi reinstalada na reunião de junho de 2003, do Conselho Nacional de Saúde.

A Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS (MNNP-SUS) é paritária, envolvendo Governo Federal, gestores estaduais e municipais, prestadores de serviços e trabalhadores do SUS, e têm suas bases no conceito de controle social, fundamentada nos princípios constitucionais da legalidade, moralidade, impessoalidade, qualidade dos serviços, participação, publicidade e a liberdade sindical. As decisões são tomadas em reuniões ordinárias, e, às vezes, extraordinárias, mediante consenso entre seus membros.

A *Agenda Positiva do Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde*, publicada pela Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2005b), formalizou a instalação de Mesas de Negociação nas três esferas de governo, como essencial para o sucesso da política de gestão do trabalho na Saúde. Por sua vez, o documento *Princípios e Diretrizes para a Gestão do Trabalho no SUS – NOB/RH-SUS* (BRASIL, 2005a) destaca a importância do processo de negociação permanente como estratégia de gestão do trabalho.

Segundo a Resolução n.º 331, de 4 de novembro de 2003, do Conselho Nacional de Saúde, que ratificou a reinstalação da Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS, a sua composição ficou constituída por 11 representantes dos empregadores públicos, duas representações patronais do setor privado e 13 das entidades sindicais, assim distribuídas:

- Cinco representantes do Ministério da Saúde, sendo:
 - um do Departamento de Gestão da Educação na Saúde;
 - um do Departamento de Gestão da Regulação e do Trabalho em Saúde;
 - um da Coordenação-Geral de Recursos Humanos do Ministério da Saúde;
 - um da Secretaria de Atenção à Saúde, e;
 - um da Fundação Nacional de Saúde (Funasa).
- Um representante do Ministério do Trabalho.
- Um representante do Ministério da Educação.
- Um representante do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão.
- Um representante do Ministério da Previdência Social.
- Um representante do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass).
- Um representante do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems).
- Dois representantes da entidade patronal (setor privado), sendo:
 - um da Confederação Nacional de Saúde (CNS), e,
 - um da Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas (CMB).
- Dois representantes da Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social (CNTSS).
- Um representante da Confederação Nacional dos Trabalhadores em Saúde (CNTS).
- Um representante da Federação Nacional dos Sindicatos de Trabalhadores em Saúde, Trabalho, Previdência e Assistência Social (Fenasps).
- Um representante da Federação Nacional dos Médicos (Fenam).
- Um representante da Federação Nacional dos Enfermeiros (FNE).
- Um representante da Federação Interestadual dos Odontólogos (FIO).
- Um representante da Federação Nacional dos Psicólogos (Fenapsi).
- Um representante da Confederação Nacional dos Trabalhadores no Serviço Público Municipal (Confetam).
- Um representante da Federação Nacional dos Farmacêuticos (Fenafar).



- Um representante da Confederação Nacional dos Trabalhadores no Serviço Público Federal (Condsef).
- Um representante da Federação dos Sindicatos de Trabalhadores das Universidades Brasileiras (Fasubra Sindical).
- Um representante da Federação Nacional dos Assistentes Sociais (Fenas).
- Outras entidades que possam reivindicar assento na Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS.

· **Agenda da MNNP-SUS**

Segundo a mesma Resolução e de acordo com as Resoluções de n.º 52 e n.º 229 de 8 de maio de 1997 e as deliberações do Conselho Nacional de Saúde estabeleceu-se prioridade para negociação sobre os seguintes temas relacionados nos Princípios e Diretrizes para a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS (NOB/RH), a saber:

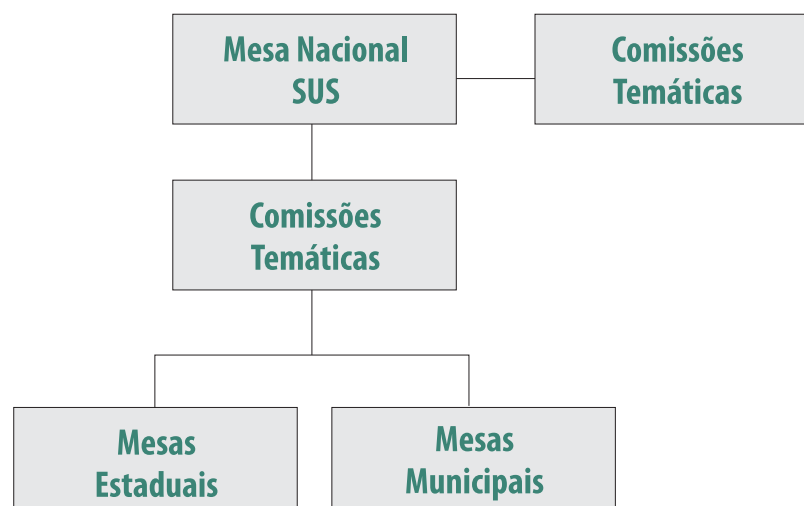
- Plano de Cargos e Carreiras da Saúde (PCCS-SUS).
- Formação e qualificação profissional.
- Jornada de trabalho no SUS.
- Saúde do trabalhador da saúde.
- Critérios para liberação de dirigentes para exercer mandato sindical.
- Seguridade de servidores.
- Precarização do trabalho, formas de contratação e ingresso no setor público.
- Instalação de mesas estaduais e municipais de negociação.
- Reposição da força de trabalho no SUS.
- Outros temas sugeridos como, por exemplo, regulamentação da profissão do Agente Comunitário de Saúde.

· **Resultados alcançados**

O primeiro Protocolo aprovado pela MNNP-SUS, em 5 de agosto de 2003, tratou do Regimento Interno para o funcionamento da Mesa Nacional.

De acordo com este documento, a MNNP-SUS estrutura-se de forma verticalizada e horizontalizada, compreendendo na primeira, o Sistema Nacional de Negociação Permanente do SUS, e na forma horizontalizada, por Grupos de Trabalho e/ou Comissões Temáticas de interesse comum, que ao final dos trabalhos elaborarão relatórios contendo as propostas, de consenso ou não, que serão remetidas para apreciação e aprovação pela MNNP-SUS.

FLUXOGRAMA



Os objetivos principais da MNNP-SUS estão em instituir processos negociais de caráter permanente para tratar de conflitos e demandas decorrentes das relações funcionais e de trabalho no âmbito do SUS, buscando alcançar soluções para os interesses manifestados por cada uma das partes, constituindo assim um Sistema Nacional de Negociação Permanente no SUS, além de propor sua regulação legal; discutir a estrutura e a gestão administrativa do SUS; pactuar as condições apropriadas para a instituição de um sistema nacional de educação permanente, contemplando as necessidades dos serviços de saúde e o pleno desenvolvimento na carreira do SUS, dentre outros não menos importantes.

São prerrogativas e competências da MNNP-SUS: o tratamento consensual dos conflitos e das demandas decorrentes dos vínculos funcionais e de trabalho no âmbito do SUS. Inexistindo o consenso, as proposições divergentes serão encaminhadas para apreciação e deliberação do Conselho Nacional de Saúde, quando for acordado. A reunião da MNNP-SUS somente será instalada se presentes a maioria absoluta das partes que a compõem.

A MNNP-SUS pode ter seus trabalhos acompanhados por um facilitador, acordado entre as partes, que detenha experiência específica em negociação coletiva para tratar de aspectos referentes à formulação e à forma de funcionamento da Mesa, bem como resolver questões e impasses na Mesa, e, ainda, as partes poderão solicitar a participação de assessorias técnicas na Mesa de Negociação.

As reuniões ordinárias ocorrem a cada mês, podendo ocorrer reuniões extraordinárias a qualquer tempo, e a formalização dos resultados é feita por meio de protocolos.

No período de funcionamento desde sua reinstalação, a MNNP-SUS tem promovido encontros por meio dos quais foram tomadas importantes decisões e produzidos documentos, tais como os protocolos para a instalação de mesas estaduais e municipais de negociação permanente do SUS (Protocolo n.º 02, de 3 de novembro de 2003) (BRASIL, 2004b), do Sistema Nacional de Negociação Permanente do SUS (Protocolo n.º 03, de 25 de agosto de 2005) (BRASIL, 2004a) e do Processo Educativo de Negociação do Trabalho em Saúde (Protocolo n.º 04, de 25 de agosto de 2005) (BRASIL, 2004c), entre outros.

Como conquistas da Mesa de Negociação Permanente do SUS, podemos citar a criação do Comitê Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS, a elaboração de diretrizes nacionais para o PCCS-SUS (Plano de Cargos, Carreiras e Salários dos Trabalhadores do SUS), bem como do Protocolo de Cedência de Pessoal do SUS.

Com relação à implantação de mesas de negociação, podemos destacar, até o momento, os seguintes estados e municípios com mesas implantadas:

QUADRO DEMONSTRATIVO DE MESAS DE NEGOCIAÇÃO PERMANENTE INSTALADAS NO BRASIL

Região	Estado/Cidade	Quantitativo	Total
Norte	Acre	1	3
	Amazonas	1	
	Amapá	1	
Nordeste	Ceará	1	6
	Rio Grande do Norte	1	
	Pernambuco	1	
	Recife	1	
	Alagoas	1	
Sudeste	Sergipe	1	5
	Minas Gerais	1	
	Belo Horizonte	1	
	Rio de Janeiro	1	
	São Paulo	1	
Sul	Rio Grande do Sul	1	2
	Porto Alegre	1	
Centro Oeste	Mato Grosso do Sul	1	2
	Goiás	1	
	Goiânia	1	
Brasil			18



Ressaltamos também a criação do Sistema Nacional de Negociação Permanente (Sinnp), que permite à Mesa Nacional monitorar o desenvolvimento das mesas estaduais e municipais que aderirem ao Sistema, assessorando as mesmas em suas dificuldades.

Temos ainda o processo educativo em negociação, realizado pela Ensp/Fiocruz, iniciativa que habilita os membros participantes das mesas a ingressarem na negociação de forma mais técnica, e que está inserido na estratégia de implantação das mesas de negociação do SUS em nível estadual e municipal, com vistas à conformação do Sistema Nacional de Negociação Permanente do SUS. Assim, esperam-se como resultados não só a consolidação das mesas já existentes, como também a ampliação de mesas em todo o Brasil, bem como qualificar os debates e negociações realizadas.

DISTRIBUIÇÃO GEOGRÁFICA DAS MESAS DE NEGOCIAÇÃO PERMANENTE DO SUS



Considerações finais

O processo permanente de negociação do trabalho como ferramenta de gestão do trabalho, tem como objetivo principal equacionar os conflitos de interesse existentes entre trabalhadores e dirigentes no âmbito do SUS.

A implementação de uma Mesa de Negociação Permanente é o caminho que tem levado às melhores soluções para os diversos problemas existentes na relação capital *versus* trabalho. Por meio da negociação direta entre as partes, surgiram soluções que evitaram, muitas vezes, demandas na justiça, economizando assim tempo e energia fundamentais para o bom funcionamento do SUS. Existem muitos problemas a serem solucionados, como a precarização do trabalho no âmbito do SUS, mas por meio da Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS se conseguiu, mediante amplo processo de pactuação, atenuar esse gigantesco problema, que aflige não somente a classe trabalhadora – pois impõe a estes um exercício profissional com perda significativa de direitos trabalhistas –, como também os gestores, por conta do risco que é a utilização dessa forma de contratação, não condizentes com os preceitos constitucionais em vigor.

Talvez o acúmulo de demanda de questões relacionadas aos conflitos de interesse existentes entre trabalhadores e dirigentes da Saúde dentro dos órgãos da Saúde, seja a mola que impulsiona a formação das mesas de negociação. Mas, sem dúvida, o conhecimento da matéria, por parte dos integrantes da Mesa, seja o grande marco que contribui para o seu sucesso. Portanto há que se



pensar sempre na formação de seus membros, pois a capacitação é o caminho que leva à melhor solução negociada.

A Reforma do Estado, a partir da segunda metade da década de 90, instaura a flexibilização das relações de trabalho utilizando-se de inúmeros tipos de vínculos precários no que diz respeito aos trabalhadores do SUS e dos demais serviços públicos. Diante do quadro que se apresenta em todo o território nacional, podemos afirmar que a discussão da “desprecarização” e da “desterceirização”, por exemplo, se torna relevante no âmbito da gestão do trabalho em saúde.

Desta forma, a implantação de mesas de negociação permanente do SUS estaria proporcionando o debate das questões que, atualmente, se constituem no pano de fundo do conflito entre trabalhadores e gestores, tais como a ausência de uma política de educação permanente, de Plano de Carreiras, Cargos e Salários, questionamentos quanto à jornada de trabalho e práticas remuneratórias diferenciadas para distintas categorias profissionais, além da própria precarização do trabalho, entre outras.

Podemos entender que para gestores e trabalhadores, a implantação de mesas de negociação será o grande espaço para a apresentação e debate das propostas de ambos os lados, para a efetiva superação desses conflitos, no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Referências Bibliográficas

BRAGA, D.G. *Conflitos, eficiência e democracia na gestão pública*. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Princípios e diretrizes para a gestão do trabalho no SUS (NOB/RH-SUS)*. 3 ed. rev. atual. Brasília, 2005a.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n.º 52, de 6 de maio de 1993. *Diário Oficial da União*, 26 maio 1993.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n.º 331, de 4 de novembro de 2003. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/docs/>

[Resoluções/RESOLU%C7AO_331.doc](http://conselho.saude.gov.br/docs/Resoluções/RESOLU%C7AO_331.doc)>.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. *Gestão do trabalho e da regulação profissional em saúde: agenda positiva do Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde*. Brasília, 2005b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. *O que é o protocolo?* Brasília, 2004a. Disponível em: <http://www.ead.fiocruz.br/mini_portais/mesas/protocolo/03.htm>

>

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. *Protocolo para instalação das mesas estaduais e municipais de negociação permanente do SUS*. Brasília, 2004b. Disponível em: <http://www.ead.fiocruz.br/mini_portais/mesas/protocolo/02.htm>.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. *Quem assina o protocolo?* Brasília, 2004c. Disponível em: <http://www.ead.fiocruz.br/mini_portais/mesas/protocolo/04.htm>.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. *Regimento Institucional da Mesa Nacional de Negociação Permanente do Sistema Único de Saúde – MNNP-SUS*. Brasília, 2004d.

CRUZ, E. *Saudações a quem tem coragem: dez experiências de negociação sindical no setor público*. Brasil: ISP, 2001.

MACHADO, M.H. Trabalhadores da saúde e sua trajetória na reforma sanitária. In: Lima, N.T. (Org.) *Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.



SANTANA, J. P. A gestão do trabalho nos estabelecimentos de saúde: elementos para uma proposta. In: *Perspectivas para a gestão do trabalho no Sistema Único de Saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 1994. (Série desenvolvimento de Recursos Humanos n.º 5).

ZAMBERLAN, F. X.; RIBEIRO, S. B. *Mesa de Negociação Permanente: uma realidade global viável para a gestão da saúde pública local*. Monografia apresentada a Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/Fundação Oswaldo Cruz, para a obtenção do Título de Especialista em Gestão de Recursos Humanos para a Saúde. Rio de Janeiro, 2006.



Situação dos Planos de Carreiras das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde¹

Eluiza Helena Leite Arias

Maria Helena Machado

Deise Rezende Sanches

João Tomachescki

Jesulina Regis dos Santos

Introdução

A implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) pela Constituição brasileira em 1988, e sua regulamentação em 1990 pela Lei Orgânica da Saúde, estabeleceu que a saúde é um bem universal de direito a todos os cidadãos, concebendo princípios de igualdade de cada cidadão frente as ações e serviços essenciais à promoção, manutenção e recuperação da saúde.

Conforme estudos realizados pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2002), duas condições básicas devem assegurar o direito à saúde, às políticas públicas, econômicas e sociais, e o acesso de todos os brasileiros aos serviços de assistência à saúde. Apesar de todos os avanços ocorridos desde sua efetivação, ainda assim existem inúmeras dificuldades, como o acesso a serviços de saúde de qualidade por grande parte dos brasileiros.

Essas dificuldades têm sido preocupação por parte do Estado, levando a discussões e análises, considerando que com a reorganização do sistema este passou a ser regionalizado, hierarquizado, descentralizado, com direção única em cada esfera de governo. Nesse contexto, ocorreu a municipalização dos serviços estaduais e federais, e a área de recursos humanos, sofreu alterações, reunindo trabalhadores com trajetórias e salários diferenciados.

Algumas estratégias têm sido apontadas como solução para que seja possível enfrentar os problemas, como, por exemplo: o processo de consolidação do SUS, e o desenvolvimento das políticas de recursos humanos, orientadas por três grandes movimentos: processo de reorganização das funções dos diferentes níveis de gestão do SUS; processo de pactuação regionalizada e a implantação do Programa Saúde da Família – (PSF). Amplia-se, desta forma, a área de atuação comum e desenvolve-se a necessidade de redefinição de competências.

Estas áreas de atuação relacionadas a diferentes realidades do País serão produtos de negociações locais, de pactos, em conjunturas diferenciadas; pactos esses que tenham como referência as necessidades da população. Esses elementos surgem como condicionantes fundamentais das questões atuais de recursos humanos para a saúde e colocam demandas específicas, tanto para as ações de preparação, quanto de gestão do trabalho e de regulação de RH (BRASIL, 2002).

O *Seminário Internacional de Recursos Humanos em Saúde*, realizado em Brasília em 2002, apontou, de acordo com Cherchiglia e Belisário (2002), algumas propostas, tais como: mesas de negociação coletivas que permitam a articulação entre trabalhadores, gestores e conselhos de saúde; pacto das relações de trabalho entre os diversos interesses envolvidos, dentro dos preceitos éticos e legais; resgate da importância e da oportunidade do Plano de Cargos Carreiras e Salários (PCCS), como instrumento de gestão e elaboração de concurso público.

