

Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil

Estudos e Análises

Observatório
de Recursos Humanos
em Saúde no Brasil

Estudos e Análises

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Ministro

José Serra

Secretaria de Políticas de Saúde

Secretário

Cláudio Duarte da Fonseca

Coordenação Geral da Política de Recursos Humanos

Diretor Técnico e Responsável pela Coordenação

Paulo Henrique d'Angelo Seixas

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PÓS GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA (ABRASCO)

Presidente

José Carvalho de Noronha

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS)

Representante no Brasil

Jacobo Finkelman

Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil

Estudos e Análises



Copyright © 2002 dos autores
Todos os direitos desta edição reservados ao
MINISTÉRIO DA SAÚDE

ISBN: 85-334-0727-0

Capa e Projeto Gráfico
Carlota Rios e Tania Grillo

Editoração Eletrônica
Ramon Carlos de Moraes

Revisão e Copidesque
Renata Gérard Boudim

Revisão de Provas
Janaína S. Silva

Produção Gráfico-Editorial
João Carlos Canossa Mendes

Catálogo na fonte
Centro de Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca Lincoln de Freitas Filho

B823o Brasil. Ministério da Saúde
Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil:
estudos e análises. / organizado por André Falcão et. al. Rio de
Janeiro : Editora FIOCRUZ, 2003.
460p., tab.,

1.SUS (BR). 2.Recursos Humanos em Saúde-Brasil I. Santos Neto,
Pedro Miguel dos (org). II. Costa, Péricles Silveira da (org)

CDD - 20.ed. - 362.10420981

2002
MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Políticas de Saúde
Coordenação Geral da Política de Recursos Humanos
Esplanada dos Ministérios - Bloco "G" -
Edifício Sede - 7º andar - salas 708/710
70058-900 - Brasília - DF
Tels.: (0xx 61) 315-2846/2860
Fax: (0xx 61) 315-2862



Ana Luiza d'Ávila Viana

Economista; doutora em Economia; professora adjunta do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (DMP/FM/USP)
anaviana@usp.br

Célia Regina Pierantoni

Médica; doutora em Saúde Coletiva; coordenadora do Mestrado Profissional em Administração de Saúde e do Curso de Especialização em Administração Hospitalar do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/UERJ), consultora da Estação de Trabalho IMS/UERJ da Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde - Ministério da Saúde (OPAS/OMS-MS)
pieranto@uerj.br

Cinira Magali Fortuna

Enfermeira; doutoranda em Enfermagem em Saúde Pública; enfermeira da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto
cinirafortuna@yahoo.com.br

Cristiana Leite Carvalho

Dentista; doutoranda em Saúde Pública; professora da Pontifícia Universidade Católica (PUC) de Minas Gerais
clearv@pucminas.br

Débora Cristina Bertussi

Enfermeira; mestre em Saúde Coletiva; coordenadora do Projeto Desenvolvimento Gerencial de Unidade Básica de Saúde da Coordenação Geral das Políticas de Recursos Humanos (Gerus/CGPRH)
dbertussi@uol.com.br

Félix Rigoli

Médico; mestre em Administração de Serviços de Saúde; Assessor regional do Programa de Desenvolvimento de Recursos Humanos da OPS/OMS-Washington
rigolife@paho.org

Garibaldi Dantas Gurgel Junior

Médico sanitário; mestre em Administração; pesquisador e coordenador do Observatório de Recursos Humanos do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães da Fundação Oswaldo Cruz (NESC/CPqAM/FIOCRUZ)
gurgel@cpqam.fiocruz.br

Heleny de Oliveira Pena Machado

Médica sanitária; mestre em Saúde Pública; pesquisadora do NESC/
CPqAM/FIOCRUZ
lan.saude@cpqam.fiocruz.br

Isabel Maria Moraes da Costa

Licenciada em Desenho e Plástica; mestre em Educação; pesquisadora
da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/FIOCRUZ)
imoraes@fiocruz.br

Jackson Freire Araújo

Biólogo; pesquisador da Estação de Pesquisa em Sinais de Mercado do
Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina da
Universidade Federal de Minas Gerais (NESC/FM/UFMG)
jacksonfreire@uol.com.br

Janete Lima de Castro

Enfermeira; mestra em Administração; coordenadora do Observatório
de Recursos Humanos do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva da
Universidade Federal do Rio Grande do Norte (NESC/UFRN)
castrojanete@hotmail.com

Janete Romeiro Roza

Administradora de empresas; com especialização em Gestão de Recursos
Humanos para o SUS; analista em Ciência e Tecnologia da FIOCRUZ
janete@coreb.fiocruz.br

Jorge Luiz de Castro

Comunicador social; subgerente de Informação e Informática do Centro
de Formação de Pessoal para os Serviços da Saúde "Dr. Manoel da Costa
Couza" (Cefope) da Secretaria Estadual da Saúde Pública do Estado do
Rio Grande do Norte (SESAP/RN) e pesquisador do Observatório de
Recursos Humanos do NESC/UFRN
jluizcastro@uol.com.br

José Paranaguá de Santana

Médico, mestre em Medicina Tropical; coordenador do Programa de
Cooperação Técnica em Desenvolvimento de Recursos Humanos da
OPAS/OMS
paranagua@bra.ops-oms.org

Júlio César França Lima

Enfermeiro; doutorando em Educação; pesquisador da Estação
Observatório dos Técnicos em Saúde da EPSJV/FIOCRUZ
jlima@fiocruz.br

Kátia Rejane de Medeiros

Assistente social; mestre em saúde pública; pesquisadora do Observatório de Recursos Humanos do NESC/CPqAM/FIOCRUZ
kmedeiros@cpqam.fiocruz.br

Luciana Alves Pereira

Fisioterapeuta; mestre em Saúde Coletiva; docente do Centro de Estudos Superiores de Apucarana/PR e integrante do Grupo de Pesquisa sobre Desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde da Universidade Estadual de Londrina (UEL)
luaschmidt@onda.com.br

Luiz Fernando Silva Bilibio

Educador; mestre; coordenador do Grupo Temático sobre Recursos Humanos em Saúde da Escola de Saúde Pública do Estado do Rio Grande do Sul (ESP/RS)
bilibio@myway.com.br

Márcio José de Almeida

Médico; doutor em Saúde Pública; docente do Departamento Materno Infantil e Saúde Comunitária do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da UEL
marcio49@uol.com.br