¹ Documento técnico elaborado pelo Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde (Degerts) para subsidiar a comissão especial do PCCS-SUS, 2004.

Com a mudança de governo, o Ministério da Saúde criou a Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde e instituiu o Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho na Saúde, que tem como um dos seus objetivos, desenvolver uma agenda política no campo das políticas de recursos humanos, da política sindical, da produção e oferta de serviços de saúde e da gestão. No entanto, de acordo com Machado (2002), é preciso salientar que o atual cenário nacional não fornece um quadro animador no que se refere às ações da área do campo social, especialmente no setor Saúde.

Para uma mudança nesse quadro, de acordo com Machado (2002), torna-se necessário alimentar o sistema fazendo inicialmente um levantamento no Brasil sobre os Planos de Carreira existentes na área de Saúde e mapeamento em nível Municipal, Estadual e Regional, para verificar a diferença regional dos Planos de Carreira existentes.

O Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde (Degerts), no intuito de buscar subsidiar os trabalhos da Comissão Especial de Elaboração das Diretrizes do Plano de Carreira, Cargos e Salários no âmbito do SUS (PCCS-SUS), realizou uma pesquisa junto a municípios, Distrito Federal e todas as secretarias estaduais. A principal informação que se buscou obter foi a de conhecer a estrutura dos planos de carreira existentes e um retrato da situação dos de saúde, nesses municípios e secretarias.

A pesquisa foi desenvolvida contando com a colaboração técnica entre a representação da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) no Brasil, e o Ministério da Saúde, tendo sido realizada no período de fevereiro a junho, totalizando cinco meses de trabalho.

Desenvolvimento metodológico

Para o desenvolvimento dessa pesquisa, foi realizado um levantamento do número de secretarias estaduais de saúde (SESS) e secretarias municipais de saúde (SMSs) existentes no Brasil, no ano de 2004, bem como as instituições onde o Plano de Carreira já existia, os profissionais de saúde que constituem o quadro de recursos humanos, e quais os tipos de vínculos empregatícios que são aplicados.

A amostra foi definida adotando como critérios: os dados fornecidos pelo IBGE (2000), a análise de aspectos de recursos humanos em saúde existentes nos municípios de pequeno e médio porte populacional, e a possibilidade da existência de PCCSs nestes municípios.

Foi realizada uma consulta junto à Coordenação de Regulação e Negociação do Trabalho sobre a existência de Mesa de Negociação nos municípios, resultando em selecionar municípios de maior porte, visando um maior retorno das informações.

De acordo com dados fornecidos pelo IBGE, a distribuição dos municípios se dá por regiões e por porte de população, em sete faixas, descritas abaixo:

Municípios com até 5.000 habitantes.

Municípios com 5.001 até 10.000 habitantes.

Municípios com 10.001 até 20.000 habitantes.

Municípios com 20.001 até 50.000 habitantes.

Municípios com 50.001 até 100.000 habitantes.

Municípios com 100.001 até 500.000 habitantes.

Municípios com mais de 500.000 habitantes.

A partir de um estudo prévio, definiu-se que os municípios pesquisados seriam todos aqueles com mais de cem mil habitantes; ao mesmo tempo foi escolhida uma amostra de 27 municípios na faixa entre 50 mil e cem mil habitantes. Além, é claro, de todas as secretarias estaduais e do Distrito Federal. A partir desses critérios, definiu-se a seguinte amostra, conforme demonstram os dados a seguir:

Cidades com mais de 100 mil habitantes	221
Cidades na faixa entre 50 a 100 mil habitantes	27
Secretarias Estaduais e GDF	27
Total	275



Essa amostra, apesar de representar menos de 5% do total de municípios existentes, é bastante significativa já que nesses municípios estão contidos mais de 50% da população brasileira (Quadro 1). Tradicionalmente, concentra-se nesses municípios grande parte dos profissionais de saúde, bem como os estabelecimentos de média e alta complexidades.

Quadro 1 - Distribuição dos municípios segundo o tipo e tamanho da população - Brasil, 2000

Unidades da Federação por Tamanho da População (habitantes)	Número de Municípios	População residente			%
		Total	Urbana	Rural	
Brasil	5.561	169.799.170	137.953.959	31.845.211	
Até 5.000	1.382	4.617.749	2.308.128	2.309.621	2,72
De 5.001 até 10.000	1.308	9.346.280	5.080.633	4.265.647	5,50
De 10.001 até 20.000	1.384	19.654.828	11.103.602	8.551.226	11,58
De 20.001 até 50.000	963	28.831.791	19.132.661	9.699.130	16,98
De 50.001 até 100.000	299	20.786.695	16.898.508	3.888.187	12,24
De 100.001 até 500.000	194	39.754.874	37.572.942	2.181.932	23,41
Mais de 500.000	31	46.806.953	45.857.485	949.468	27,57

Fontes: IBGE, Censo Demográfico, 2000.

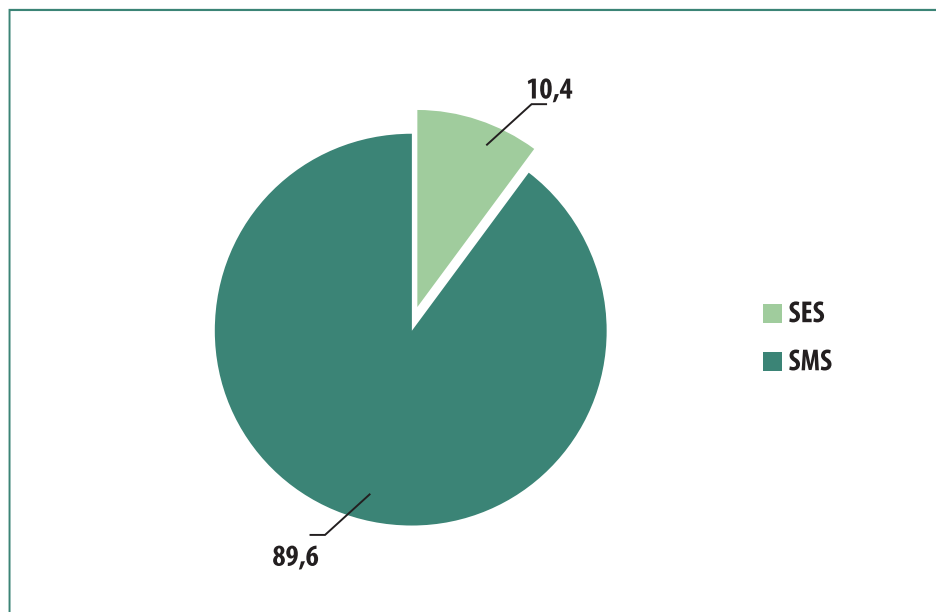
A pesquisa utilizou, como instrumento para a coleta dos dados, um questionário com perguntas fechadas, abertas e semi-abertas. Os dados a serem obtidos referem-se: ao tipo de Secretaria de Saúde, se estadual ou municipal, municipalização plena, localização, profissionais de saúde contratados, planos de carreira existentes, e os tipos e características dos planos de carreira.

A entrega dos questionários para as secretarias municipais e estaduais de saúde foi feita por meio dos correios e telégrafos, do correio eletrônico, da telefonia, e, em alguns casos, foi usada a estratégia de forma direta .

Durante o levantamento de dados da pesquisa encontrou-se dificuldade para obter as respostas das instituições. Entre os fatores contribuintes para esse fato destacam-se: a demora no retorno dos formulários e no envio de cópias dos PCCSs solicitados. O procedimento adotado no projeto para minimizar esse fator foi estar constantemente contactando essas instituições para solicitar o envio dos dados. Porém, apesar da persistência, muitas não os enviaram. Posteriormente, a equipe do Degerts, responsável pelo trabalho, realizou a análise dos dados obtidos relativos aos PCCSs.

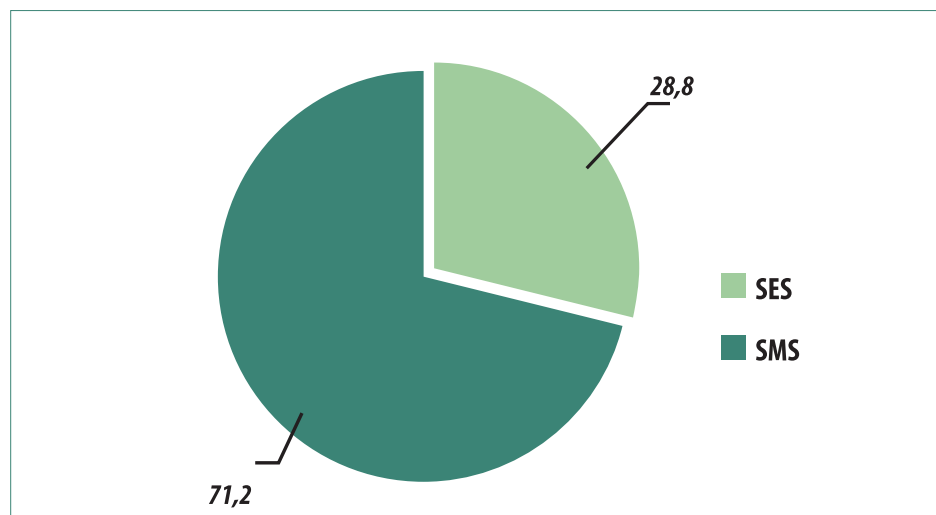
Principais resultados

Gráfico 1 - Secretarias estaduais e municipais de saúde de acordo com o recebimento de formulários (%)



Fonte: Dados da Pesquisa (Degerts, 2004).

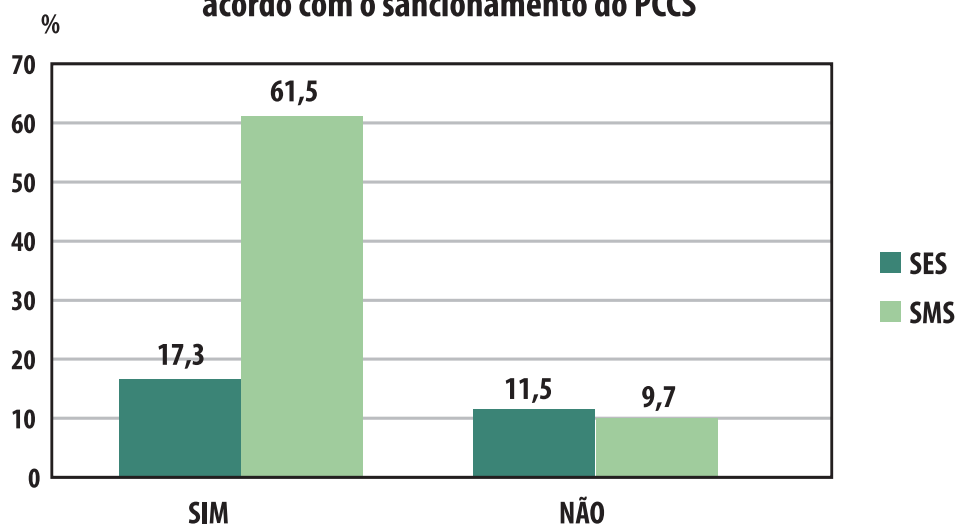
Gráfico 2 - Secretarias estaduais e municipais de saúde de acordo com o recebimento de PCCS (%)



Fonte: Dados da Pesquisa (Degerts, 2004).



Gráfico 3 - Secretarias estaduais e municipais de saúde de acordo com o sancionamento do PCCS

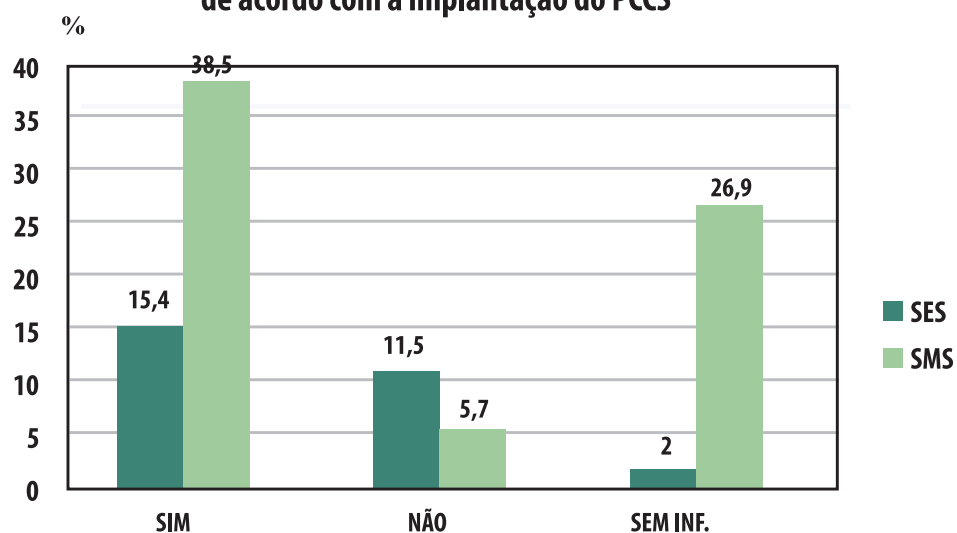


Fonte: Dados da Pesquisa (Degerts, 2004).

O Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde encaminhou 275 formulários às secretarias estaduais e municipais de saúde do País, solicitando informações sobre as mesmas. Porém, apenas 164 enviaram suas respostas.

Dos dados obtidos, 89,6% foram fornecidos pelas secretarias municipais de saúde. Em relação às solicitações sobre o envio de cópias do Plano de Carreira, Cargos e Salários implantados, apenas 52 instituições atenderam ao pedido.

Gráfico 4 - Secretarias estaduais e municipais de saúde de acordo com a implantação do PCCS



Fonte: Dados da Pesquisa (Degerts, 2004).

Dentre os PCCSs recebidos das secretarias estaduais e municipais de saúde, observou-se que foram sancionados 78,8%, sendo que 61,5% foram das secretarias municipais de saúde, considerando-se a totalidade dos PCCSs analisados, mas quando se compara isoladamente as secretarias estaduais e as municipais, verifica-se que as secretarias estaduais de saúde apresentaram o maior número de PCCSs sancionados, evidenciando-se que o número destas é menor do que o das secretarias municipais de saúde (Gráfico 3). Apesar de terem sido sancionados, somente 38,5% dos PCCSs das SMSs e 15,4% das SESs foram implantados (Gráfico 4).

Os tipos de Plano de Carreira das diversas secretarias estaduais de saúde e secretarias municipais de saúde receberam diferentes denominações, concentrando-se em PCCSs e PCCVs com 17,3% e 15,3% respectivamente seguidos de PCs com 9,6%, PCVs e PCCRs com 7,6% respectivamente, e outros com 17,5% concentram grande diversificação de tipo de Plano (Quadro 2).

Quadro 2 - Tipos de Plano de Carreira das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde

TIPOS DE PLANO	Nº	%
Plano de Carreira, Cargo e Vencimento (PCCV)	08	15,3
Plano de Carreira e Vencimento (PCV)	04	7,6
Plano de Carreira dos Profissionais / SUS (PCP/SUS)	01	2,0
Plano de Carreira, Cargo e Salário (PCCS)	09	17,3
Plano de Cargo, Carreira e Remuneração (PCCR)	04	7,6
Plano de Cargos,Vencimentos e Salários (PCVS)	02	3,8
Plano de Cargo e Salário (PCS)	03	5,7
Plano de Cargo, Emprego, Carreira e Vencimento (PCECV)	01	2,0
Plano de Classificação de Cargo e Emprego dos Servidores (PCCES)	01	2,0
Plano de Carreira (PC)	05	9,6
Plano de Carreira, Emprego e Salário (PCEC)	02	3,8
Plano de Cargo, Emprego, Carreira e Remuneração (PCECR)	01	2,0
Plano de Emprego, Cargo e Salário (PECS)	01	2,0
Plano de Cargo e Carreira (PCC)	02	3,8
Plano de Cargo, Classe, Carreira e Vencimento (PCCCV)	01	2,0
Plano de Classificação de Cargo, Carreira e Remuneração (PCCCR)	01	2,0
Sem Informação	06	11,5
TOTAL	52	100

Fontes: Dados da Pesquisa (Degerts, 2004)

Quadro 3- Estrutura de Carreira dos Planos de Carreira das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde

ESTRUTURA DE CARREIRA	Nº	%
Grupos Ocupacionais = 3 níveis	13	25,0
Grupos Ocupacionais = 4 níveis	08	15,4
Grupos Ocupacionais = 2 níveis	04	8,0
Grupos Ocupacionais = 5 níveis	02	3,8
Grupos Ocupacionais = 7 níveis	01	2,0
Grupos Ocupacionais = 8 níveis	01	2,0
Grupos Ocupacionais = 10 níveis	01	2,0
Grupos Ocupacionais = 15 níveis	01	2,0
Grupos Ocupacionais = 6 Classes →15 níveis	01	2,0
Cargo = 1→ 3 a 5 níveis	01	2,0
Cargo = 4→ 3 níveis	01	2,0
Grupos Ocupacionais = 3 = I Classe → 4 Referências;	01	2,0
Grupos Ocupacionais = 3 = I e II → 5 Referências; III → 4 Referências	01	2,0
Grupos Ocupacionais = 3 = 5 Classes cada; 9 faixas	01	2,0
Grupos Ocupacionais = 3 = I → 7 níveis; II e III → 4 níveis	01	2,0
Grupos Ocupacionais = 5 Classes → 5 níveis cada	01	2,0
Grupos Ocupacionais = 3 → 5 Referências cada	01	2,0
Grupos Ocupacionais = 2 → 3 Classes	01	2,0
Grupos Ocupacionais = 2 → 18 Referências cada	01	2,0
Grupos Ocupacionais = 3 = I → 2 referências → 6 graus;	01	2,0
Grupos Ocupacionais = 4 = I → 3 Referências;	01	2,0
Grupos Ocupacionais = 11 níveis → 6 graus	01	2,0
Grupos Ocupacionais = 3 → 5 níveis cada	01	2,0
Grupos Ocupacionais = 3 → = I → 4 Classes → 4 Níveis;	01	2,0
Grupos Ocupacionais = 7 Níveis → 4 Classes cada	01	2,0
Cargos = 5 Classes → 18 níveis	01	2,0
Sem Informação	02	3,8
TOTAL	52	100

Fontes: Dados da Pesquisa (DEGERTS, 2004)



**Quadro 4 - Desenvolvimento de Carreira dos Planos de Carreira
das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde**

DESENVOLVIMENTO DE CARREIRA	Nº	%
Progressão Vertical e Horizontal	08	15,0
Progressão Vertical e Horizontal e Avaliação de Desempenho	07	13,4
Promoção	06	11,4
Progressão; Promoção; Avaliação de Desempenho	05	9,5
Progressão	04	7,6
Progressão e Promoção	02	3,8
Progressão Horizontal	02	3,8
Promoção Vertical e Horizontal e Avaliação de Desempenho	02	3,8
Progressão e Mobilidade	01	2,0
Progressão Horizontal e Avaliação de Desempenho	01	2,0
Progressão; Avaliação de Desempenho e Mobilidade	01	2,0
Progressão; Elevação; Acesso; Mobilidade e Promoção	01	2,0
Avaliação de Desempenho	01	2,0
Progressão e Avaliação de Desempenho	01	2,0
Promoção e Avaliação de Desempenho	01	2,0
Promoção, Avaliação de Desempenho e Ascensão	01	2,0
Nomeação; Mobilidade; Progressão e Ascensão	01	2,0
Progressão e Promoção, Transformação e Avaliação de Desempenho	01	2,0
Transposição e Promoção	01	2,0
Mérito; Desempenho; Qualificação; Titulação Profissional	01	2,0
Transposição e Progressão Horizontal e Vertical e Promoção	01	2,0
Sem Informação	03	5,7
TOTAL	52	100

Fontes: Dados da Pesquisa (DEGERTS, 2004)

**Quadro 5 - Progressão do Desenvolvimento de Carreira dos Planos de
Carreira das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde**

PROGRESSÃO	Nº	%
Tempo de Exercício; Mérito e Qualificação Profissional	28	53,7
Mérito e Qualificação Profissional	07	13,4
Tempo de Exercício e Qualificação Profissional	06	11,4
Tempo de Exercício e Mérito	03	5,7
Mérito	02	3,8
Qualificação	01	2,0
Tempo de Exercício	01	2,0
Sem Informação	04	8,0
TOTAL	52	100

Fontes: Dados da Pesquisa (DEGERTS, 2004)

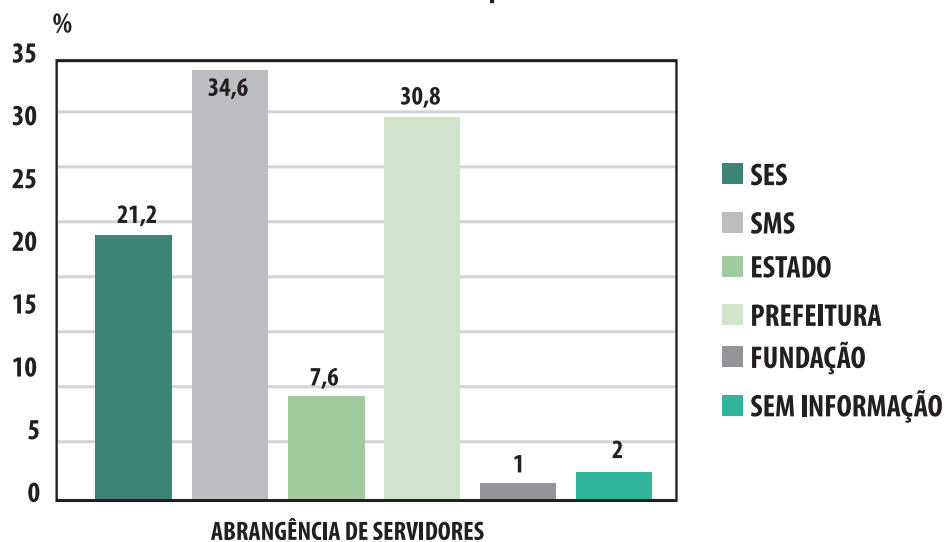


Quadro 6 - Carga Horária dos Planos de Carreira das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde

CARGA HORÁRIA (Horas)	Nº	%
30	04	7,5
40	11	21,0
Dedicação Exclusiva	01	2,0
36	01	2,0
30/20	07	13,4
30/20/24	01	2,0
30/20/10	01	2,0
30/20/12	02	3,8
30 com 20/40(opção)	05	9,6
30/40/20 e 24	02	3,8
30/24	01	2,0
20/40	06	11,4
20/30/40 e 12/24 (plantão)	01	2,0
20/40 (Médico e Odontólogo); 30/40 (opção); 12/24/36 (ininterrupto)	01	2,0
40/30/20/36/20	01	2,0
44/40/30/24/20	01	2,0
44/33/22	01	2,0
40/24	01	2,0
Sem Informação	04	7,6
TOTAL	52	100

Fontes: Dados da Pesquisa (DEGERTS, 2004)

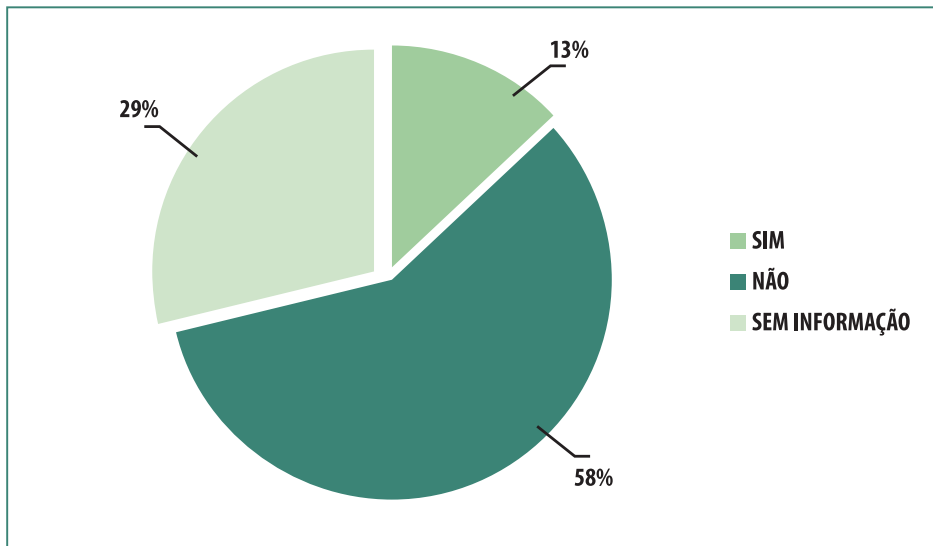
Gráfico 6 - Abrangência de servidores de acordo com os Planos de Carreira das secretarias estaduais e municipais de saúde



Fonte: Dados da Pesquisa (Degerts, 2004).

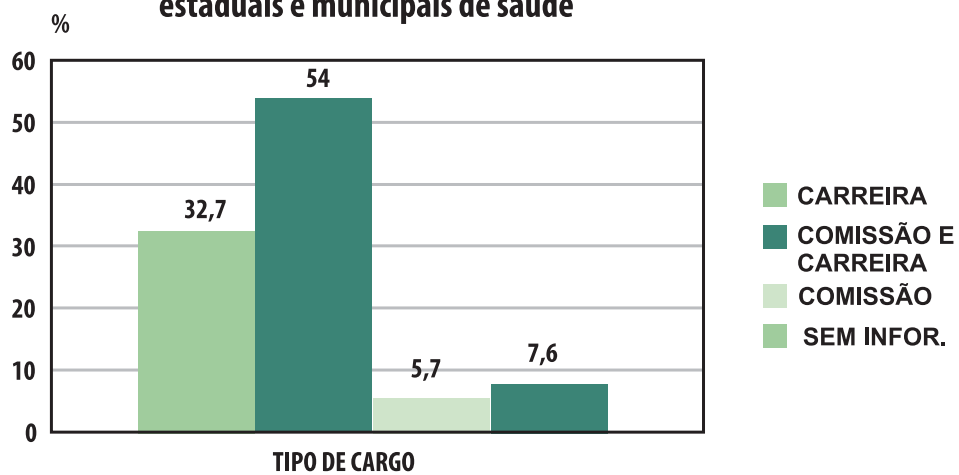


gráfico 7 - Ascensão de acordo com os Planos de Carreira das secretarias estaduais e municipais de saúde



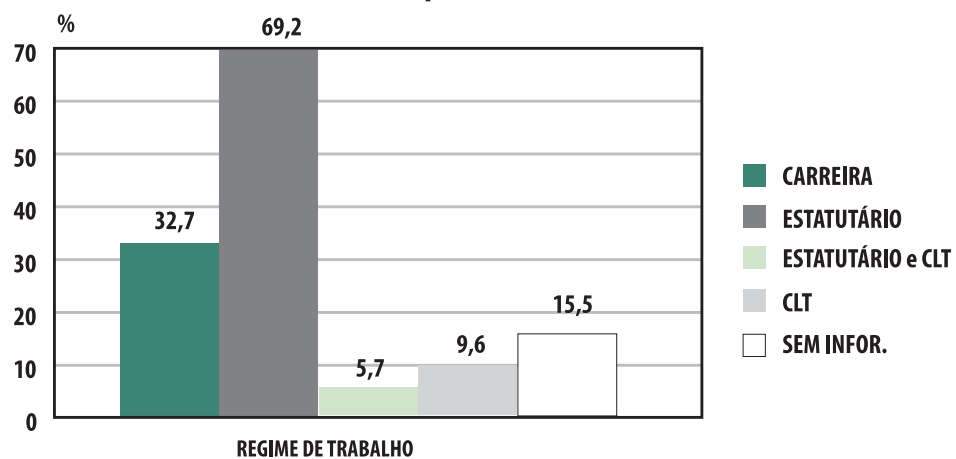
Fonte: Dados da Pesquisa (Degerts, 2004).

Gráfico 8 - Tipo de cargo dos Planos das secretarias estaduais e municipais de saúde



Fonte: Dados da Pesquisa (Degerts, 2004).

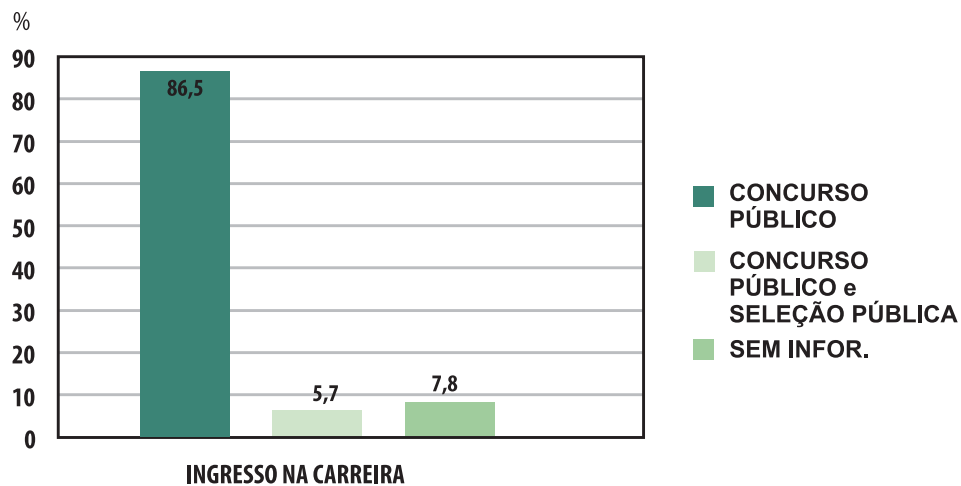
Gráfico 9 - Regime de trabalho dos Planos das secretarias estaduais e municipais de saúde



Fonte: Dados da Pesquisa (Degerts, 2004).

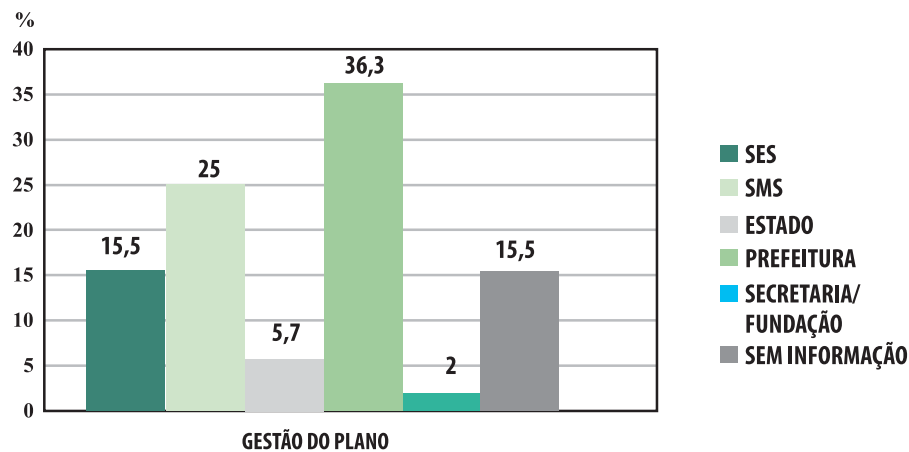


Gráfico 10 - Ingresso na carreira dos Planos das secretarias estaduais e municipais de saúde



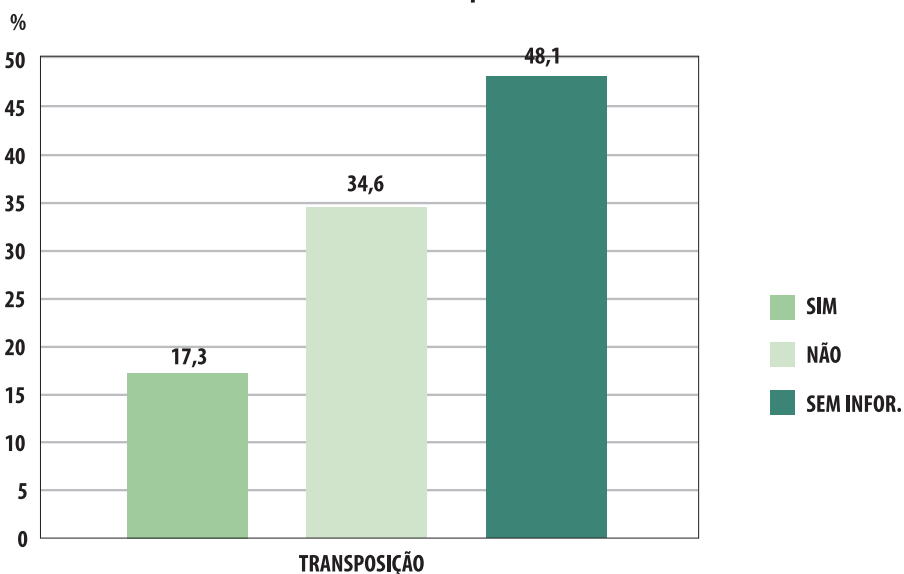
Fonte: Dados da Pesquisa (Degerts, 2004).

Gráfico 11 - Gestão dos Planos das secretarias estaduais e municipais de saúde



Fonte: Dados da Pesquisa (Degerts, 2004).

Gráfico 12 - Processo de transposição dos Planos das secretarias estaduais e municipais de saúde



Fonte: Dados da Pesquisa (Degerts, 2004).



Considerações finais

As secretarias de saúde estaduais e municipais que participaram da amostragem da pesquisa, e que elaboraram seus planos de carreira, demonstram grande diversificação entre eles no que se refere aos aspectos essenciais que constituem um Plano de Carreira. Observou-se, no que se refere a estrutura da carreira, que existe uma concentração maior na determinação dos cargos em dois, três e quatro níveis, que conjuntamente correspondem a 38,4%, sendo o restante distribuído de formas extremamente variáveis.

No desenvolvimento da carreira, verificou-se que o que predomina é a progressão e a promoção com 27,6% quando colocados como única forma de desenvolvimento, e que grande parte dos planos consideram a avaliação de desempenho importante, mas associada à progressão e à promoção que são critérios comuns a estes. No entanto, a variação que se observa dentre eles se deve a outros critérios existentes como a qualificação profissional, mobilidade, acesso, ascensão e outros.

Na análise sobre como ocorre a progressão, observou-se que 53,7% dos planos de carreira existentes determinam que o servidor só poderá progredir por meio do tempo de exercício, mérito e qualificação profissional, enquanto que o restante varia com critério único ou a associação de apenas dois critérios, porém, sempre referente a tempo de exercício, mérito e qualificação profissional. Quanto a ascensão, somente 8% dos planos adotam este critério.

Detectou-se que a carga horária é um dos pontos mais variáveis nos planos de carreira, visto que apenas 21% determinam que 40 horas seja a carga horária única para todos os servidores, enquanto que a carga horária de 30 horas está presente na maioria dos planos, em alguns PCCSs como carga horária padrão, e, nos outros, com opções para outras cargas horárias. Alguns determinam carga horária específica para os profissionais: médico e odontólogo, permitindo opções e carga horária padrão para os outros servidores. Verificou-se também que existe uma determinação específica para os plantões.