Maria Helena Machado

Socióloga; doutora em Sociologia; pesquisadora da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ) e subsecretária de Recursos Humanos da Secretaria de Estado da Saúde do Rio de Janeiro
machado@ensp.fiocruz.br

Maria José Bistafa Pereira

Enfermeira; doutora em Enfermagem em Saúde Pública; professora do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP)
zezebis@eerp.usp.br

Mariângela Leal Cherchiglia

Médica; doutora em Saúde Pública; professora adjunta do Departamento de Medicina Preventiva e Social (DMPS) da FM/UFMG
cherchml@medicina.ufmg.br

Mônica Vieira

Socióloga, doutoranda em Saúde Coletiva; pesquisadora da Estação Observatório dos Técnicos em Saúde da EPSJV/FIOCRUZ
monicavi@fiocruz.br

Paulette Cavalcante de Albuquerque

Médica sanitária, doutoranda em Saúde Pública; pesquisadora do Observatório de Recursos Humanos do NESC/CPqAM/FIOCRUZ
paulette@br.inter.net

Renata Reis Cornélio

Assistente social; mestre em Saúde Pública, coordenadora da Secretaria Técnica da Rede de Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde (SUS) da EPSJV/FIOCRUZ
rentarc@fiocruz.br

Ricardo A. W. Tavares

Economista; doutor em Ciências Sociais; professor do Departamento de Planejamento e Administração do IMS/Uerj; pesquisador da Estação de Trabalho IMS/UERJ da Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde da OPAS/OMS/MS
rtavares@ims.uerj.br

Ricardo Burg Ceccim

Sanitarista; doutor em Psicologia Clínica; diretor da ESP/RS
ceccim@edu.ufrgs.br

Roberto Passos Nogueira

Médico; doutor em Saúde Coletiva; pesquisador do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) e do Núcleo de Estudos de Saúde Pública da Universidade de Brasília (NESP/UnB)
nogueira@ipea.gov.br

Rosana Lúcia Alves de Vilar

Enfermeira; mestre em Ciências Sociais; professora do Departamento de Enfermagem e do NESC/UFRN
rosanalvesvilar@terra.com.br

Sábado Nicolau Girardi

Médico; doutorando em Saúde Pública; coordenador da Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado do NESCON/FM/UFMG
girardi@medicina.ufmg.br

Sandra Rosa Pereira

Socióloga; mestre em Saúde Pública; e pesquisadora associada da Estação Observatório dos Técnicos em Saúde da EPSJV/FIOCRUZ e analista em Ciência e Tecnologia do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)
spereira@fiocruz.br

Sergio da Hora Rodrigues

Bacharel em Ciência da Computação; mestrando em Medicina Preventiva; pesquisador do Núcleo de Estudos de Políticas Públicas da Universidade Estadual de Campinas (NEPP/UNICAMP)
sergio@nepp.unicamp.br

Silvana Martins Mishima

Enfermeira; doutora em Enfermagem; professora do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da EERP/USP
smishima@eerp.usp.br

Silvia Matumoto

Enfermeira; doutoranda em Enfermagem em Saúde Pública; enfermeira da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto
smatumoto@uol.com.br

Soraya Almeida Belisário

Médica; doutora em Saúde Coletiva; Professora do DMPS/FM/UFMG
dadaya@medicina.ufmg.br

Tânia França

Estatística; mestre em Saúde Pública; pesquisadora associada da Estação de Trabalho IMS/UERJ da Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde da OPAS/OMS/MS
taniaf@uerj.br

Thereza Christina Varella

Enfermeira; doutoranda em Saúde Coletiva; professora assistente da Faculdade de Enfermagem da UERJ. Pesquisadora associada do IMS/UERJ
varella@ims.uerj.br

Valdemar de Almeida Rodrigues

Enfermeiro; com especialização em saúde coletiva; colaborador de projetos do NESP/UNB
valdemar61@bol.com.br



ORGANIZADORES

André Falcão

Jornalista; com especialização em Saúde Pública
andre.falcao@uol.com.br

Pedro Miguel dos Santos Neto (coordenação executiva)

Médico; mestre em Saúde Pública; consultor da Coordenação Geral da Política de Recursos Humanos da Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde
pedro.miguel@saude.gov.br

Péricles Silveira da Costa

Médico sanitarista; analista em Ciência e Tecnologia da FIOCRUZ; secretário executivo da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO)
pericles@fiocruz.br

Soraya Almeida Belisário

Médica; doutora em Saúde Coletiva; Professora do DMPS/FM/UFMG
dadaya@medicina.ufmg.br

SUMÁRIO



Apresentação	15
1 - INTRODUTÓRIO	
OS OBSERVATÓRIOS DE RECURSOS HUMANOS NA AMÉRICA LATINA	17
Félix Rigoli	
A COOPERAÇÃO TÉCNICA COM OS OBSERVATÓRIOS DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE NO BRASIL	29
José Paranaguá de Santana	
2 - GESTÃO	
CONFLITO E RESISTÊNCIA À MUDANÇA NO SETOR SAÚDE: UMA ANÁLISE DOS SEUS DETERMINANTES ESTRUTURAIS	37
Garibaldi Dantas Gurgel Junior & Kátia Rejane de Medeiros	
ALTERNATIVAS DE VINCULAÇÃO INSTITUCIONAL PARA OS TRABALHADORES DO SUS	45
Roberto Passos Nogueira	
O PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E A REGULAÇÃO DOS VÍNCULOS INSTITUCIONAIS EXTERNOS	59
Janete Romeiro Roza & Valdemar de Almeida Rodrigues	
AVALIAÇÃO DO CURSO DE ATUALIZAÇÃO EM GESTÃO MUNICIPAL NA ÁREA DA SAÚDE: UMA PROPOSTA METODOLÓGICA	75
Célia Regina Pierantoni, Ana Luiza d'Ávila Viana, Ricardo A. W. Tavares, Sergio da Hora Rodrigues, Soraya Almeida Belisário & Tânia França	

A INFLUÊNCIA DE UM PROJETO DE INTERVENÇÃO
NO CAMPO DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE:
PROJETO GERUS 105
Débora Cristina Bertussi & Márcio José de Almeida

TRABALHADORES DE SAÚDE: PROBLEMA OU
POSSIBILIDADE DE REFORMULAÇÃO DO TRABALHO
EM SAÚDE? - ALGUNS ASPECTOS DO TRABALHO EM SAÚDE
E DA RELAÇÃO GESTOR/TRABALHADOR 137
Silvana Martins Mishima, Maria José Bistafa Pereira,
Cinnira Magali Fortuna & Silvia Matumoto

3 - MERCADO DE TRABALHO

CONTRATAÇÃO E QUALIDADE DO EMPREGO NO
PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO BRASIL 157
Sábado Nicolau Girardi & Cristiana Leite Carvalho

FORMAS INSTITUCIONAIS DE TERCEIRIZAÇÃO DE
SERVIÇOS DE SAÚDE NA REDE HOSPITALAR
FILANTRÓPICA 191
Sábado Nicolau Girardi, Mariângela Leal Cherchiglia
& Jackson Freire Araújo

MERCADO DE TRABALHO EM SAÚDE 227
Maria Helena Machado

4 - INFORMAÇÃO

UM BANCO DE DADOS A SER EXPLORADO NA
PERSPECTIVA DOS RECURSOS HUMANOS PARA O SUS:
A EXPERIÊNCIA DO OBSERVATÓRIO DE RECURSOS
HUMANOS EM SAÚDE 249
Heleny de Oliveira Pena Machado, Kátia Rejane de Medeiros,
Paulette Cavalcante de Albuquerque & Garibaldi Dantas
Gurgel Junior

A INFORMAÇÃO PARA A GESTÃO LOCAL DE RECURSOS HUMANOS DA SAÚDE: O SISTEMA DE INFORMAÇÃO E GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE	261
Célia Regina Pierantoni	

5 - FORMAÇÃO

EVOLUÇÃO DA OFERTA DE PROFISSIONAIS MÉDICOS E ENFERMEIROS NO BRASIL: DISPONIBILIDADE DO SISTEMA EDUCACIONAL PARA A FORMAÇÃO	279
Célia Regina Pierantoni, Tânia França & Thereza Christina Varella	

MAPEANDO A EDUCAÇÃO PROFISSIONAL DE NÍVEL TÉCNICO EM SAÚDE NO BRASIL	293
Júlio César França Lima, Mônica Vieira, Sandra Rosa Pereira, Renata Reis Cornélio & Isabel Maria Moraes da Costa	

6 - EXPERIÊNCIAS REGIONAIS

ESTUDO SOBRE O PERFIL DOS GESTORES MUNICIPAIS DE SAÚDE DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE	317
Rosana Lúcia Alves de Vilar	

ESTUDO DO PERFIL DOS GERENTES DOS HOSPITAIS PÚBLICOS DO RIO GRANDE DO NORTE	329
Janete Lima de Castro & Jorge Luiz de Castro	

OBSERVAÇÃO DA EDUCAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE: EVIDÊNCIAS À ARTICULAÇÃO ENTRE GESTORES, FORMADORES E ESTUDANTES	343
Ricardo Burg Ceccim & Luiz Fernando Silva Bilibio	

FORMAÇÃO E DESENVOLVIMENTO NA ÁREA DA SAÚDE: OBSERVAÇÃO PARA A POLÍTICA DE RECURSOS HUMANOS NO SUS	373
Ricardo Burg Ceccim	
OS CURSOS DE FISIOTERAPIA NO PARANÁ FRENTE AOS CONCEITOS CONTEMPORÂNEOS DE SAÚDE	415
Luciana Alves Pereira & Márcio José de Almeida	



Esta publicação representa parte do esforço desenvolvido por instituições acadêmicas brasileiras que tratam de investigar aspectos relacionados ao objeto 'recursos humanos em saúde', ofertando, ao universo investigativo e de gestão dos serviços, parâmetros úteis ao dia-a-dia dos interessados por tal temática.

A consolidação de uma rede observatório, que trate do aprofundamento analítico das questões decorrentes do desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS) no que se refere aos seus recursos humanos, busca permitir aos seus gestores a possibilidade de que suas decisões tenham uma maior pertinência para com o alcance dos objetivos estratégicos do sistema, bem como um permanente 'olhar' sobre os fatos relevantes e sobre as alterações deste importante componente no SUS.

Criada para monitorar os fluxos da oferta e demanda da força de trabalho do setor e das ocupações de saúde (formação, empregos e salários); analisar o desenvolvimento das estratégias e metodologias de formação e capacitação de recursos humanos em saúde; acompanhar o processo de mudanças das relações de trabalho e emprego no setor; desenvolver estudos, metodologias e indicadores que possibilitem a avaliação da eficiência, eficácia, efetividade e segurança do trabalho em saúde (produtividade, qualidade dos serviços); fomentar o desenvolvimento de mecanismos de gerência da força de trabalho, especialmente nos aspectos relativos à contratação, remuneração e incentivos; acompanhar as demandas da regulação do exercício profissional e das ocupações na área da saúde; e analisar as implicações da reforma administrativa do Estado e da reforma do Sistema de Serviços de Saúde sobre a formação e utilização dos recursos humanos em saúde, a Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde é fruto da parceria do Ministério da Saúde (MS) com a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) e instituições nacionais de pesquisa, com vistas a suprir uma carência até então existente, representada pela deficiente e irregular articulação dos interesses pertinentes à 'área de RH' que tanto importam para a superação de obstáculos dados ao SUS.

A estrutura da publicação foi organizada considerando eixos temáticos, dados tanto pela qualificação individual de cada estação de trabalho, originária do interesse mais imediato de seus pesquisadores, quanto pela necessária indução, oriunda das decisões 'interessadas' dos gestores, que buscam, na parceria serviço/pesquisa, avaliar ações em desenvolvimento e também aquelas alcançadas.

Assim é que os eixos da gestão, do mercado de trabalho, da informação, da formação e o das experiências regionais articulam um leque de estudos e reflexões, merecendo uma leitura paciente e detalhada por parte de gestores, acadêmicos e trabalhadores de saúde que estejam atuando e lidando com aspectos relacionados a tais recortes.

Esta iniciativa inaugura, com certeza, uma nova trajetória para militantes da gestão e da pesquisa da área de recursos humanos em saúde no Brasil; favorece a criação de um novo pacto de compromissos, que seja, o de que os serviços vejam nos parceiros da pesquisa aliados potentes para a sua necessária atuação e autocrítica, e o de que o universo de pesquisa comprometa-se, definitivamente, com o êxito da construção do SUS a partir da informação privilegiada oriunda de sua reflexão acadêmica.

Como primeira publicação da Rede Observatório, a mesma deve estimular a consulta, por parte dos interessados, ao restante da produção de suas estações, disponibilizadas na Internet a partir dos endereços das instituições aqui representadas.