Os planos de carreira da amostra da pesquisa, que foram elaborados para abranger os servidores das secretarias de saúde dos municípios corresponderam a 34,6% e para os servidores das secretarias de saúde do estado corresponderam a 21,2%, enquanto que o restante fica sob a responsabilidade da gerência dos recursos humanos da Secretaria de Administração do Estado ou da Prefeitura Municipal.

Observou-se que referente ao tipo de regime de trabalho, em 69,2% dos casos o adotado foi o de estatutário. O ingresso na carreira se dá por meio de concurso público em 86,5%, e em relação ao processo de transposição, apenas 17,3% o adotam em seus planos.

No contexto analisado, percebe-se que os planos de carreira não obedecem a mecanismos rigorosos de estrutura e desenvolvimento de carreira, assim como a uma carga horária rígida, possibilitando uma maior adequação ao mundo do trabalho onde existem possibilidades variadas de inserção às diferentes categorias.

Referências Bibliográficas

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. *Política de recursos humanos para o SUS: balanço e perspectivas*. Brasília, 2002. 31p

CHERCHIGLIA, M. L.; BELISÁRIO, S. A. Pressupostos para a formulação de políticas de RH nos Sistemas Nacionais de Saúde. In: *Política de Recursos Humanos em Saúde. Seminário Internacional – Brasília, novembro de 2002*. Brasília: Ministério da Saúde/Opas/OMS, 2002. pág 165 -169 (org. OPAS)

MACHADO, M. H. Gestão Pública e Ética no Trabalho. In: Francisco Javier Uribe Rivera; Edmundo Gallo; Maria Helena Machado. (Org.). ... *Política de Recursos Humanos em Saúde. Seminário Internacional – Brasília, novembro de 2002*. Brasília: Ministério da Saúde/Opas/OMS, 2002.



QUESTIONÁRIO

IDENTIFICAÇÃO DA SECRETARIA DE SAÚDE

1. Secretaria de Saúde: estadual I__I municipal I__I
2. Localização: região _____ I__I__I (sigla)
 estado _____ I__I__I (sigla)
 município _____
3. Endereço: av. ou rua _____
 n.º _____ bairro _____ CEP _____
3. Se municipal, se encontra em municipalização plena ?
 Sim I__I Não I__I
4. Em caso positivo, há quanto tempo: anos I__I__I meses I__I__I

RECURSOS HUMANOS DA SAÚDE

1. Quais os tipos de profissionais de saúde contratados?

Nível Superior	Nível Médio

2. Quais e quantos profissionais de saúde são de nível municipal, estadual e federal ealocados nesta Secretaria?

Federal	Estadual	Municipal

3. Quantos tipos de contrato existem nesta Secretaria? I__I__I
4. Quais ? _____



5. Quais os planos de carreira existem e para quais profissionais de saúde?

Plano de Carreira	Tipo de profissional

6. Descreva a estrutura de cada Plano de Carreira existente.

- a) _____

- b) _____

- c) _____

- d) _____

- e) _____

- f) _____



Lídice Maria Araújo

Maria Helena Machado

Henrique Antunes Vitalino

Jorge Paiva

Daniela Cervo de Toloza

Introdução

O objetivo do presente texto é discutir o problema da precarização do trabalho no setor Saúde, buscando esclarecer o que se entende por trabalho precário bem como o que é desprecarização.

A primeira parte do texto mostra como a lógica instrumental moderna associou o trabalho ao emprego, ou seja, ao exercício de uma atividade remunerada, cuja finalidade principal é a acumulação de capital por meio do incremento da produtividade industrial.

Na modernidade, o trabalho deixou de ser parte da vida para se tornar um meio de se prover a vida. Foi reduzido a uma abstração racional, revestido de anonimato, desconsidera as experiências e os saberes de quem o executa, e é estreitamente vinculado ao dinheiro, à produtividade e ao desenvolvimento econômico.

Entretanto, atualmente, a crença enfatizada na modernidade ocidental de que o progresso fundamentado na indústria determinará uma nova rede de solidariedade, conduzida pelo trabalhador industrial, é posta em questão. O problema é que produzimos cada vez mais, melhor e mais rápido, com cada vez menos atividade humana.

Nesse sentido, a segunda parte do texto assume a análise com três focos: a) analisa, de forma resumida, alguns processos que compõem, em nível mundial, a tão comentada crise da sociedade do trabalho – o esgotamento da capacidade da produção econômica, o crescente endividamento dos Estados, o surto de desenvolvimento tecnológico, o aumento do desemprego e do subemprego; b) apresenta a proposta que, em determinado momento, foi seguida pelo Brasil para a retomada do desenvolvimento econômico, ou seja, a modernização do Estado, mediante o enxugamento da máquina estatal; c) mostra como a terceirização de serviços na administração pública foi efetuada de forma indiscriminada e sem a observância da lei, propiciando a intensificação do trabalho precário.

Já na terceira parte do texto, são discutidos o conceito de trabalho precário na Administração Pública e suas implicações, particularmente no Sistema Único de Saúde (SUS). As consequências da precarização do trabalho no SUS são ilustradas a partir da análise de dados concernentes aos trabalhadores inseridos no Programa Agentes Comunitários de Saúde (Pacs) e nas equipes do Programa Saúde da Família (PSF).

Por fim, as conclusões ressaltam que, se de um lado, as relações de trabalho formal ainda são predominantes, por outro, é importante compreender que o mercado de trabalho se diversificou e, por isso, precisa se adaptar às necessidades desse novo tempo. Não estamos vivendo o fim do

¹ Documento técnico elaborado pela equipe do Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde (Degerts) para subsidiar o Comitê Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS.



trabalho, mas uma profunda desqualificação deste, e um dos grandes desafios que se apresenta atualmente é o de criar normas e instituições que preservem o trabalho formal, para resgatar da informalidade uma significativa parcela de trabalhadores.

Trabalho e emprego

As sociedades modernas, assim como as idéias de coesão social e cidadania, foram construídas em torno da idéia de trabalho. Entretanto, atualmente, com o crescimento do desemprego, fala-se muito da crise da sociedade do trabalho. Será que estamos vivendo um novo tempo, o qual prescindido do trabalho?

A idéia de que o trabalho dignifica o homem e de que todo cidadão deve trabalhar para ser reconhecido socialmente é hoje plenamente aceita. Isto revela a naturalização do trabalho, visto como uma realidade universal e existindo desde sempre. Como o trabalho assumiu esta centralidade? Mas de qual trabalho se está falando?

Trabalho, em seu sentido mais amplo, é a aplicação das forças e das faculdades do homem à produção. Está ligado, portanto, à atividade, à obra produzida e ao esforço – material ou intelectual – que ele implica. A noção moderna de trabalho guarda íntima relação com o tipo particular de racionalidade econômica que foi construída a partir do desenvolvimento do capitalismo. Na verdade, o que nós entendemos hoje por trabalho é fruto de uma história recente, da modernidade do final do século XVIII, a partir da industrialização, da instauração de um mercado capitalista onde se estabelece a relação capital e trabalho e, conseqüentemente, o que denominamos de relação assalariada.

Com a industrialização moderna e a emergência do capitalismo, o trabalho passou a ser associado ao exercício de uma atividade produtiva, mediante o pagamento (salário). Outrora, o artesão produzia e comercializava seu produto diretamente, mantendo sua autonomia. O trabalho submeteu-se ao ritmo das máquinas e à disciplina fabril, ou seja, na passagem para a modernidade, o trabalho perdeu seu caráter de ato criativo e passou a ser associado fortemente ao exercício de uma atividade remunerada.

A característica particular dessa forma moderna de trabalho é que ela é vista como garantia de uma nova ordem social, mais justa e igualitária; reconhecida como uma atividade útil, essencial para a produção de mercadorias e a geração e acumulação de capital. A idéia de utilidade passou a ser associada à produtividade e à eficácia econômica, e a participação social passou a ser mediada pelo mercado de trabalho, configurando no espaço no qual o trabalhador vende sua força de trabalho e se integra ao sistema de produção social.

Com a expansão da sociedade capitalista e o contínuo desenvolvimento de novas formas de organização do trabalho, essa rede de relações foi sendo tecida em meio a freqüentes conflitos e embates entre seus atores principais: os donos do capital (empresários), que se empenham em manter o modo de produção capitalista; os trabalhadores que, organizados em sindicatos, buscam um equilíbrio entre o esforço despendido no processo de trabalho e as recompensas materiais, psicológicas e sociais dele advindas; e, por fim, o Estado, que produz as leis sobre esta ação, ou seja, o trabalho.

É importante ressaltar que essas relações dependem da conjuntura econômica e social, do desenvolvimento do aparato tecnológico e da correlação de forças dos seus agentes e são, geralmente, formalizadas em contrato, o qual visa promover as normas de proteção do trabalho vigentes. Assim, as sociedades passaram a regular, por meio da lei e do contrato, os mecanismos de contratação e “descontratação” do trabalho.

Pode-se afirmar então, que o sujeito típico da sociedade moderna é o cidadão-trabalhador-consumidor, que produz riquezas para a sociedade, consome, paga impostos e recebe serviços. Dessa forma, o trabalho assalariado – o emprego – passou a desempenhar o papel de inserção dos indivíduos na sociedade e sobre ele se erigiu a noção moderna de coesão e cidadania sociais. Ou seja, é a garantia do trabalho e emprego que regula o acesso aos direitos e às conquistas sociais. Assim, em torno do trabalho e emprego foram construídos sociabilidades, identidades e modos de existência.



O homem moderno internalizou o dever de trabalhar. Passa então a ser sistematicamente preparado pela família e pela escola para ocupar um lugar no mercado de trabalho; experimenta o sentimento de pertencer a uma comunidade de produtores (a classe trabalhadora); e passa a usufruir de uma aposentadoria – retribuição pelo trabalho de uma vida inteira. Isso é parte do que se convencionou chamar de sociedade do trabalho.

É justamente essa forma de trabalho que está desaparecendo. As transformações em curso na estrutura produtiva e a crise econômica desorganizaram o mundo do trabalho. Fragiliza-se a situação social dos trabalhadores que se vêem obrigados a transitar entre o desemprego e as chamadas formas atípicas de trabalho – contratos por tempo parcial, com restrições diversas, por projeto (que tem começo, meio e fim) ou mesmo nenhum contrato; quase sempre sem acesso às garantias e às políticas sociais, obedecendo apenas à lógica predatória e espoliativa do mercado. Esses processos serão abordados a seguir.

Fim do trabalho ou desqualificação do trabalho?

O mundo do trabalho tem experimentado mudanças profundas e definitivas em sua forma e estrutura. O primeiro aspecto dessa mudança se fez por meio da incorporação de novas máquinas e tecnologias, novas exigências de qualificação dos trabalhadores, novas técnicas organizacionais etc.

Embora perpassem toda a sociedade, essas alterações se fizeram sentir principalmente na estrutura dos mercados de trabalho, uma vez que a principal característica do capitalismo é a exigência, para se sobreviver, de um emprego, de um salário ou de algum dinheiro obtido por meio uma atividade profissional.

A conseqüência mais evidente dessas metamorfoses é a multiplicidade de processos que, atualmente, atingem o mercado de trabalho, que vai do desemprego à redução do número de trabalhadores bem remunerados, passando pela difusão de formas atípicas de trabalho, em face do abrandamento da legislação trabalhista e da redução da capacidade de negociação dos trabalhadores.

Na história da industrialização sempre houve uma tendência ao uso crescente de tecnologias e processos poupadores de trabalho e uma busca constante de produtividade. Da mesma forma, os países industrializados sempre conviveram com periódicas ondas de desemprego, que costumava decrescer à medida que era retomado o desenvolvimento econômico. Entretanto, não é isso que vem acontecendo nos tempos atuais. Obter um emprego é uma aspiração tão legítima quanto difícil em todo mundo.

A redução de milhares de postos de trabalho ocorre na mesma velocidade em que se consomem o desenvolvimento tecnológico e as mutações organizacionais. Não somente desfez-se a equação entre desenvolvimento econômico e crescimento do nível de emprego, como houve uma alteração qualitativa no universo do trabalho: enquanto em alguns ramos exige-se do trabalhador intensa qualificação, em outros ele se desqualificou profundamente.

Constata-se, portanto, não o fim da sociedade do trabalho, mas um processo de desqualificação do trabalho, expresso pelo aumento do trabalho precário e pela perda de direitos sociais adquiridos historicamente.

Da flexibilização à terceirização do trabalho

No Brasil, a flexibilização do trabalho e emprego ocorreu de forma sistemática a partir da Reforma Administrativa do Estado, preconizada no começo dos anos 1990. Os idealizadores da Reforma, fundamentados na necessidade de reduzir o aparato de Estado e marcados por excessos economicistas, consideraram a administração pública burocrática, formal e pouco eficiente.

O pensamento gerencial desses reformistas enfatizava que, diante das forças do mercado e das tecnologias modernas, era necessário ser rápido, ágil e eficiente. O modelo de administração defendido por eles enfatizava a extinção da burocracia e a adoção de um estilo gerencial-fundamentado na relação entre custo e benefício e em conceitos modernos de eficiência e competitividade. A competitividade internacional estava na ordem do dia.



Duas palavras simbolizavam a possibilidade de obtenção da tão sonhada inserção na economia internacional e no mundo globalizado: qualidade e produtividade. Sintonizada com esses princípios, a administração pública deveria buscar formar um quadro de pessoal ajustado permanentemente às mudanças tecnológicas, às variações do mercado e aos vários fatores culturais e econômicos específicos de cada instância de trabalho.

As empresas, o Estado e o mercado de trabalho precisariam, então, tornarem-se mais maleáveis diante das exigências do mercado. Nesse contexto, flexibilizar passou a significar encontrar formas de inserir, rapidamente, a pessoa certa no lugar certo, garantindo a satisfação do cliente. Na administração pública, isso apenas seria possível mediante ajustes nos vínculos de trabalho e nas formas de remuneração.

Ressalte-se que as propostas de reforma baseavam-se, ainda, na idéia de um suposto inchamento do Estado (herança do Estado desenvolvimentista), e no combate a um funcionalismo com privilégios e quase sempre pouco eficiente. No Brasil, as medidas adotadas para o enxugamento e a flexibilização da máquina estatal foram amplas: contratação interna (entre entidades de governo), contratação externa (com entidades privadas), estímulo à aposentadoria, privatização, desregulamentação e flexibilização do mercado e demissão de trabalhadores.

Nessa conjuntura, a flexibilização do trabalho se realizou, principalmente, por meio de contratações por serviços prestados. A terceirização, popularizada hoje no mundo dos negócios, é um neologismo cunhado a partir da palavra terceiro, entendido como intermediário, interveniente. Na linguagem empresarial caracteriza uma técnica de administração por meio da qual se interpõe um terceiro, geralmente uma empresa, na relação típica de trabalho. Trata-se de uma estratégia de gestão relacional - em que empresas mantêm o foco em sua atividade fim, repassando as atividades consideradas como secundárias e auxiliares para empresas prestadoras de serviços que se especializam de maneira mais racional e com um custo menor.

Nos países de capitalismo avançado as empresas buscam incorporar tecnologia, encontrar fornecedores mais capazes, alcançar qualidade, especialização e competência. Nesse comportamento, que pressupõe uma perfeita interação, pensa-se em longo prazo melhorando os custos, a produtividade, a eficiência, alcançando-se um alto nível de satisfação. Contudo, no Brasil, este processo provocou um desastre institucional, uma vez que resultou, fundamentalmente, na diminuição dos custos e maximização dos lucros em curto prazo por meio de redução e controle da mão-de-obra, intensificação da jornada de trabalho, discrepância salarial etc.

Na verdade, pode-se dizer que a terceirização e as primeiras medidas para a implantação de uma administração pública gerencial no Brasil ocorreram com a instituição do Decreto-Lei n.º 200, em 1967, que estabelece que a execução das atividades da administração federal deveria ser descentralizada, legalizando a transferência das atividades auxiliares - planejamento, coordenação, supervisão e controle - para a iniciativa privada. A idéia era romper com a rigidez da administração burocrática, atribuir maior operacionalidade às atividades econômicas do Estado e impedir o crescimento excessivo da máquina administrativa, isto é, descentralizar e modernizar a administração pública.

Por sua vez, o Tribunal Superior do Trabalho, por meio do Enunciado n.º 331, de sua Súmula, aprovado em 17 de dezembro de 1993, admitiu, além da terceirização de serviços de vigilância, de conservação e de limpeza, a contratação de serviços ligados à atividade meio da administração pública, desde que inexistentes a pessoalidade e a subordinação direta. Amparadas nas Leis n.º 8.666/93 e n.º 8.883/94, a Administração Pública Direta e Indireta podem contratar serviços de terceiros, tais como transportes, vigilância, conservação, manutenção, limpeza, publicidade, seguro e trabalhos técnico-profissionais.

Em relação especificamente à administração pública federal, a terceirização de serviços foi disciplinada pelo Decreto n.º 2.271, de 1997 que, em consonância com o Enunciado n.º 331 do TST, permitiu a execução indireta de atividades complementares, mediante contratação de serviços de terceiros. A administração pública também pode contratar temporariamente servidores, sem o requisito do concurso público, para atender a necessidade temporária de excepcional interesse público, conforme inciso IX do artigo 37 da Constituição Federal (regulamentado pela Lei n.º 8.745/93).

Desde a Constituição de 1988, a saúde passou a ser financiada com o orçamento da seguridade social e a política de recursos humanos em saúde foi marcada pelo resgate de ideais de justiça social, de recuperação dos direitos de cidadania e promoção do bem-estar.