Pedro Miguel dos Santos Neto

OS OBSERVATÓRIOS DE RECURSOS HUMANOS NA AMÉRICA LATINA

Félix Rigoli



ANTECEDENTES

Desde 1994, a cooperação técnica no campo dos recursos humanos, para a reforma do setor da saúde, corresponde a uma solicitação feita à OPS durante a Cúpula dos Chefes de Estado das Américas a respeito do crescente reconhecimento da importância dos temas da força de trabalho no desenvolvimento dos serviços de saúde. Em 1998, converteu-se em uma parte da iniciativa conjunta com a USAID em prosseguimento à reforma do Setor de Saúde nas Américas, ao fomentar a coleta de informações sobre os processos que, nesse sentido, vinham sendo promovidos por muitos dos Estados-Membros da OPS. A fim de atender a tal solicitação, o Programa de Recursos Humanos da Divisão de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde implementou a estratégia de instalação dos Observatórios de Recursos Humanos nesses processos.

Essa estratégia procura apoiar o funcionamento de foros nacionais permanentes para coleta, análise e difusão de informações sobre processos de Recursos Humanos que possam servir de base para a formulação de políticas e fortalecer a capacidade reitora da autoridade sanitária.

A necessidade de elaborar tais informações para melhorar a capacidade de formular políticas baseia-se no reconhecimento das características específicas dos recursos humanos de saúde:

- Extensa força de trabalho (de aproximadamente 7 milhões de pessoas na América Latina e no Caribe), majoritariamente feminina, em intensas atividades de mão-de-obra e do conhecimento.
- Setor Público como empregador mais importante.

- Grandes gastos com pessoal: 60-70% do orçamento dos serviços de saúde pública.
- Alta dinâmica tecnológica com repercussão na estrutura de trabalho.
- Complexas relações trabalhistas com uma considerável taxa relativa de sindicalização e maciça representação de entidades profissionais.
- Elevado nível de conflitos nas relações trabalhistas.
- Enfraquecimento na formulação e no planejamento de políticas.
- Distinção entre os objetivos dos organismos de educação e os serviços de saúde.

O objetivo final foi aperfeiçoar a utilização do conhecimento e da informação dos encarregados de tomar as decisões e seus respectivos agentes sociais, mediante o uso criativo dos dados disponíveis, portanto, sem substituir nem criar novos sistemas de informação. Esta, a ser elaborada em um *set* de dados básicos, apontará para a sistematização das fontes existentes nas áreas de:

- Qualidade e normas de trabalho.
- Educação e adestramento básico dos Recursos Humanos.
- Produtividade e categoria dos serviços.
- Governabilidade e conflitos trabalhistas no setor.

ATIVIDADES DA REDE DOS OBSERVATÓRIOS ENTRE 1999 E 2002

As atividades iniciais nos processos lançados em 1999, em nível regional, propiciaram a elaboração de três manuais metodológicos¹ para

¹ Galin, P. "Guía para optimizar la utilización de la información disponible sobre empleo en el sector salud". In: *Relaciones laborales en el sector salud*. Serie Observatorio de Recursos Humanos. Quito, agosto de 2000.

Novick, M. "Guía metodológica para el análisis de las relaciones colectivas de trabajo en el sector salud", in *Relaciones laborales en el sector salud*. Serie Observatorio de Recursos Humanos. Quito, agosto de 2000.

Dal Poz, M.; Vallera, T. "Guía de metodologías para análise de sistemas de remuneração e incentivo dos recursos humanos do setor saúde". In: *Relaciones laborales en el sector salud*. Serie Observatorio de Recursos Humanos. Quito, agosto de 2000.

aperfeiçoar a análise dos recursos humanos e a otimização do uso das fontes existentes.

A partir dos 9 primeiros países que constituíram tal iniciativa, a idéia foi se difundindo a outros que apresentavam a mesma problemática, a cujo número, atualmente, somam-se 16 que têm em funcionamento grupos vinculados à rede regional² e com os quais intercambiam informação e experiências.

PRODUÇÃO DE CONHECIMENTO

Foram realizados estudos dos dados básicos de recursos humanos nos seguintes países:

- Argentina (publicação do Observatório, 2001)
- Bolívia (publicação do Observatório, 2002)
- Brasil (documentos da Rede Observatório do Brasil via Internet)
- Canadá (elaboração de informação fornecida pelo CIHI para 2001)
- Costa Rica (publicação do Observatório, 2001)
- Cuba (publicação do Ministério da Saúde, Diretoria do Trabalho, 2000)
- El Salvador (publicação do Observatório, 2001)
- Jamaica (Central Eletrônica de Dados do Ministério da Saúde para o Observatório, 2001)
- Paraguai (trabalho em elaboração)
- República Dominicana (trabalho em elaboração)

As primeiras fontes e sua utilização não permitiram, até o presente momento, a homogeneização das quatro categorias previstas no projeto original para todos os países. A incorporação desses estudos, uma vez aperfeiçoados, acha-se em processamento na página *web* da OPS.

² Argentina, Bolívia, Brasil, Canadá, Chile, Colômbia, Costa Rica, Cuba, El Salvador, a partir de julho de 2002.

Por meio de dados básicos dos países e da informação regional, selecionada em termos comparativos, podem ser identificadas algumas tendências dos impactos recíprocos que as reformas e o pessoal encarregado de instrumentá-las produzem nos sistemas de saúde, particularmente no que tange à eficiência, à equidade e à qualidade dos serviços.

REFORMAS COM IMPACTOS NA EFICÁCIA

- Implantação de salários variáveis, segundo a produtividade, como no caso do Brasil, onde foram aceitas 36 novas formas de proventos das quais 14 estavam vinculadas à produtividade ou ao tempo extra. Dentro dessa mesma aceitação, quase 53% das experiências premiavam a produtividade e apenas 7% visavam incentivar a melhoria na qualidade. Ao mesmo tempo, só 2% haviam introduzido incentivos na redistribuição geográfica. Essa situação se repete no México, Chile e Peru, onde os estímulos à produtividade já se acham implantados, ao passo que no Panamá, Equador e Costa Rica estão em fase experimental.
- As dificuldades encontradas são provenientes de uma falta de sincronia entre os processos de descentralização formal e sua efetiva vinculação com os de pessoal, como no caso da Bolívia e do Paraguai.
- A extensão de cobertura, em geral, foi acompanhada de modalidades flexíveis de contratação como no caso do Peru (Programa Salud para todos y a CLAS), Brasil (Programa de Saúde-Família), Equador (extensão com contratos sem proteção social) e da Argentina (crescimento do setor estabelecido em serviços públicos de saúde sem a proteção da Previdência Social)
- A contratação de trabalho externo (terceirização) estendeu-se como forma de transferir encargos trabalhistas (fixos) mediante custos variáveis sem que isto mude a natureza do trabalho sob contrato. No Brasil, 40% dos hospitais de grande e médio porte mantêm serviços terceirizados. Primeiro, os de lavanderia, limpeza e alimentação, depois os de Raios-X e laboratório. Contudo, estudos mais recentes comprovam

que 23% dos médicos e mais de 2% das enfermeiras nos hospitais de grande porte trabalham nesse sistema.

REFORMAS COM IMPACTOS NA EQUIDADE

A procura pela maior equidade nos sistemas de saúde revela algumas limitações na distribuição dos recursos humanos precários, que continuam apresentando desníveis graves.

- Algumas provas desses desníveis encerram discrepâncias internacionais quanto à disponibilidade e circulação de médicos e enfermeiras, tal como no caso de Granada, pois de cada 22 médicos formados ali permanece 1, ou no Caribe de onde emigraram muitas enfermeiras rumo a países desenvolvidos, após os 16 milhões de dólares investidos em sua formação, conforme se calculou. Supõe-se que um tratado de livre circulação de profissionais no Mercosul, vigente desde 1997, tenha contribuído para o aumento desse desequilíbrio intra-regional. Ao mesmo tempo, o fato de 2.600 médicos cubanos estarem exercendo a profissão além-fronteiras vem colaborando em prol da melhoria das condições de serviço em zonas desprotegidas, embora já comece a criar um descontentamento entre associações de médicos.

Apesar dessas discrepâncias internacionais, permanecem os problemas de distribuição, nada equitativa, entre regiões de um mesmo país, como por exemplo:

- Na Argentina, enquanto em Buenos Aires há 1 médico para 95 pessoas, a proporção é de 1 para 962 na Terra do Fogo.
- Em Santiago (Chile), há 61% de médicos para 35% da população.
- Em Montevidéu, são 80% de médicos para 45% de seus habitantes.
- Manágua é o lugar de trabalho de 50% do pessoal de saúde ao passo que ali vivem apenas 20% da população.
- No Brasil, há uma concentração de 65% de enfermeiras nas Regiões Sul e Sudeste.

O aparecimento de alguns sistemas de incentivos, como se verificou no Brasil, e a combinação de uma carreira funcional com salários diferenciados, no caso dos 'ciclos de destinação' do Chile, constituem algumas das ferramentas que foram utilizadas para atacar esses problemas de equidade. Dentro de tal iniciativa, estudou-se o caso específico de regulamentação da carreira funcional do Chile e seus efeitos para melhorar a composição e distribuição do pessoal da saúde nesse país.³

REFORMAS COM IMPACTO NA QUALIDADE

- As reformas produziram mudanças nos perfis de desempenho, ensejando substituições de pessoal, como no âmbito de Enfermagem, em virtude de que em muitos casos a procura de menores custos operativos levou à adoção de pessoal menos qualificado. Às vezes, tais sistemas contradizem normas que promovem a utilização de pessoal classificado, como no caso do Brasil, onde se observou que, apesar de existir uma lei que obriga a substituir 'auxiliares' por enfermeiras, os hospitais passaram a contratar pessoal de baixa classificação sob outras denominações.⁴
- Surgem as conseqüências dos novos sistemas de incentivos quanto à qualidade de atendimento e à confiança do paciente, ao verificar-se que no caso dos médicos assalariados, estes tendem a dar menos consultas por paciente e a demonstrar menos interesse no tratamento em situações de emergência, ao passo que aqueles remunerados no ato costumam fomentar terapêuticas desnecessárias.⁵ Isso provoca uma nova conjuntura na relação entre médicos e pacientes, circunstância em que passa a ser necessária a regulamentação dos sistemas de pagamento como proteção dos interesses do paciente.

³ Quiroga, R. *Regulación de recursos humanos de salud en Chile*. OPS/OMS MINSAL, 1999, Santiago. Disponível em: http://observatorio_rh.tripod.com/sitebuildercontent/sitebuilderfiles/regulacion-rrhh-en-chile.pdf

⁴ Girardi S. "Aspectos dos mercados de trabalho em saúde no Brasil: estruturas, dinâmica, conexões. In: em Lima, J.C. & Santana, J.P. (orgs.). *Especialização em Desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde*: CDRHU, Natal, 1999, pp.125-150.

⁵ Cherchiglia, M.(2002):"Formas de pagamento e prática médica: teoria e evidências empíricas". Disponível em: PAHO/WHO http://www.paho.org/Portuguese/HSP/HSR/HSRO1/sistpago_practmed_port.pdf

- Tentou-se melhorar o 'fator humano' nas reformas por meio de componentes de capacitação que incrementassem a motivação e a qualidade técnica dos responsáveis pela realização das mudanças. Uma análise de 15 projetos em 8 países da América Latina⁶ mostrou que apesar de terem sido investidos montantes no valor de 700.000 a 350 milhões de dólares, os resultados comprovaram que haviam melhorado quanto à:
 - Capacitação técnica nas áreas biomédica, epidemiológica e gerencial.
 - Mudança da atitude do quadro de pessoal no que tange à população, ao passo que não houve impactos na:
 - Reorganização dos papéis desempenhados pela equipe de trabalho.
 - Capacidade institucional para o desenvolvimento autônomo de RH.
 - A gerência geral do sistema de serviços.

Entretanto, enfrentaram-se graves problemas quando os objetivos da capacitação contradiziam os da Reforma em geral, tendo em vista que enquanto o processo de reforma se destinava aos aspectos de redução de custos, a capacitação enfatizava os de qualidade e de potencial humano.

FOROS NACIONAIS E INTERNACIONAIS

A constituição dos Observatórios em cada país foi realizada em reuniões nacionais em que se contou com a participação de, pelo menos, quatro grupos de atores principais:⁷

- a autoridade sanitária nacional;
- as principais instituições formadoras de profissionais de saúde;

⁶ Davini, M.; Nervi, L.; Roschke, M. (2002): Serie Observatorio de Recursos Humanos III: Capacitación del Personal del Sector Salud. Países Seleccionados. Región de las Américas. Washington. Disponível em: http://observatorio_rh.tripod.com/observatorio-rh/id10html

⁷ No caso do Canadá, a existência do Comitê Assessor de Recursos Humanos para a Saúde (ACHHR) constituiu-se em organismo de vinculação com a iniciativa regional, em que este último pôs em discussão a: integração de outros atores não previstos em seu estatuto.