Contudo, nos anos 90, estes princípios foram postos em xeque pelas linhas gerenciais de pensamento sobre a administração pública e pela necessidade dos gestores do SUS em encontrar soluções ágeis para situações apresentadas. A flexibilização na gestão de pessoal do SUS e o crescimento da tendência de contratação de mão-de-obra mudaram as políticas de recursos humanos em saúde e a base de valores que as orientam.

Dessa forma, no âmbito do SUS, a terceirização de pessoal passou a ser realizada, geralmente, por cooperativas, fundações, Organizações Sociais (OS) e Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (Oscip), atores institucionais do chamado Terceiro Setor², ou seja, conjunto das entidades da sociedade civil, devidamente organizadas, sob critérios específicos, para o desenvolvimento de ações de interesse público.

Já a modalidade de cooperativas pode ser organizada nos mais diferentes setores da economia. Nos últimos anos, as experiências mais significativas na atividade cooperada são as cooperativas de trabalho, as quais reúnem profissionais de diversas especialidades, geralmente desempregados, para prestar serviços a terceiros.

Em 1998, o Governo Federal sancionou a Lei n.º 9.637, regulando as Organizações Sociais (OS) e, em 1999, a Lei n.º 9.790/99, mais conhecida como a Lei do Terceiro Setor, instituiu as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (Oscip). As OSs e as Oscips são entidades privadas – pessoas jurídicas de direito privado – sem fins lucrativos³ que são declaradas de interesse social e utilidade pública.

Suas relação com o Poder Público é operada mediante Contrato de Gestão (no caso de OS) e Termo de Parceria (no caso de Oscip), por meio do qual podem receber recursos de entidades públicas, bem como a cessão de recursos materiais e humanos. Em contrapartida, comprometem-se ao desempenho de certas tarefas, que serão acompanhadas e avaliadas pelo Poder Público.

As OSs e as Oscips, diferentemente das Organizações Não-Governamentais (ONGs), têm melhor definidas suas áreas de atuação, que incluem: ensino, pesquisa científica, desenvolvimento tecnológico, proteção e preservação do meio ambiente, cultura, saúde e promoção de direitos humanos, cidadania, democracia e outros valores universais. Ao regular o funcionamento dessas entidades, a Lei reconheceu como tendo caráter público organizações não estatais, propiciando à sociedade a possibilidade de elaborar e executar políticas sociais e ter o controle social dessas políticas, escapando da histórica tutela do Estado. Esse é um movimento de caráter mundial, contudo, no Brasil, essas entidades são largamente utilizadas com um desvio de função: transformaram-se, em muitos casos, em um mecanismo generalizado para a precarização das relações de trabalho.

No caso brasileiro, a terceirização posta em prática por meio de organizações sociais ou entidades de interesse público está, em boa parte, associada à precarização do mercado de trabalho, concretizando-se em meio à possibilidade de contratações ilícitas, ao aumento de vínculos de trabalho informais e à flexibilização da legislação trabalhista, com a redução ou eliminação de encargos sociais (trabalhistas e previdenciários).

Nesse sentido, critica-se a contratação indireta de trabalhadores na administração pública, ressaltando que tal prática promoveu a precarização do trabalho nos serviços de saúde, com graves implicações na gestão de pessoal: multiplicação de trabalhadores de distintas esferas do governo com contratos por serviço prestado; acúmulo de modalidades de vínculos e pagamentos, provocando desigualdades entre os trabalhadores; sublocação de serviços, que dilui a figura do empregador e favorece o desrespeito aos fins e aos princípios do SUS.

² O primeiro setor é o governo, que é responsável pelas questões sociais. O segundo setor é o privado, responsável pelas questões individuais.

³ No entanto, enquanto as OSs têm, obrigatoriamente, em seu corpo administrativo, representantes do Poder Público, as Oscips prescindem desses representantes em sua composição administrativa.



Atualmente, há um amplo consenso sobre a necessidade de superar entraves e limitações dos processos gerenciais de recursos humanos adotados nos serviços de saúde. A rigidez constitucional ao mesmo tempo em que tenta preservar direitos, propicia a busca de mecanismos que ignoram esses mesmos direitos. Vale lembrar que, no Brasil, os modelos conhecidos de proteção social e de regulação do trabalho estão muito distantes do que se convencionou chamar, nos países europeus, de *Welfare State*.

A celebração das virtudes modernizantes do mercado, a defesa da redução do papel do Estado e o desmantelamento dos serviços públicos, pregados pelo modelo neoliberal, apenas reativaram as contradições, tensões e conflitos que, entre nós, são históricos. Nesse sentido, a flexibilização não criou, mas aprofundou a fratura entre uma sociedade organizada, enlevada com as promessas de modernidade, e uma sociedade inteiramente submissa às inevitáveis leis da economia e desde sempre excluída de qualquer sistema formal de trabalho e de proteção social.

Dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2002) analisados pela Secretaria da Previdência Social, revelam que existem 27 milhões de trabalhadores ocupados, socialmente desprotegidos, isto é, que não contribuem para a Previdência e não recebem nenhum benefício (BRASIL, 2004b). Se considerarmos que a População Economicamente Ativa (PEA)⁹ do País está em torno de 62 milhões, quase metade da PEA tem relações irregulares de trabalho e está excluída do sistema de proteção social.

A novidade da situação atual é que a vulnerabilidade social, traduzida na ausência de proteção legal do trabalho, vem atingindo setores antes mais valorizados e preservados, como o serviço público, por exemplo, que passou a utilizar a terceirização de forma indiscriminada e, muitas vezes, sem a observância da lei. É fato que a flexibilização, mediante contratação de serviços na administração pública, é praticada, no Brasil, há muito tempo, tendo em vista que o Decreto-Lei n.º 200 é de 1967.

Entretanto, nos anos 90, em decorrência da conjuntura econômica e política, esse processo, entre nós, se aprofundou e assumiu outra conotação. Buscando o equilíbrio dos gastos públicos, negligenciou-se a gestão de recursos humanos, o que impôs desafios cruciais para o processo de construção do Sistema Único de Saúde. Por sua vez, a busca pelo equacionamento dos problemas do sistema de saúde incrementou o debate sobre a importância de uma Política de Recursos Humanos para a Saúde, ponto que vem se apresentando de maneira recorrente na pauta de interesse dos gestores.

Na *IX Conferência Nacional de Saúde* e na *II Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde*, realizadas em 1992 e 1993, respectivamente, os temas formação, qualificação e gestão do trabalho em saúde surgem como preocupação.

Recentemente, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) publicou a pesquisa *Estruturação da Área de Recursos Humanos nas Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal*, que indica a precarização do trabalho como um dos principais problemas apontados pelos dirigentes de RH na área de gestão. No mesmo sentido, posicionou-se na Carta de Natal, firmada pelos participantes do *XX Congresso Nacional dos Secretários Municipais de Saúde*, realizado em Natal, em março de 2004, que, ao definir um conjunto de estratégias para a gestão do trabalho, incorporou as ações de combate à precarização das relações de trabalho.

No SUS, a difícil compatibilização entre o mundo do trabalho e os direitos sociais pode ser vislumbrada quando se analisa a situação laboral e institucional dos agentes comunitários de saúde (ACS).

O que é trabalho precário?

No levantamento bibliográfico realizado para a preparação deste documento, não foi encontrada uma definição precisa para o termo trabalho precário. De acordo com a definição clássica, trabalho precário é a ausência de proteção social do trabalho, isto é, situação em que este se realiza desprovido de certos direitos e benefícios constitucionalmente assegurados. Além disso, outras variáveis podem se somar a este conceito, como, por exemplo: baixos vencimentos ou salários, inadequadas condições de trabalho etc.



Assim, o Ministério da Saúde assume que a precariedade do trabalho está relacionada com alguma irregularidade. Diz respeito à situação de desobediência às normas vigentes do Direito Administrativo e do Direito do Trabalho, sendo um ponto comum entre essas normas a proteção social ao trabalho.

Mas, do ponto de vista da administração pública, proteção social não significa somente o pleno gozo de direitos laborais. O fato de existir a cobertura social legalmente exigida, com direitos e benefícios garantidos ao trabalhador, não é suficiente para caracterizar o trabalho como regular. Outras exigências podem não estar sendo observadas como, por exemplo, o concurso público.

Na administração pública, a contratação sem concurso público tornou-se possível por meio da terceirização dos serviços. Nesse caso, o trabalho é considerado precário porque o trabalhador foi absorvido de forma irregular, excetuando os casos previstos em lei, isto é, foi admitido sem concurso público. Seu vínculo com o Estado não tem base legal.

Outrossim, a terceirização sem limites se configura fraude à lei, uma vez que ofende o inciso II do art. 37 da Constituição Federal, que impõe o concurso público de provas, ou de provas e títulos para investidura em cargo ou emprego público da administração pública. Nesse caso, a contratação de mão-de-obra por meio de empresa interposta é irregular. O trabalho precário também pode ser conceituado a partir da atividade executada pelo trabalhador, ou seja, se ligada à atividade-meio ou atividade-fim, em função dos objetivos perseguidos pela instituição contratante. É nesse sentido que a terceirização pode ser associada à precarização, caso o trabalho realizado pelo empregado da prestadora coincida com os objetivos da empresa. Assim, o trabalho precário conceituado em relação à ilegalidade do vínculo não oferece qualquer garantia de proteção social a quem o exerce.

Em face das inúmeras interpretações, o trabalho precário tem sido, freqüentemente, apontado como um dos processos resultantes do que se convencionou denominar de flexibilização do trabalho ou do emprego. A configuração que estas questões assumiram no contexto brasileiro será analisada a seguir.

Trabalho precário no SUS: o caso dos ACS

De acordo com o Departamento de Atenção Básica (DAB/MS), em maio de 2004 (BRASIL, 2004c) o País já contava com aproximadamente 191.289 trabalhadores. Desse total, 81.025 trabalhadores, ou seja, 45%, estão localizados na Região Nordeste, e 47.421, em torno de 24% se encontram na Região Sudeste.

Constata-se que as formas de vinculação dos ACS adotadas pelas secretarias municipais de saúde são as mais variadas: cooperativas, bolsas de trabalho, pagamento por reconhecimento de dívida, prestação de serviços, contrato temporário, entre outras. Segundo dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2004c), as formas de vinculação institucional do ACS, têm a seguinte conformação:

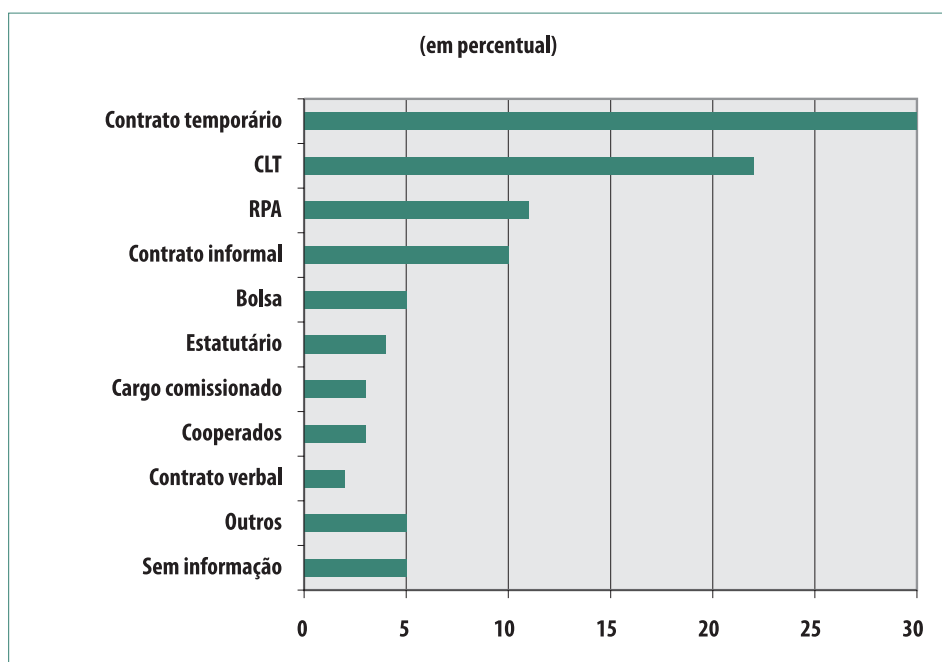


Tabela 1 - Percentual de Agentes Comunitários de Saúde segundo tipo de vínculo Brasil, 2001-2002

MODALIDADE DE VÍNCULO	(%)
Estatutário	4,0
CLT	22,0
Cargo comissionado	3,0
Contrato temporário	30,0
Bolsa	5,0
Prestação de Serviços	11,0
Cooperado	3,0
Contrato informal	10,0
Contrato verbal	2,0
Outros	5,0
Sem informação	5,0
TOTAL	100,0

Fonte: Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica, 2002

Gráfico 1- Vínculos de Trabalho dos Agentes Comunitários Brasil, 2001-2002



Fonte: Pierantoni, C.; Porto, S., 2005. Documento técnico elaborado para o Degerts/MS. Estudo sobre formas contratuais dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS): modalidades e alternativas de contratação.

* RPA= Recibo de Pagamento Autônomo.

O Gráfico 1 revela que apenas 26% dos agentes comunitários de saúde têm vínculo institucional e formas de contratação estáveis (estatutários e celetistas). Os vínculos de trabalho classificados como precários abertos (bolsa, contrato informal e contrato verbal), perfazem o total de 28%. Essa precariedade também é observada ao se analisar as modalidades de contratação dos outros profissionais da equipe saúde da família. A fragilidade das modalidades de contratação compromete a dedicação dos trabalhadores e contribui para a alta rotatividade e insatisfação profissional.

O emprego formal, regulado por dispositivos legais e socialmente protegido, é possível por meio do vínculo celetista e do regime jurídico dos servidores públicos estatutários do município. O regime celetista foi adotado como via preferencial para expansão e reposição do quadro de pessoal da administração pública nas três esferas de governo, a partir da reforma administrativa do Estado e da promulgação da Emenda Constitucional n.º 19.

Os cargos comissionados, criados com base em autorização do poder legislativo, são exercidos em caráter temporário e reservados às funções de confiança.

Os contratos temporários, assim como aqueles feitos via cooperativa, podem abranger tanto relações celetistas quanto relações informais, irregulares juridicamente e desprotegidas socialmente.

Os contratos de prestação de serviços são geralmente justificados com base na Lei n.º 8.745, de dezembro de 1993, que prevê a contratação de pessoal para atender um excepcional interesse público. Nesse caso, os trabalhadores são considerados autônomos e remunerados mediante Recibo de Pagamento de Autônomo (RPA).

Nos casos de contratos de prestação de serviço, contratos informais e contratos verbais, o trabalhador recebe apenas o valor nominal de seu salário, excluídas as obrigações sociais previstas em lei. Somadas essas categorias, a pesquisa realizada mostra que a informalidade e irregularidade dos vínculos de trabalhos dos ACS são de, aproximadamente, 30%, excetuando as contratações temporárias e as feitas via cooperativas.

Essa multiplicidade de alternativas de vínculo institucional não é privilégio apenas dos ACS, estende-se a todos os membros das equipes do Programa Saúde da Família, como mostra a Tabela 2.

Tabela 2 - Percentual de profissionais das equipes do PSF com contratação precária - Brasil, 2001-2002

MODALIDADE DE VÍNCULO	EQUIPES (%)
Médicos	18,1
Enfermeiros	25,7
Auxiliares de enfermagem	18,6
Agentes Comunitários	29,7
Cirurgiões-dentistas com contrato precário de trabalho	29,2
Técnicos de higiene dental	8,9
Auxiliares de consultório dentário	19,1

A precariedade do vínculo também na espantosa instabilidade que atinge as equipes do PSF. O tempo de permanência dos profissionais de saúde nas equipes, mostrado na Tabela 3, atesta isso.

Fonte: Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica, 2002

Tabela 3 - Percentual de tempo de permanência dos profissionais nas equipes do PSF - Brasil, 2001-2002

TEMPO DE PERMANÊNCIA NAS EQUIPES	EQUIPES (%)
Médicos com 1 ano ou menos	76,8
Enfermeiros com 1 ano ou menos	65,3
Auxiliar de enfermagem com 1 ano ou menos	52,9
Cirurgião-dentista com 1 ano ou menos	84,5
Técnico de higiene dental com 1 ano ou menos	80,4
Auxiliar de consultório dentário com 1 ano ou menos	84,8

Fonte: Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica, 2002



A inserção dos profissionais nas equipes de saúde da família é recente: na média nacional, as equipes trabalham há menos de um ano, sendo os percentuais mais elevados para os médicos (76,8%) e a equipe de saúde bucal. O reduzido tempo de permanência dos profissionais nas equipes pode se constituir um fator limitante para o desempenho das ações, uma vez que o vínculo com a comunidade constitui-se requisito essencial para a qualidade do trabalho das equipes do Pacs e do PSF.

Segundo os autores Santos, Uchoa e Meneleu Neto (2004, p. 167), na pesquisa realizada por eles, pode ser constatado que a contratação de auxiliares de enfermagem é em sua maioria feita por regime celetista (73,29%) e apenas 18,89% são pelo regime estatutário. Afirmam os autores: é importante ressaltar que foram detectados seis estados que absorvem auxiliar de enfermagem sob contrato temporário, ou por prestação de serviço (Bahia, Ceará, Maranhão, Paraíba, Pernambuco e Roraima), ao passo que o Estado de Roraima apresentou maior percentual de contratações temporárias.