- os maiores empregadores;
- as organizações representativas dos trabalhadores, profissionais e não-profissionais. Nesses foros tratou-se da base de informação disponível, para conseguir uma priorização de problemas de curto, médio e longo prazo, os quais foram descritos pela supracitada informação e passíveis de intervenção em políticas ou regulamentação.

Como corolário dos foros nacionais, produziram-se diversos tipos de resultados:

- A integração de grupos regionais especializados para o estudo e aprofundamento de temáticas específicas, difundidos através da rede informática, como a do Brasil e o projeto do Programa Cooperativo de Recursos Humanos do México.
- A comunicação de iniciativas entre o setor prestador e o formador, que resultou no caso do GIDRHOUS de El Salvador quanto à introdução dos programas de garantia de qualidade do Ministério da Saúde nos currículos das principais universidades do país, ou a geração de um programa de pesquisas entre a Secretaria de Saúde e algumas universidades do México.
- A utilização do foro do Observatório e a informação ali gerada, se assemelham a um 'cenário técnico' que apóia a negociação salarial ou a saída de situações conflituosas, como no caso do Chile, El Salvador e Uruguai.
- A tomada de consciência de alguns problemas entre campos profissionais e a circunstância da formação nas carreiras da saúde, como no caso da Bolívia.
- A criação de uma lista priorizada de problemas a serem enfrentados pelo Ministério da Saúde e as entidades formadoras, como em Costa Rica e Cuba.
- Em geral, em todos os países, a reunião nacional do Observatório serviu para melhorar a visibilidade da temática de recursos humanos, já que implicou a difusão de informação básica e a discussão entre atores relevantes. Frequentemente, ela esteve envolvida pela cobertura jornalística e melhorou as condições para propor metas políticas nessa área.

REUNIÕES INTERNACIONAIS

A constituição do Observatório, em 1999, no Chile, como iniciativa regional, a realização de um Curso Regional sobre Regulamentação de Recursos Humanos no México, em 2000, e o Seminário Internacional de Políticas de Recursos Humanos, apresentado no Brasil em 2001, serviram de instâncias para o intercâmbio entre os grupos nacionais preocupados com a problemática de recursos humanos, desde as Diretorias ou Unidades que, sob diversos nomes, exercem atividades reitoras no planejamento, na regulamentação e gestão do desenvolvimento do quadro de pessoal da saúde.

O mapeamento das principais áreas de intervenção, efetuado pelos atores ministeriais dos Observatórios de 15 países, reunidos em Brasília, pôs em evidência o fato de que a geração anterior de reformas setoriais havia instalado uma nova agenda para os responsáveis pelo traçado e implementação de políticas, projetos e regulamentação no âmbito dos recursos humanos.

Essa nova agenda remete a ‘problemas’ ou ‘questões’ específicas de Recursos Humanos que foram identificadas como fatores críticos:

- Disponibilidade, estrutura e distribuição da força de trabalho – adequação entre oferta e procura.
- Orientação da formação e desenvolvimento dos Recursos Humanos em função da política e do modelo de atendimento.
- Qualidade de atendimento e produtividade dos serviços.
- Desenvolvimento da competitividades do quadro de pessoal.
- Emprego de qualidade e trabalho decente no setor.
- Tendências e fluxos internacionais da mão-de-obra.
- Tendências demográficas da força de trabalho, mão-de-obra feminina, desigualdade de gênero.

O mapeamento dos problemas prioritários nos países conduziu à orientação dos esforços de cooperação técnica e à produção de conhecimento em áreas que, nos países participantes, incidiram em grande parte na geração de bloqueios nos processos de melhoria dos serviços.

As intervenções nessas áreas são vistas, ao mesmo tempo, como uma oportunidade para a intervenção efetiva que permita uma relação renovada e construtiva entre as instituições de saúde e seus trabalhadores.

No âmbito da **Política**, parece emergir dos países a problemática específica de como estabelecer uma área específica de política de RH, que se integre aos processos globais de mudança para atender aos processos de descentralização. Esse novo campo de atuação define uma forma específica de 'politização'⁸ da função de recursos humanos na condução do processo de reforma, tendente a alicerçar capacidade institucional permanente na autoridade sanitária.

No campo das **Intervenções**, existe um conjunto de áreas nas quais é necessário desenvolver metodologias e comparações entre experiências exitosas; as relacionadas com a flexibilização trabalhista e suas conseqüências; os problemas vinculados ao novo tipo de regulamentação requerido; os sistemas de incentivos e de proventos; a participação do quadro de pessoal nos processos de qualidade e ética; o desenvolvimento da capacidade de governo dentro das instituições. Todas essas intervenções invocam a definição de novas habilitações inerentes ao(à) técnico(a) de Recursos Humanos, integrado(a) na estratégia da reforma.

Finalmente, a **Gestão** implicará desenvolver novos esquemas de capacitação; comunicação social de objetivos e valores, bem como sistematização e crescimento da capacidade de negociação para acordar e alcançar metas comuns.

⁸ No sentido de integrar as funções de recursos humanos na política da reforma setorial.

QUADRO 1 – MAPEAMENTO DE NOVOS DESAFIOS E CAMPOS DE INTERVENÇÃO EM RECURSOS HUMANOS⁹

POLÍTICAS	POLÍTICAS DE RH DESCENTRALIZAÇÃO REITORA POLITIZAÇÃO DA FUNÇÃO DE RECURSOS HUMANOS CAPACIDADE INSTITUCIONAL DO ESTADO
INTERVENÇÕES	PRECARIIDADE / FLEXIBILIDADE REGULAMENTAÇÃO SALÁRIOS / INCENTIVOS QUALIDADE ÉTICA DESENVOLVIMENTO DA CAPACIDADE DE GOVERNO NOVO TÉCNICO DE RH
GESTÃO	CAPACITAÇÃO COMUNICAÇÃO SOCIAL CAPACIDADE DE NEGOCIAÇÃO

⁹ Conclusões do Seminário sobre Políticas de Recursos Humanos em Saúde na América Latina e no Caribe, Brasília, de 20 a 24 de agosto de 2001.

A COOPERAÇÃO TÉCNICA COM OS OBSERVATÓRIOS DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE NO BRASIL

José Paranaguá de Santana



*Digo: o real não está nem na saída nem na chegada:
ele se dispõe para a gente é no meio da travessia.*

Guimarães Rosa, *Grande Sertão, Veredas*

O Brasil dispõe de boas fontes de dados sobre recursos humanos. Incluem-se nesse rol os bancos de dados de diversas instituições, como os ministérios do Trabalho, da Educação e da Saúde, o IBGE e vários conselhos profissionais, acessíveis inclusive pela Internet. Essas fontes podem ser consultadas para elaboração de informações de interesse tanto dos gestores do sistema de saúde quanto de outros atores sociais. Entretanto, transformar dados em informações, bem como realizar a interpretação consistente e o uso oportuno desses dados, é um processo ainda incipiente na gestão de recursos humanos de saúde.

A baixa disponibilidade de informação para o processo de formulação, execução e avaliação de políticas e programas de saúde, no que concerne a recursos humanos, é um problema já bem identificado em todos os países da América Latina, parte dos quais não conta nem com bases de dados como as existentes no Brasil.

Diante dessa situação, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) propôs a constituição de observatórios de recursos humanos em saúde nos processos de reforma setorial e do Estado na Região das Américas.¹ Essa iniciativa foi desencadeada oficialmente em reunião realizada em Santiago do Chile em 1999, com o objetivo geral de contribuir para a produção e a difusão de conhecimento nessa área. Atualmente, dezenove² países já estão

¹ ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS). *Observatorio de los recursos humanos de salud*. Quito, 2000. (Observatorio de Recursos Humanos de Salud, 1).

² A lista de participantes, em ordem alfabética, inclui Argentina, Belize, Bolívia, Brasil, Canadá, Chile, Colômbia, Costa Rica, Cuba, El Salvador, Equador, Jamaica, Peru, México, Panamá, Paraguai, República Dominicana, Santa Lúcia e Uruguai.

engajados no projeto, mediante parcerias entre os respectivos ministérios da saúde e instituições de pesquisa e ensino, com apoio dos escritórios nacionais da OPAS. Informações atualizadas sobre a situação nos diferentes países podem ser consultadas na página eletrônica mantida pelo escritório central da Organização.³

A adesão do Brasil formalizou-se naquele mesmo ano, com a publicação de uma portaria da Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde,⁴ instituindo a Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde. O objetivo geral dessa rede é propiciar o mais amplo acesso a informações e análises sobre recursos humanos na área de saúde no país, facilitando a melhor formulação, acompanhamento e avaliação de políticas e programas setoriais. Além disso, espera-se que a rede contribua para o desenvolvimento de processos de controle social sobre a dinâmica e as tendências dos sistemas de educação e trabalho no campo da saúde. O entendimento consensual é que o funcionamento da rede se estabeleça com base na colaboração entre centros de estudo e instituições públicas ou privadas, e que sua missão leve em conta as expectativas de diferentes grupos de interesse da sociedade, não se atrelando a orientações exclusivas dos patrocinadores ou financiadores de projetos.

Os centros de estudo dessa rede vêm recebendo apoio da OPAS, inclusive na publicação de *sites* na Internet, em sintonia com as diretrizes para o fortalecimento de seu programa de cooperação técnica no país mediante uso dessa ferramenta de comunicação e intercâmbio. Desse modo, o apoio à rede de observatórios integra, em conjunto com medidas similares direcionadas a outros focos de cooperação, a proposta de Redes Colaborativas⁵ do programa de desenvolvimento de recursos humanos da representação no Brasil. O propósito dessas redes operantes via Internet é dinamizar o processo de cooperação entre os diferentes centros de referência e desses com a extensa gama de usuários dos serviços e produtos que estejam disponíveis, tanto nos sítios virtuais quanto nos próprios centros institucionais.

³ El OBSERVATORIO de recursos humanos en las reformas sectoriales en salud. Disponível em: <http://observatorio_rh.tripod.com/observatorio-rh/>. Acesso em: 28 maio 2003.

⁴ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Portaria nº 26,. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 22 set. 1999, p. 182, Seção 1, 1999.

⁵ ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). *Projeto de Desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde*. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/rh/site/rco/rco01001.cfm>>. Acesso em: 28 maio 2003.

O potencial de cooperação técnica das 'estações de trabalho' que constituem a rede vai além dos produtos oriundos de projetos de cooperação técnica específicos, constantes nas respectivas páginas eletrônicas ou outros meios convencionais. O mais relevante nesse processo de cooperação é que o mesmo não deve ser encarado como uma iniciativa transitória, mas que se consolide numa linha de trabalho duradoura, compondo o perfil de atuação técnica e política da instituição que hospeda a 'estação'.

Aspecto muito significativo desse processo de cooperação em rede é sua configuração polivalente. De um ponto de vista, ressalta sua dimensão como conjunto de instituições que estabelecem e desenvolvem processos de cooperação, cujos resultados se materializam em produtos previamente estabelecidos em projetos financiados. A partir de outras miradas, situam-se inumeráveis possibilidades de relacionamento entre atores institucionais e individuais, que podem interagir na rede eletrônica de comunicações, produzindo e permutando conhecimento.

Desse modo, a rede de observatórios de recursos humanos em saúde pode ser considerada em uma perspectiva mais rígida ou formal, como o conjunto de núcleos que estabelecem protocolos de cooperação com os gestores do sistema de saúde, com a OPAS ou outros parceiros no financiamento e desenvolvimento de projetos. Simultaneamente, segundo interpretação mais consentânea com a lógica da Internet, essa rede é meio de intercâmbio e espaço de geração de conhecimento compartilhado por todos os atores que estejam, circunstancial ou organicamente, interessados nos campos disciplinares e na ação política que determinam os processos de gestão e de formação de recursos humanos em saúde.