Da mesma forma, o estudo revela índices elevados de contratação em regime celetista de caráter temporário também para os técnicos de enfermagem, ou seja, 70,76%. A maioria dos estados considerados enquadra-se nesse padrão, com destaque para o Rio Grande do Norte (90%), com maior percentual e, Roraima, com o menor percentual de celetistas, destacando-se ainda pelas elevadas freqüências para as outras formas de contratação e de trabalho temporário.

A utilização do trabalho sugere que esse mecanismo tem considerável relevância nas políticas de recursos humanos das entidades de saúde, correspondendo a 18,92% das formas de suprimento de carência entre as entidades investigadas (SANTOS; UCHOA; MENELEU NETO, 2004, p. 175).

A estreita relação entre a carência e a forma de supri-la mostra-se reveladora dos mecanismos de contratação de trabalho precário nas diferentes unidades da federação. No estado do Ceará, por exemplo, a terceirização como forma de suprir a carência atinge 25% das instituições. O desvio de função é outro mecanismo para suprir carência de pessoal. É o que se verifica, sobretudo, nos estados do Ceará (50%), Bahia (28,57%) e Pernambuco (25%). O aumento da carga horária é considerável nos casos do Amapá (50%), da Bahia (42,26%), e do Ceará (25%) (SANTOS; UCHOA; MENELEU NETO, 2004, p. 176).

Por outro lado, os autores analisaram em seu estudo que a diversidade de situação para suprir a carência de pessoal é crescente, revelando-se o elevado percentual de outras modalidades. Em Alagoas (66,67%), no Pará (33,33%), na Bahia (28,57%), e em Pernambuco (25%) essas outras modalidades incluem sistemas de cooperativas de trabalho, outras formas de contrato de prestação de serviços e modalidades diversas de ralação institucional de cessão de pessoal (SANTOS; UCHOA; MENELEU NETO, 2004, p. 176).

A situação dos agentes de comunitários no Estado do Rio Grande do Norte não é diferente da situação do resto do País; a existência de diferentes formas de inserção desses trabalhadores vem gerando distintos problemas para este e para a gestão do trabalho (CASTRO; VILAR; FERNANDES, 2004, p.107).

O resultado dessa flexibilidade precarizante, caracterizada pelo flagrante desrespeito à lei, é a deflagração de graves conflitos entre Estado e trabalhadores, ou seja, atribuiu-se à esfera judicial a atribuição de regularizar o trabalho. No caso dos ACS, por exemplo, cresce a cada dia o número de processos judiciais desses trabalhadores, reivindicando seus direitos trabalhistas.

Considerações finais

O mundo do trabalho mudou. E uma das características mais marcantes dos mercados de trabalho, atualmente, é a substituição do emprego fixo, socialmente protegido e de longa duração, por outras formas de trabalho. Cada vez mais sujeito aos ditames do mercado econômico, o emprego formal está em franco declínio, inclusive no setor público, a despeito de fortes resistências corporativas e sindicais.

A reforma do Estado, no começo dos anos 1990, disseminou a idéia de que a flexibilização do emprego público e um rígido controle do governo sobre os gastos com pessoal seria a solução para a obtenção do ajuste fiscal. Puro engano. A reforma administrativa foi precipitada, truncada,

traumática e, ao final, revelou-se também inútil, no que se refere ao ajuste das contas públicas. Provocou uma grande desestruturação do serviço público, com a utilização da prática da terceirização de forma indiscriminada, sem critérios e, muitas vezes, ilegal.

Para contornar a rigidez das normas de contratação e remuneração, os gestores adotaram situações e alternativas atípicas para a contratação de trabalhadores, reduzindo os custos indiretos decorrentes das contribuições aos fundos sociais de proteção ao trabalhador. A possibilidade de obter uma remuneração direta mais elevada que o salário médio do setor público, também fez prosperar o trabalho informal e criou uma situação perversa: transformou a ilegalidade em realidade penosa e, ao mesmo tempo, desejável.

Assim, a passagem do emprego fixo para o trabalho variável teve como uma das principais conseqüências uma grave desproteção dos trabalhadores. Por outro lado, constata-se que, hoje, o gestor público muito dificilmente pode prescindir de alternativas de subcontratação de serviços. Sabe-se que, atualmente, nos hospitais públicos a contratação de trabalhadores não ocorre somente nos serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, serviços gerais de limpeza, vigilância, manutenção e outros caracterizados como atividades-meio como recomenda a legislação pública. Dados de pesquisa comprovam que, no momento, no setor Saúde, a terceirização é extremamente relevante para a obtenção de serviços em inúmeras especialidades (anatomia patológica, diálise, fisioterapia, anesthesiologia, etc.) (GIRARDI; CARVALHO; GIRARDI JR., [200-?]). Como afirma Machado (2000), a revolução tecnológica tornou o processo de trabalho em saúde mais complexo, obrigando freqüentemente os trabalhadores a lidar com equipamentos sofisticados e de alta precisão e a executar procedimentos que exigem uma refinada qualificação técnica.

Porém, muitas vezes, o mercado de trabalho não dispõe de trabalhadores qualificados em número suficiente para atender à demanda. Assim, os poucos existentes podem usufruir da prerrogativa de combinar várias modalidades de trabalho e de reivindicar uma relativa mobilidade. Não se adaptam, portanto, à relação tradicional de emprego fixo. Nesse sentido, a flexibilização pode ser vista como um instrumento que visa garantir aos serviços uma força de trabalho capaz de responder qualitativa e resolutivamente aos problemas de saúde da população, conforme assinala documento elaborado pela Abrasco (ABRASCO, [2004?]).

É certo que o mundo do trabalho nas sociedades contemporâneas é um caleidoscópio, muda a todo o momento. Mas é igualmente certo que o trabalho não é uma mercadoria qualquer, como pensam os adeptos do capitalismo selvagem. Ele é resultado do esforço humano e precisa ser valorizado, respeitado e protegido em todas as suas formas. Todo trabalhador precisa ter um mínimo de previsão sobre o que vai acontecer consigo quando faltar ao trabalho, quando faltar saúde, assim como o que acontecerá com sua família depois de sua morte.

O trabalho precisa, então, se adaptar às necessidades e aos desafios desse novo tempo. Um desses desafios é criar normas e instituições que sejam capazes de garantir, no novo contexto do trabalho, aquilo que é garantido no contexto do emprego. As velhas instituições são inadequadas para proteger os novos modos de trabalhar. Com os olhos voltados para o retrovisor, estão preocupadas apenas em manter antigos direitos, em vez de lutar pela instituição de novos direitos. Esquecem-se que o novo mundo do trabalho não assinala o fim do emprego, mas o aprofundamento das transformações do emprego e novas formas de trabalho, o que exige um debate sobre a criação de proteções mais ajustadas a essas mudanças. O que importa, enfim, é proteger o trabalhador.

Assim, as mudanças que estão em curso podem também ser vistas como contendo a possibilidade de novas formas de trabalho e de organização. É importante ressaltar que, apesar da aparente imobilidade social e da sensação de estarmos vivenciando o fim da sociedade de direitos, os novos contingentes de trabalhadores não estão somente lamentando os direitos perdidos, mas estão se organizando para buscar os direitos aos quais efetivamente possam ter acesso nesse atual contexto de transformações.



Referências Bibliográficas

- ABRASCO. OFICINA DE TRABALHO . *Gestão do trabalho: regulação x precarização: o fenômeno da terceirização no setor público de saúde*. [S.l.: s.n., 2004?]. Disponível em: <www.abrasco.org.br/Congresso%20SC/Oficinas/Gestao.pdf> . Acesso em: set. 2004.
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (Conass). *Estruturação da área de recursos humanos nas secretarias de saúde dos estados e do Distrito Federal*. Brasília, 2004a.
- _____. Ministério da Previdência Social. Secretaria de Previdência Social. Coordenação-Geral de Estudos Previdenciários. Cobertura previdenciária: evolução 1999 – 2000 e aperfeiçoamento metodológico. In: _____. *Informe da Previdência Social*, Brasília, n. 5, maio 2004b.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Avaliação Normativa do Programa Saúde da Família no Brasil: monitoramento da implantação e funcionamento das equipes de saúde da família, 2001 – 2002*. Brasília, 2004c.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. *Gestão do Trabalho e da Regulação Profissional em Saúde: Agenda Positiva*. Brasília, 2005.
- CASTRO, J. L., VILAR, L. A.; FERNANDES, V. P. Precarização do trabalho do agente comunitário de saúde: um desafio para a gestão do SUS. In: FALCÃO, A.; PARANAGUÁ, J. S.; SANTOS NETO, P. M. (Org.). *Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil: estudos e análise*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. p. 105-120.
- GIRARDI, S. N.; CARVALHO, C. L.; GIRARDI JR., J. B. *Formas institucionais de terceirização de serviços em hospitais da Região Sudeste do Brasil: um estudo exploratório*. [S.l.:s.n, 200-?].
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílios. 2002. Disponível em: <www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2002/default.shtm>.
- MACHADO, M. H. Gestão do trabalho em saúde no contexto de mudanças. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 34, jul./ago., 2000.
- NOGUEIRA, R. P.; BARALDI, S.; RODRIGUES, V. A. Limites críticos das noções de precariedade e despreciação do trabalho do trabalho na administração pública. In: FALCÃO, A., PARANAGUÁ, J. S.; SANTOS NETO, P. M. (Org.). *Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil: estudos e análise*. Brasília: Ministério da Saúde, p. 81-103, 2004.
- SANTOS, J. B.; UCHOA, J. F.; MENELEU NETO, J. Precarização do trabalho de nível técnico em saúde no Nordeste: um enfoque nos auxiliares de técnicos de enfermagem. In: FALCÃO, A.; PARANAGUÁ, J. S.; SANTOS NETO, P. M. (Org.). *Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil: estudos e análise*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. p. 163 – 182.



Estudo sobre formas contratuais dos agentes comunitários de saúde (ACS): modalidades e alternativas de contratação¹

Célia Regina Pierantoni

Silvia Marta Porto

Introdução

O mercado de trabalho formal do setor saúde absorve cerca de 2,15 milhões de empregos, o que representa aproximadamente 9% dos postos de trabalho existentes na economia formal do país. Os empregados em profissões e ocupações de saúde somam cerca de 47% deste contingente. Apesar da contração de outros setores da atividade econômica na década, o setor saúde continua em expansão. Tradicionalmente tem sido um importante gerador de empregos pela absorção extensa de uma massa significativa de pessoas que não têm formação específica utilizada em funções auxiliares administrativas e de apoio na prestação de serviços.

Assim, acompanhando tendências internacionais, no Brasil, vem apresentado expansão ou manutenção de postos de trabalho, sendo que o setor público possui participação expressiva. Pelas características do processo de trabalho em saúde a incorporação tecnológica tem características somatórias e não diminui postos de trabalho: pode criar necessidade de novos (por exemplo expansão da atenção básica) e criar novas demandas de atividades ou ocupações para o setor (agentes comunitários de saúde, cuidadores de jovens e idosos, novas especialidades, por exemplo).

No campo do tema recursos humanos em saúde devemos destacar a existência de diversificados atores sociais e interesses corporativos presentes em arenas de conflito. Essas incluem, além das já apontadas, diferentes profissionais com especificidades distintas incorporadas no processo de trabalho e no desenvolvimento do trabalho coletivo em saúde. Por outra via, a área de saúde agrega um contingente expressivo de trabalhadores sem formação ou habilitação específica para o trabalho a ser desenvolvido no setor (desempenhando funções auxiliares em diversos planos laborais).

É consensual apontar algumas das características comuns no plano de recursos humanos e da gestão do trabalho observadas nas últimas décadas:

- aumento do trabalho informal com diminuição de vínculos formais;
- expansão do setor serviços;
- aumento de qualificação para o trabalho;
- Flexibilidade das relações contratuais;
- Diminuição da capacidade regulatória do estado.

É conhecido que relações estabelecidas com a temática de recursos humanos em saúde envolvem diferentes sistemas de formulação de políticas com autonomia, direcionalidade e centralização próprias **não regulados pela política setorial**, mas diretamente afetados pela **regulação Estatal diversificada para a área de RH**. Esses sistemas incluem além do aparato educacional e sua conformação peculiar, os sistemas administrativos centralizados em políticas ampliadas para recursos humanos e o aparato jurídico-legal que sustenta as relações de trabalho desde a regulamentação das profissões à normatização das relações de emprego, em suas mais variadas expressões.

¹ Documento Técnico elaborado pelo DEGERTS para subsidiar o Comitê Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS.

² Médica, Doutora em Saúde Coletiva, Professora e Pesquisadora do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Diretora do Departamento de Gestão da Educação na Saúde do Ministério da Saúde.

³ Economista, Pesquisadora da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca-Fiocruz.



O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), criado a partir de 1991, e o Programa de Saúde da Família (PSF) a partir de 1994, com o objetivo de reorganização da prática de atenção à saúde com atividades de prevenção, promoção e recuperação da saúde, representam tanto iniciativas relacionadas tanto com expansão do mercado como de reestruturação do processo de trabalho em saúde via o trabalho em equipe e criação de nova ocupação para o setor (agente comunitário de saúde).

Desta forma, a expansão da assistência demandada pelo programa PACS/PSF vem incorporando um contingente expressivo de trabalhadores que, face a restrições de diversas ordens (por exemplo as limitações impostas pela Lei de Responsabilidade Fiscal), apresentam diversas modalidades de contratação com vínculos que se distribuem desde os mais formais e protegidos pela legislação vigente, até os chamados contratos “de boca”. Estes parecem também não possuir desenhos relacionados com categorias profissionais ou nível de escolaridade, envolvendo diversificados valores na forma de retribuição financeira, apresentando tipologias sempre criativas e crescentes e formas de combinação as mais variadas.

Nesse contingente os agentes comunitários de saúde representam um grupo trabalhadores, sem qualificação específica, reconhecidos como ocupação em fase de regulamentação.

O Ministério da Saúde e a organização corporativa desses trabalhadores demandam estudos que apontem para, de um lado, que modalidades de vínculos em seus aspectos nacionais e regionais são aplicadas ou identificadas para esses trabalhadores, de outro, que volume de recursos financeiros e qual o impacto orçamentário representado pela contratação desses trabalhadores em modalidades de vínculos com garantias contratuais trabalhistas e de seguridade social asseguradas pela legislação vigente.

Assim, no cumprimento dos objetivos e etapas do estudo:

Objetivo Geral

Propor diretrizes para a regulação de modalidades de contratação para agentes comunitários de saúde.

Objetivos específicos

Identificar quais as formas de contratação dos ACS no País.

Caracterizar aspectos gerais e regionalizados das modalidades encontradas.

Estimar os gastos federais destinados ao financiamento do ACS tanto em volume total como de sua participação no montante de recursos dependidos nessa esfera de governo.

Propor modelo(s) de contratação e simulação do impacto financeiro desse(s) modelo(s).

Levantamento de informações e bases de dados para realização do estudo

A pesquisa baseou-se no levantamento da legislação vigente, consultas a gestores do Ministério da Saúde com relação aos repasses financeiros/incentivos aplicáveis ao programa de saúde da família (PSF) e de pesquisas em bases de dados existentes.

Bases de dados

Nessa etapa, entre as bases de dados levantadas, optou-se pela utilização de duas fontes: uma, resultado de pesquisa - **monitoramento da implantação e funcionamento das equipes de saúde da família** e outra, o **Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB)** sendo os critérios de escolha:

- fontes de dados originadas pelo próprio Ministério da Saúde.

- características das fontes:
 - fornecimento de dados quantitativos e qualitativos adequados aos objetivos do estudo;
 - caráter universal e não amostral das fontes;
 - acessibilidade ao banco dados primários;
 - possibilidade de desagregação e tratamento dos dados.

Os bancos de dados analisados foram disponibilizados pelo Ministério da Saúde.

1. Monitoramento da implantação e funcionamento das equipes de saúde da família

1.1. Características do banco de dados⁴:

A expansão significativa do número de equipes de saúde da família nos últimos anos fez com que se expandisse também a preocupação do Departamento de Atenção Básica/SPS/MS (hoje Departamento de Atenção Básica/Secretaria de Atenção à Saúde – DAB/SAS), com a análise da situação de implantação do programa.

Constatando a ausência de um processo regular e homogêneo de acompanhamento dos municípios pelas equipes estaduais, o DAB decidiu, em 2001, realizar o Monitoramento da Implantação e Funcionamento das Equipes de Saúde da Família no Brasil.

O estudo teve caráter censitário, sendo realizado em todas as unidades da federação com equipes cadastradas no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) no mês anterior a coleta dos dados. Assim, considerou “equipe implantada” aquela inserida, no mês anterior à aplicação dos instrumentos, nos bancos de dados que geram informações para transferência de recursos financeiros de incentivos federais do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde.

Foi realizada em parceria com as Secretarias Estaduais de Saúde, a partir junho de 2001, teve como alvo 100% das equipes implantadas. Em dezembro do mesmo ano, concluída sua primeira fase, o monitoramento abrangeu 4.814 equipes de nove unidades da federação, com diferente distribuição regional. Em 2002, a coleta de dados estendeu-se para todos os estados, sendo concluída no início do segundo semestre, com êxito no cumprimento de cobertura da totalidade de equipes implantadas, o que representou, em números absolutos, 13.973 equipes.

A coleta de dados foi realizada através de um instrumento elaborado pela equipe técnica do DAB, um questionário semi-estruturado (denominado “Roteiro de Observações para Equipe de Saúde da Família”), aplicado em todas as equipes do PSF, e que buscava a identificação de elementos dos seguintes agrupamentos:

- A) identificação das equipes de saúde da família;
- B) implantação da equipe;
- C) infra-estrutura da unidade básica de saúde;
 - i. área física;
 - ii. equipamentos;
 - iii. medicamentos;
 - iv. materiais de consumo e insumos;
- D) processo de trabalho das equipes;
- E) acesso aos serviços e procedimentos;
- F) recursos humanos;
 - i. vínculo contratual;
 - ii. jornada de trabalho;
 - iii. remuneração;
 - iv. capacitação.

⁴ Fonte: MACHADO, H. Análise das práticas assistenciais na área da saúde da mulher nas equipes do programa de saúde da família: um estudo de caso selecionado. Tese de mestrado. IMS/UERJ, 2002.



Os dados foram coletados nas próprias unidades básicas onde atuam as equipes de saúde da família. O questionário foi aplicado por entrevistadores selecionados e capacitados pelo Ministério da Saúde, via *Manual de Preenchimento do Roteiro de Observações*.

No item **recursos humanos** foram selecionados os dados relativos aos ACS e testada a validade e consistência dos dados .

1.2 Registro de informações relativas aos ACS

A partir da base de dados da pesquisa fornecida pelo DAB/SAS foram selecionados os dados relativos aos ACS e agrupados por unidade da federação, região e Brasil. Esta seleção comportou modalidades de contratação (tipos de vínculos declarados). Adicionalmente foi feita pesquisa sobre as faixas salariais coletadas no instrumento analisado com o objetivo de se estabelecer médias de retribuição financeira praticadas pelas unidades da federação/regiões. Assim, a Tabela 1 aponta os resultados obtidos por modalidade de vínculo (em unidades federadas, regiões e Brasil) e a existência de informações sobre retribuição salarial nas equipes estudadas. Do total das equipes pesquisadas obtiveram-se dados relativos aos ACS em 13.254 equipes.

A tabela com os dados relativos ao ACS, por Estado e região do País é apresentada a seguir:

Tabela 1 - Modalidade de contratação e informação salarial por unidade da federação e regiões - Brasil, 2001-2002

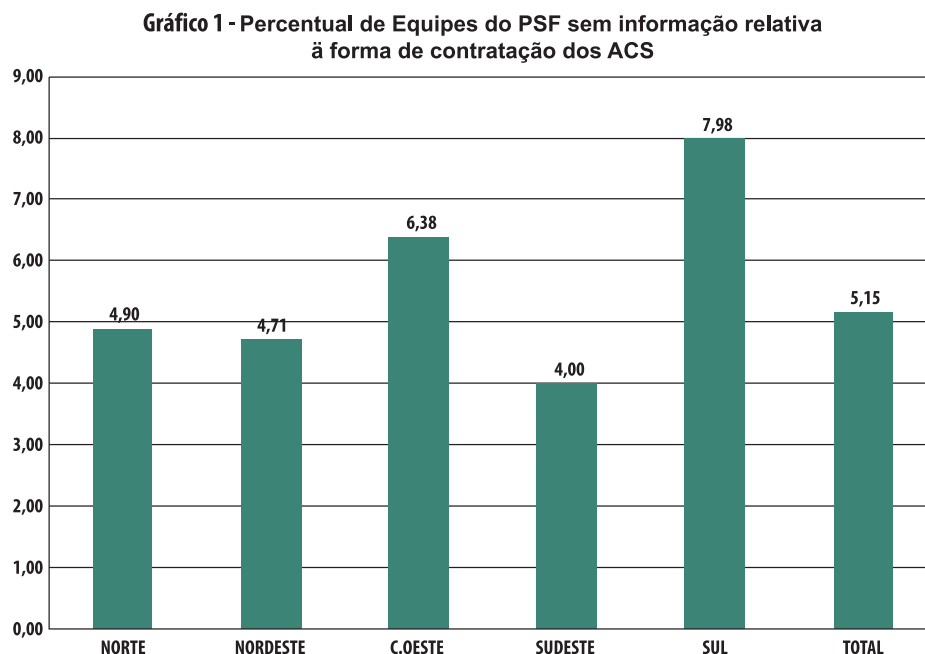
UF	Estatutário	CLT	Contrato temporário	Cargo comissionado	Bolsa	RPA	Cooperado	Contrato informal	Outros	Contrato verbal	Sem informação forma contratual	Total	Sem informação salarial
AC	1	-	20	-	13	5	8	21	-	-	3	71	5
AM	-	9	176	7	2	13	-	72	-	14	7	300	6
AP	-	-	-	-	-	-	-	24	-	-	1	25	25
PA	3	74	82	7	16	19	-	99	6	16	7	329	6
RO	19	15	25	3	-	11	-	9	-	2	25	109	25
RR	-	45	2	-	-	-	-	14	-	1	5	67	5
TO	12	6	133	7	-	21	-	14	-	3	6	202	6
NORTE	35	149	438	24	31	69	8	253	6	36	54	1.103	78
AL	64	10	35	4	33	61	-	-	274	-	42	523	523
BA	10	55	186	17	41	133	19	92	24	72	30	679	27
CE	59	485	136	1	53	105	27	184	61	44	34	1.189	41
MA	-	20	8	6	127	19	1	32	16	-	23	253	253
PB	2	1	17	1	265	89	-	120	58	-	17	570	570
PE	18	93	520	74	32	68	101	119	49	24	28	1.126	18
PI	1	70	7	-	56	275	-	18	-	-	54	481	481
RN	12	6	94	2	68	48	-	151	-	24	16	421	12
SE	3	3	109	16	-	87	64	-	4	-	17	303	303
NORDESTE	169	743	1.112	121	675	885	212	716	486	164	261	5.545	2.228
DF	-	55	-	-	-	-	-	-	-	-	-	55	-
GO	3	88	294	28	-	247	-	1	7	-	63	731	731
MS	2	1	52	82	-	19	-	-	-	1	15	172	15
MT	16	26	149	23	2	60	1	28	2	16	4	327	5
C. OESTE	21	179	495	133	2	326	1	29	9	17	82	1.285	751
ES	1	98	148	11	13	2	19	-	9	-	17	319	19
MG	153	356	690	101	2	64	19	339	35	19	51	1.829	48
RJ	16	131	391	12	-	49	77	37	2	10	68	793	70
SP	62	652	196	23	6	42	2	7	44	-	24	1.058	1.058
SUDESTE	232	1.238	1.425	147	21	157	117	383	90	29	160	3.999	1.195
PR	91	345	187	29	2	46	2	14	65	-	109	884	884
RS	8	203	95	7	-	14	35	5	11	-	3	381	2
SC	22	233	272	27	1	43	73	23	18	8	57	777	47
SUL	121	781	554	63	3	103	110	42	94	8	163	2.042	933
TOTAL	578	3.081	4.024	488	732	1.540	448	1.423	685	254	720	13.974	5.185

Fontes: Monitoramento da implantação e funcionamento das equipes de saúde da família - MS, 2001-2002



1.3 Modalidades de contratação

Do total de equipes pesquisadas em todos dos estados ou regiões os valores encontrados foram inferiores a 10% de equipes “sem informações” referentes à modalidade de contratação como observado na Tabela 2 . A região que acumulou um maior percentual de “sem informação” foi a região sul (aproximadamente 8%). A distribuição desses valores por região e total Brasil pode ser observada no Gráfico 1, a seguir.



Fonte: Monitoramento da implantação e funcionamento das equipes de saúde da família – MS, 2001-2002

De acordo com o observado na Tabela 1, na região Norte o estado de Roraima foi o que se destacou com o maior índice de “sem informação” (25 em 109 equipes pesquisadas); na região Nordeste destacaram-se Piauí (54 em 481 equipes) e Maranhão (23 em 253 equipes); na região Centro-oeste Goiás (63 em 731 equipes) e Mato Grosso do Sul (15 em 172 equipes). Na região Sudeste o estado do Rio de Janeiro foi o que apresentou maior ausência de informações sobre modalidades de contratação dos ACS (68 em 793 equipes pesquisadas) e na região Sul o Paraná (103 em 884 equipes).

Destaca-se que na região Norte cerca de 17% dos contratos declarados são sob a modalidade estatutário e CLT; na região Nordeste cerca de 16%; na região Centro-oeste 15%; na região Sudeste 36% e Sul cerca de 45% que acumulam no total Brasil 26%.



Tabela 2 - Número de equipes de ACS e distribuição percentual segundo forma contratual, por região Brasil, 2001-2002.

Grandes Regiões	Nº de Equipes/ Porcentagem (%)	Estatutário	CLT	Contrato Temporário	Cargo comissionado	Bolsa	RPA	Cooperado	Contrato informal	outros	Contrato verbal	Sem informação da forma contratual	Total
NORTE	Nº	35	149	438	24	31	69	8	253	6	36	54	1.103
	%	3,2	13,5	39,7	2,2	2,8	6,3	0,7	22,9	0,5	3,3	4,9	100,0
NORDESTE	Nº	169	743	1.112	121	675	885	212	716	486	164	261	5.545
	%	3,0	13,4	20,1	2,2	12,2	16,0	3,8	12,9	8,8	3,0	4,7	100,0
C. OESTE	Nº	232	1.238	1.425	147	21	157	117	383	90	29	160	3.999
	%	5,8	31,0	35,6	3,7	0,5	3,9	2,9	9,6	2,3	0,7	4,0	100,0
SUDESTE	Nº	121	781	554	63	3	103	110	42	94	8	163	2.042
	%	5,9	38,2	27,1	3,1	0,1	5,0	5,4	2,1	4,6	0,4	8,0	100,0
SUL	Nº	21	170	495	133	2	326	1	29	9	17	82	1.285
	%	1,6	13,2	38,5	10,4	0,2	25,4	0,1	2,3	0,7	1,3	6,4	100,0
TOTAL	Nº	578	3.081	4.024	488	732	1.540	448	1.423	685	254	720	13.974
	%	4,1	22,0	28,8	3,5	5,2	11,0	3,2	10,2	4,9	1,8	5,2	100,0

Fonte: Monitoramento da implantação e funcionamento das equipes de saúde da família -MS 2001-2003

A seguir apresentamos as representações gráficas percentuais, em valores aproximados, das informações obtidas sobre modalidades de contratação regiões e Brasil.

2. Sistema de informação da atenção básica (SIAB)

2.1 Características do sistema:

O SIAB foi criado em 1998, a partir do Sistema de Informações do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (SIPACS), que, por sua vez, foi concebido para produzir informações sobre o acompanhamento das famílias e o processo de trabalho desenvolvido pelos agentes comunitários. Foi desenvolvido pela então Coordenação da Saúde da Comunidade/Secretaria de Assistência à Saúde, hoje Departamento de Atenção Básica/Secretaria de Atenção à Saúde, em conjunto com o Departamento de Informação e Informática do SUS/Datusus/SE, para o acompanhamento das ações e dos resultados das atividades realizadas pelas equipes do PSF.

O SIAB fornece informações sobre cadastros de famílias, condições de moradia e saneamento, situação de saúde, produção e **composição das equipes de saúde**.

Assim, a finalidade do SIAB é produzir informações que possibilitem conhecer e analisar a situação de saúde, acompanhar a execução das ações e avaliar a transformação da situação de saúde. Caracteriza-se como um sistema de informação territorializado que coleta dados que possibilitam a construção de indicadores populacionais referentes a áreas de abrangência bem delimitadas: áreas e micro-áreas de atuação das equipes e dos agentes comunitários.

As informações coletadas pelo SIAB constituem a base de dados para os repasses financeiros/incentivos para PSF, do nível federal para as outras esferas federativas, consistindo-se em fonte de dados atualizada sobre o quantitativo de profissionais (cadastro), especialmente ACS.

2.2 Registro de informações relativas aos ACS.

Para essa etapa da pesquisa foram utilizadas os dados cadastrais relativos aos ACS de 1999 a 2003 disponibilizados e apresentados no quadro a seguir. Esses dados estão atualizados para o ano de 2004 em tabela e gráfico no Anexo 1.

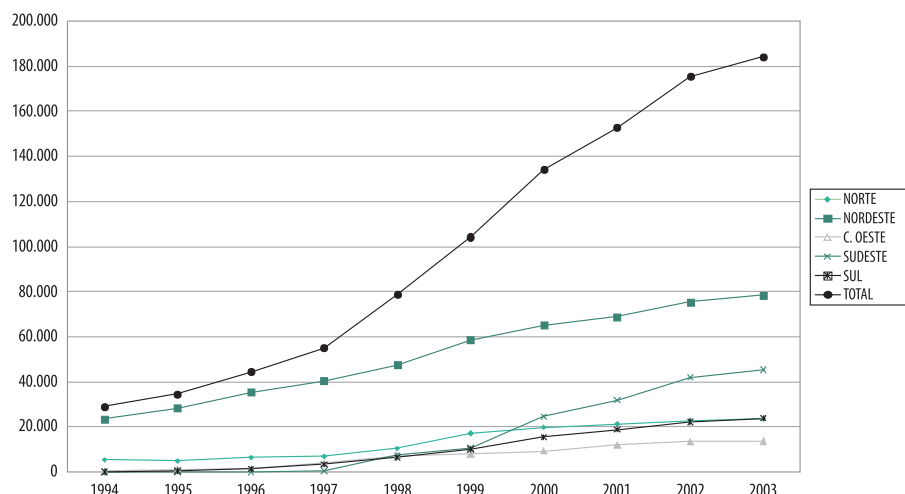
Tabela 3 - Série histórica do número de agentes comunitários de saúde 1999 - 2003

UF	1999	2000	2001	2002	2003
AC	638	808	827	871	956
AM	3.356	4.674	4.893	5.039	5.091
AP	800	837	801	894	900
PA	7.765	8.637	9.650	10.279	10.820
RO	1.833	1.991	2.117	2.175	2.124
RR	233	266	402	532	531
TO	2.385	2.507	2.570	2.837	2.977
NORTE	17.010	19.720	21.260	22.627	23.399
AL	3.375	3.684	3.905	4.266	4.329
BA	14.528	16.577	17.608	19.279	19.630
CE	9.490	9.773	9.899	10.242	10.536
MA	7.239	8.101	8.822	10.442	11.170
PB	4.457	5.093	5.441	5.960	6.599
PE	9.514	10.628	11.158	11.586	12.188
PI	3.872	4.716	5.127	5.925	5.960
RN	3.936	4.233	4.331	4.779	4.977
SE	2.312	2.442	2.566	2.898	3.044
NORDESTE	58.723	65.247	68.857	75.377	78.433
DF	439	618	710	658	0
GO	3.791	4.682	5.961	6.648	6.891
MS	1.772	1.741	2.440	2.744	3.008
MT	1.934	2.296	2.815	3.273	3.552
C. OESTE	7.936	9.337	11.926	13.323	13.451
ES	1.304	2.667	3.479	4.085	4.307
MG	5.432	11.207	14.142	16.709	18.518
RJ	1.145	3.338	5.471	6.422	6.128
SP	2.744	7.367	8.891	14.781	16.275
SUDESTE	10.625	24.579	31.983	41.997	45.228
PR	4.498	6.769	8.137	9.348	9.911
RS	3.150	4.120	4.600	5.299	5.825
SC	2.273	4.501	6.102	7.492	8.094
SUL	9.921	15.390	18.839	22.139	184.341

Fonte: SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica

O gráfico a seguir apresenta a evolução do número de ACS no período de 1994 a 2003. Observa-se um incremento expressivo a partir de 1997, destacando-se a prioridade do programa para a região Nordeste e Sudeste.

Gráfico 2 - Evolução do Número de ACS no Brasil/ Região. 1994-2003



Fonte: Ministério da Saúde, SIAB, 1994-2003.



3. Estimativas de despesas para contratação de ACS: estatutários e celetistas

A partir dos dados coletados aplicamos a estrutura percentual do tipo de contrato sobre os valores absolutos de ACS por região e em seguida excluimos os contratados estatutários, celetistas e sem informação. Essa opção foi realizada pela impossibilidade de determinar, com clareza, como são realizados as outras modalidades de contrato, sabendo-se que podem transitar da total informalidade (contratos verbais) a formas mais formais (cooperativas, cargos comissionados, etc.). Os valores apurados estão na tabela a seguir:

Tabela - 4- Estimativa do Número (*) ACS s/ Tipo de Contrato por Grandes Regiões - Brasil-2001-2002

Região	Contratos Temporários	Cargos comissionados	Bolsa	RPA	Cooperados	Contratos Informais	Total
Norte	9.292	509	658	1.464	170	6.258	18.351
Nordeste	15.732	1.712	9.549	12.520	2.999	19.326	61.838
Centro-Oeste	16.117	1.663	238	1.776	1.323	5.678	26.795
Sudeste	6.465	735	35	1.202	1.284	1.680	11.401
Sul	5.182	1.392	21	3.412	10	576	10.593
Total	52.788	6.011	10.501	20.374	5.786	33.518	128.978

(*) Exclui estatutários, celetistas e os sem informação.

Fonte: MS/ SIAB, Sistema de Informação da Atenção Básica

O repasse do governo federal (MS) por região foi estimado tendo-se como base a legislação vigente para repasse de incentivos para a atenção básica, o que corresponde a 13 parcelas do salário mínimo vigente (duzentos e sessenta reais) com um valor médio mensal de duzentos e oitenta e hum reais e sessenta e sete centavos. Estima-se um repasse médio mensal de R\$36.328.803, 33 (trinta e seis milhões, trezentos e vinte e oito mil e oitocentos e três reais e trinta e três centavos).

Tabela - 5 - Estimativa dos repasses efetuados pelo MS para financiamento dos ACS sem tipo de contrato por grandes regiões - Brasil-2001-2002

Região	Contratos Temporários	Cargos comissionados	Bolsa	RPA	Cooperados	Contratos Informais	Total
Norte	2.617.246,67	143.368,33	185.336,67	412.360,00	47.883,33	1.762.670,00	5.168.865,00
Nordeste	4.431.180,00	482.213,33	2.689.635,00	3.526.466,67	844.718,33	5.443.490,00	17.417.703,33
Centro-Oeste	4.539.621,67	468.411,67	67.036,67	500.240,00	372.645,00	1.599.303,33	7.547.258,33
Sudeste	1.820.975,00	207.025,00	9.858,33	338.563,33	361.660,00	473.200,00	3.211.281,67
Sul	1.459.596,67	392.080,00	5.915,00	961.046,67	2.816,67	162.240,00	2.983.695,00
Brasil	14.868.620,00	1.693.098,33	2.957.781,67	5.738.676,67	1.629.723,33	9.440.903,33	36.328.803,33

Valor mensal=260+(260/12)=281,67

Fonte: SIAB 2003, Monitoramento da implantação e funcionamento das equipes de saúde da família -MS 2001-2002, legislação básica, MS.

3.1 Estimativa para contratação com vínculo estatutário

Para os cálculos utilizamos a legislação vigente para essa modalidade de contratação, agregando dados do censo IBGE, 2000 sobre número de dependentes (salário família estimado) por região. Pelos valores encontrados estima-se que, além das diferenças de composição das modalidades de contrato entre as regiões, existem diferenças na composição da remuneração final. Os dados obtidos são apresentados a seguir:

Quadro 1 - Estimativa contratação Estatutário

Descrição	R\$	Região	Nº de Dependentes	Salário Família R\$	Região	Despesa por ACS R\$
Salário	260,00	Norte	2,6	52	Norte	372,67
1/3 SM Ad. Férias	7,22	Nordeste	2,2	44	Nordeste	364,67
1 SM/12 13º salário	21,67	Sudeste	1,6	34	Centro-Oeste	352,67
Sub Total 1	288,89	Sul	1,5	32	Sudeste	350,67
11% INSS	31,78	Centro-Oeste	1,7	30	Sul	354,67
Sub Total 2	320,67					

Fontes: Pesquisa modalidades de contratação dos ACS, 2005

Comparando-se os valores de repasse federal com os valores estimados de despesa para contratação nessa modalidade obtivemos um acréscimo percentual de 29,60 %. Note-se que, apesar desse percentual permanecer inalterado com o acréscimo dos “sem informação”, em valores absolutos essa diferença pode aportar um aumento significativo na despesa.

Quadro 2 - Estimativa para contratação com vínculo estatutário e repasses efetuados pela esfera federal (MS)

Estimado Estatutários	Repasses e Efetuados pelo MS	Estimado Estatutários	Repasses e Efetuados pelo MS
R\$ 47.082.668,37	R\$ 36.328.803,33	R\$ 50.466.966,27	R\$ 38.978.723,33
DIF	10.753.865,03	DIF	11.488.242,93
DIF %	29,6	DIF %	29,6

Não inclui os sem informação

Inclui os sem informação

Fontes: Pesquisa modalidades de contratação dos ACS, 2005

3.2 Estimativa para contratação com vínculo celetista

Utilizando-se a legislação vigente e os parâmetros regionais de composição familiar anteriores, os cálculos obtidos foram:

Quadro 3 - Estimativa para Contratação Celetista

Descrição	R\$	Região	Nº de Dependentes	Salário Família R\$	Região	Despesa por ACS R\$
Salário	260,00	Norte	2,6	52	Norte	423,22
1/3 SM Ad. Férias	7,22	Nordeste	2,2	44	Nordeste	415,22
1 SM/12 13º salário	21,67	Sudeste	1,6	32	Centro-Oeste	403,22
Sub Total 1	288,89	Sul	1,5	30	Sudeste	401,22
20% INSS	57,78	Centro-Oeste	1,7	34	Sul	405,22
8,50% FGTS	24,56					
Sub Total 2	371,22					

Fontes: Pesquisa modalidades de contratação dos ACS, 2005

A comparação entre os repasses efetuados pela esfera federal (MS) e as despesas estimadas estão a seguir mantendo-se as mesmas observações gerais para a contratação na modalidade estatutária.



Quadro 4 - Estimativa para contratação com vínculo estatutário e repasses efetuados pela esfera federal (MS)

Estimado	Repasses e	Estimado	Repasses e
Contrato CLT	Efetuosos pelo MS	Contrato CLT	Efetuosos pelo MS
R\$ 53.668.428,36	R\$ 36.328.803,33	R\$ 57.533.109,19	R\$ 36.978.723,33
DIF	17.339.625,02	DIF	18.554.385,86
DIF %	47,73	DIF %	47,73
Não inclui os sem informação		Inclui os sem informação	

Fontes: Pesquisa modalidades de contratação dos ACS, 2005

4. Atualização de cálculos

Os dados quantitativos relativos aos ACS para o ano de 2004 demonstram um aumento do número mais expressivo na Região Sul (de cerca de 4.782 ACS sobre o crescimento de 9528 observado no País).

Na tabela a seguir apresentamos as estimativas de ACS com contratos estatutários e celetistas e as demais formas de vinculação, tomando-se como base que cerca de 26% dos contratos estão sob aquelas modalidades de contratação apontada na pesquisa do monitoramento (2001-2002). Em valores absolutos representa que cerca de 143 462 ACS trabalham sem vínculos formais no País.

Tabela 6 - Distribuição dos ACS segundo vínculos estatutário, celetista e precários.

	2000	2001	2002	2003	2004
Total de Nº ACS	134.273	152.865	175.463	184.341	193.867
Nº ACS Estatutários ou CLT	34.911	39.745	45.620	47.929	50.405
Nº de ACS com vínculos precários	99.362	113.120	129.843	136.412	143.462

Fontes: Ministério da Saúde/SAS/DAB, 2001-2002

A partir da definição de regularização dos vínculos via contratação na modalidade celetista e do no piso salarial de maio de 2005, os cálculos foram refeitos importando hoje em um valor médio de R\$ 428,33 (quatrocentos vinte e oito reais e trinta e três centavos) por ACS, sendo R\$ 128,33 reais (cento e vinte e oito reais e trinta e três centavos) correspondentes a encargos sociais.

Tabela 7 - Estimativa de contratação do ACS modalidade celetista (referência maio 2005)

	R\$	
Salário	300,00	
1/3 SM	Ad. Férias	8,33
1 SM/12	13º salário	25,00
	SubTotal 1	333,33
20%	INSS	66,67
8,50%	FGTS	28,33
	SubTotal 2	428,33
Total de encargos sociais		128,33

Fontes: Pesquisa modalidades de contratação dos ACS, 2005

Na tabela seguinte são calculados os valores estimativos médios de dispêndio acrescido do salário família atualizado (R\$ 21,27 referência maio 2005), por região.

Tabela 8 - Estimativa de dispêndio com salário família e total, na modalidade celetista, por região, referência maio 2005

Região	Nº de Dependentes	Salário Família R\$	Região	Despesa por ACS R\$
Norte	2,6	55,3	Norte	483,6
Nordeste	2,2	46,8	Nordeste	475,1
Centro-Oeste	1,7	36,2	Centro-Oeste	464,5
Sudeste	1,6	34,0	Sudeste	462,4
Sul	1,5	31,9	Sul	460,2

Fontes: IBGE, Censo Demográfico, 2000, Pesquisa sobre modalidades de contratação dos ACS, 2005

O reajuste do salário mínimo e consequentemente dos encargos sociais em maio de 2005 implicou em um aumento de aproximadamente 14,5% tanto para os vínculos estatutário como para celetista. A estimativa atual de despesas está em torno de R\$ 53 847 812 para estatutários e de R\$ 61 447 182 para celetista.

A seguir verificamos a distribuição dos ACS segundo porte populacional e a relação ACS por habitante, demonstrando que esta relação é maior quanto menor o porte do município.

Tabela 9 - Relação ACS/habitante, por municípios, segundo porte populacional

Porte do Município	Nº de Municípios	População Total	Nº de ACS	ACS/habitante
até 5000	1355	4.543.680	9.024	504
5001-10000	1318	9.462.263	17.655	536
10001-20000	1345	19.300.768	34.014	567
20001-50000	992	29.842.544	45.562	655
50001-100000	311	21.814.612	27.408	796
100001-500000	205	42.036.211	32.400	1.297
Mais de 500000	34	50.243.202	26.693	1.882

Fontes: IBGE, Censo Demográfico, 2000, Ministério da Saúde/SAS/DAB, 2001-2002, SIAB, MS

Na tentativa de verificar se os municípios de maior porte tem uma distribuição de contratos mais formais e que essa formalização tende a diminuir nos de menor porte, comparamos a distribuição das modalidades de vínculos declarados nas capitais e nos demais municípios de alguns estados selecionados, um em cada região do País. Assim, foram selecionados na região norte - o estado do Pará, na região nordeste - o Ceará, e o estado de Minas Gerais na região sudeste, o estado do Paraná na região sul e o estado de Goiás, na região centro-oeste. Ficando assim a distribuição:

- No estado do Pará, a capital Belém apresenta 97% dos ACS contratados via CLT; já nos demais municípios observa-se que essa modalidade representa apenas 5% dos contratos declarados.
- Em Fortaleza, capital do Ceará, os contratos temporários respondem por 96% das formas contratuais, enquanto no restante do estado em torno de 51% dos contratos estão na modalidade celetista (45%) e estatutário (6%).
- No estado de Minas Gerais, em Belo Horizonte cerca de 92% dos contratos são celetistas e 2% estatutários, enquanto no restante do estado observamos que 21% estão distribuídos nessas modalidades, com predomínio de contratos temporários.
- No estado do Paraná, a capital responde com maioria de contratos celetistas e nos demais municípios observa-se um tendência diversa da observada no estados anteriores com cerca de 46% das modalidades contratuais distribuídas entre celetistas e estatutários.
- No estado de Goiás, Goiana contrata 83% dos ACS via CLT, enquanto o restante do estado tem 46% de temporários e 39% de prestadores de serviço. No estado de Goiás, Goiana contrata 83% dos ACS via CLT, enquanto o restante do estado tem 46% de temporários e 39% de prestadores de serviço.



5. Regularização de vínculos

Em uma tentativa para estimar despesas com regularização de vínculos por ano trabalhado, foram calculadas os encargos relativos ao número de ACS incorporados por ano de trabalho, a partir dos dados da série histórica do SIAB e a composição de vínculos da pesquisa do monitoramento (2001- 2002). Utilizamos o valor base de R\$ 128,33 por ACS – valor atualizado para maio de 2005, e um quantitativo de ACS estimado sem vínculos, excluindo-se a média nacional de 26% contratados como estatutário ou celetista.

O valor calculado de R\$ 128,33 (cento e vinte e oito reais e trinta e três centavos) inclui os valores proporcionais de adicional de férias, décimo terceiro, INSS e FGTS. No **anexo 2** apresentamos as estimativas relativas ao salário família, discriminado por região em função das desigualdades existentes na composição familiar entre as regiões.

Tabela 10 - Estimativas de encargos sociais por ano trabalhado para ACS sem vínculos formais.

Descrição	Número de ACS sem vínculo formal/número de anos trabalhados	Estimativa de encargos sociais * R\$	Estimativa de salário família ** R\$	Total encargos sociais R\$
1 ano	7.050	10.856.194	3.523.127	14.379.322
2 anos	6.570	20.234.212	6.566.510	26.800.722
3 anos	16.723	77.256.036	25.071.175	102.327.211
4 anos	13.758	84.747.572	27.501.383	112.248.955
5 anos	99.362	765.067.528	248.273.045	1.013.340.573
Total	143.463	958.161.541	310.935.241	1.269.096.782

* Base R\$ 128,33 por ACS/mês

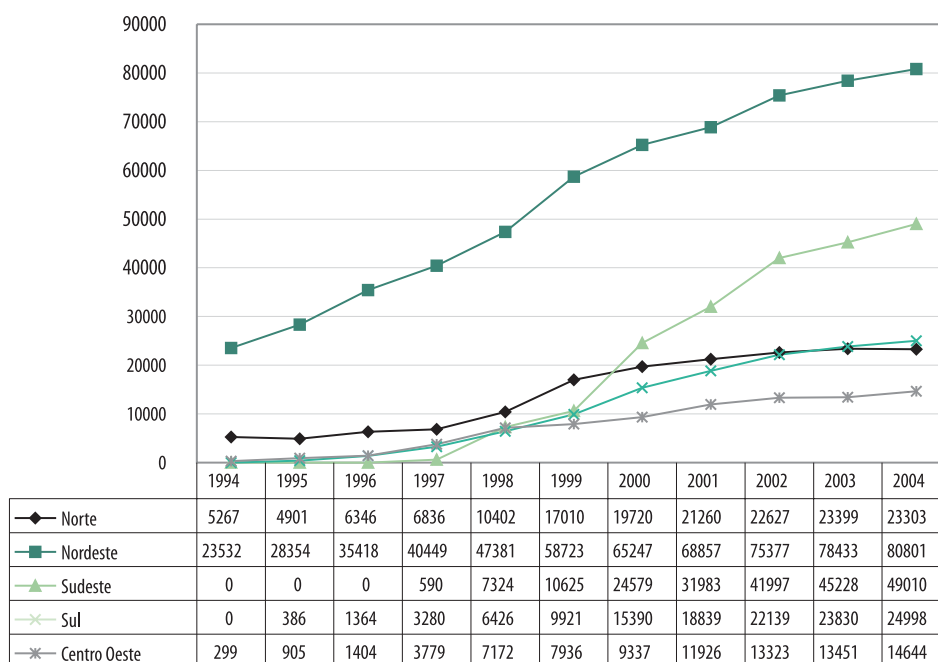
** Fonte tabelas do anexo II

Fontes: Ministério da Saúde/SAS/DAB, 2001-2002

Anexo 1

Gráfico 3

Série histórica da distribuição regional dos ACS 1994 2004



Fonte: MS/SIAB, 2004



Anexo 2 - Simulação de estimativa gastos com ACS sem vínculo, retroativos por anos trabalhados

Anexo 2.1 - Estimativa de gastos com salário família de ACS sem vínculo com 1 ano trabalhado

Região	% de ACS sem vínculo formal	Número de ACS sem vínculo formal	Salário Família mensal R\$	Total Salário em 1 ano R\$
Norte	8,9	627	55,3	416.391
Nordeste	44,9	3.165	46,8	1.777.489
Centro-Oeste	10,6	747	36,2	324.259
Sudeste	24,5	1.727	34,0	705.381
Sul	11,1	783	31,9	299.607
Total	100	7.050		3.523.127

Fontes: Ministério da Saúde/SAS/DAB, 2001-2002

Anexo 2.2 - Estimativa de gastos com salário família de ACS sem vínculo com 2 anos trabalhados

Região	% de ACS sem vínculo formal	Número de ACS sem vínculo formal	Salário Família mensal R\$	Total Salário em 2 anos R\$
Norte	8,9	585	55,3	776.082
Nordeste	44,9	2.950	46,8	3.312.937
Centro-Oeste	10,6	696	36,2	604.364
Sudeste	24,5	1.610	34,0	1.314.711
Sul	11,1	729	31,9	558.417
Total	100	6.570		6.566.510

Fontes: Ministério da Saúde/SAS/DAB, 2001-2002

Anexo 2.3 - Estimativa de gastos com salário família de ACS sem vínculo com 3 anos trabalhados

Região	% de ACS sem vínculo formal	Número de ACS sem vínculo formal	Salário Família mensal R\$	Total Salário em 3 anos R\$
Norte	8,9	1.488	55,3	2.963.108
Nordeste	44,9	7.509	46,8	12.648.913
Centro-Oeste	10,6	1.773	36,2	2.307.485
Sudeste	24,5	4.097	34,0	5.019.613
Sul	11,1	1.856	31,9	2.132.055
Total	100	16.723		25.071.175

Fontes: Ministério da Saúde/SAS/DAB, 2001-2002

Anexo 2.4 - Estimativa de gastos com salário família de ACS sem vínculo com 4 anos trabalhados

Região	% de ACS sem vínculo formal	Número de ACS sem vínculo formal	Salário Família mensal R\$	Total Salário em 4 anos R\$
Norte	8,9	1.224	55,3	3.250.329
Nordeste	44,9	6.177	46,8	13.875.002
Centro-Oeste	10,6	1.458	36,2	2.531.155
Sudeste	24,5	3.371	34,0	5.506.176
Sul	11,1	1.527	31,9	2.338.720

Fontes: Ministério da Saúde/SAS/DAB, 2001-2002



Anexo 2.5 - Estimativa de gastos com salário família de ACS sem vínculo com 5 anos trabalhados

Região	% de ACS sem vínculo formal	Número de ACS sem vínculo formal	Salário Família mensal R\$	Total Salário em 5 anos R\$
Norte	8,9	8.843	55,3	29.342.859
Nordeste	44,9	44.614	46,8	125.258.754
Centro-Oeste	10,6	10.532	36,2	22.850.402
Sudeste	24,5	24.344	34,0	49.707.867
Sul	11,1	11.029	31,9	21.113.163
Total	100	99.362		248.273.045

Fontes: Ministério da Saúde/SAS/DAB, 2001-2002

Referências Bibliográficas

MACHADO, H. Análise das práticas assistenciais na área da saúde da mulher nas equipes do programa de saúde da família: um estudo de caso selecionado. Tese de mestrado. IMS/UERJ, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde da Família no Brasil: Avaliação normativa do Programa Saúde da Família no Brasil: monitoramento da implantação e funcionamento das equipes de saúde da família: 2001-2002. SAS, DAB, Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. IBGE. Censo Demográfico, 2000.

MINISTÉRIO DA SAÚDE
MAIS ATENÇÃO A VOCÊ

Ministério
da Saúde