Embora a constituição formal da rede brasileira de observatórios de recursos humanos em saúde tenha como referências históricas a portaria ministerial de 1999 e a reunião promovida pela OPAS no mesmo ano, seus antecedentes incluem iniciativas bem anteriores. Já na década de 60 eram discutidas e formuladas propostas de estudo sobre os problemas desse campo. A pesquisa de Juan Cezar Garcia⁶ sobre educação médica é um exemplo marcante e de grande repercussão sobre o pensamento latino-americano a respeito da formação de recursos humanos, no bojo de um conjunto de

⁶ GARCIA, J. C. *La Educación Médica en la América Latina*. Washington: Pan-American Health Organization. (Publicación Científica, 255)

propostas da OPAS que apontavam para a implantação de reformas curriculares e de programas de pós-graduação em saúde nos países da região. O surgimento de núcleos de pesquisa e pensamento crítico voltados para a temática de recursos humanos em diversos pontos do continente tem uma longa história, da qual faz parte a atuação de lideranças intelectuais que enfocaram pioneiramente tal problemática a partir de novos modelos interpretativos, como foi o caso de Cecília Donnangelo⁷ no Departamento de Medicina Preventiva da USP, com seu estudo sobre o mercado de trabalho médico no estado de São Paulo.

A atual orientação da cooperação técnica da OPAS direcionada para o fortalecimento da rede de observatórios de recursos humanos no Brasil relaciona-se com esforços sistemáticos que vêm sendo feitos desde meados da década de 1970, quando foi assinado acordo de cooperação⁸ entre a OPAS e o governo brasileiro, por intermédio dos ministérios da Saúde e da Educação, aos quais agregou-se, logo a seguir, o Ministério da Previdência e Assistência Social.

Esse programa fomentou a acumulação de conhecimentos e experiências, mobilizando pesquisadores e docentes de várias instituições, que foram paulatinamente assumindo funções de cooperação técnica nesse campo, no contexto das políticas nacional, estaduais e municipais de saúde. A orientação programática e doutrinária dessa atuação foi sendo estruturada de forma sistematizada a partir de 1967 no bojo do projeto CADRHU, que representou forte esteio para o processo de acumulação teórica e metodológica no campo de recursos humanos de saúde no país.⁹ Esse projeto envolveu, no decorrer dos últimos 16 anos, pouco mais de dois mil técnicos de serviços de saúde e docentes ou pesquisadores de escolas e núcleos de saúde coletiva nas suas atividades, seja como alunos, docentes e consultores ou autores de textos didáticos e outros materiais de estudo. A produção intelectual ensejada

⁷ DONNAGELO, M. C. F. (Coord). *Condições do exercício profissional da medicina na área metropolitana de São Paulo*. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo/ Universidade de São Paulo; s.d. 200 p.

⁸ ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS)/BRASIL. Ministério da Saúde, Ministério da Educação e Cultura. *Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde - PPREPS*. Brasília, 1977. (Mimeo.)

⁹ CASTRO, J. L. de. & SANTANA, J. P. de. CADRHU: a história de um projeto. In: BRASIL. Ministério da Saúde/Secretaria de Políticas de Saúde/Organização Pan-Americana da Saúde/Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva. *Capacitação em Desenvolvimento de Recursos Humanos de Saúde - CADRHU*. Natal: EDUFRN, 1999. p.13-22.

por esse projeto contribuiu de modo decisivo para a capacidade institucional atualmente disponível em termos de quadros técnicos para as funções de gestão, docência e pesquisa em recursos humanos, tanto nos serviços como na academia.

Em resumo, a proposta de observatórios de recursos humanos em saúde faz parte de um projeto de cooperação com larga tradição histórica, cuja construção tem sido compartilhada entre muitos atores, tanto no contexto latino-americano como no âmbito nacional. No caso brasileiro, a bibliografia oficial com recomendações e diretrizes para programas de apoio institucional ao desenvolvimento de estudos e pesquisas em recursos humanos inclui documentos da Comissão Nacional da Reforma Sanitária,¹⁰ das Conferências Nacionais de Saúde¹¹ e do Ministério da Saúde.^{12 13}

Após essa revisão sobre a constituição e os antecedentes dos observatórios de recursos humanos de saúde, apresenta-se uma breve reflexão sobre alguns aspectos importantes para a compreensão da proposta de observatórios de recursos humanos em saúde, bem como de seus possíveis desdobramentos.

Um ponto da maior relevância diz respeito ao conceito de informação como elemento do processo político do setor saúde nos campos da gestão do trabalho, da regulação profissional e da formação de trabalhadores desse setor. Em linguagem metafórica, pode-se dizer que cabe aos estudiosos ou especialistas em recursos humanos a concepção arquitetônica dos sistemas de informação ou mesmo da própria informação. Entretanto, a elaboração da informação como um insumo valioso para o processo decisório é uma construção que somente ocorre mediante a participação dos atores desse processo decisório. Nesse caso, a contribuição do pesquisador é adjutória ou subsidiária. Os especialistas podem elaborar estudos, sugerir focos de prioridade ou recomendar encaminhamentos, mas enquanto não se

¹⁰ CAMPOS, F. et al. A questão de recursos humanos e a Reforma Sanitária. In: BRASIL. Ministério da Saúde/Secretaria Técnica da Comissão Nacional da Reforma Sanitária/Comissão Nacional da Reforma Sanitária - CNRS: documentos III. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 1987. 163 p.

¹¹ BRASIL. Ministério da Saúde. *Cadernos Rh Saúde*, 1 (1): nov. 1993.

¹² BRASIL. Ministério da Saúde. *A Investigação sobre Recursos Humanos em Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 1993. 49p.

¹³ BRASIL. Ministério da Saúde/Secretaria Executiva/Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS. *RH SUS: política e diretrizes para a ação do Ministério da Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 1995. 33p.

estabelecerem articulações entre seu trabalho e o dos atores do processo decisório, não se estará produzindo informação para decisão.

A arquitetura de sistemas de informação a partir de bases de dados ou de pesquisas de campo é um desafio que se pode atribuir aos especialistas, mas a composição das informações no processo decisório escapa totalmente da alçada dos mesmos. Por essa razão, não tem sentido dizer que muito já se pensou sobre os problemas de recursos humanos, se essas reflexões e seus produtos, na forma de estudos e relatórios de pesquisa, permanecerem objeto de interesse dos próprios pesquisadores, com fraca ou nenhuma interação com os condutores dos processos sociais aos quais pretensamente serviriam tais orientações. Nessa perspectiva, menos sentido ainda teria afirmar que se tanto já foi pensado, é chegada a hora de agir. Essa dissociação entre os atores do pensar e do agir é uma esquizofrenia indesejável.

O segundo aspecto a ressaltar tem por base as reflexões anteriores, adotando esse conceito de informação para caracterizar os enfoques dominantes em duas fases da investigação em recursos humanos, ou seja: como diferenciar as pesquisas e estudos já realizados nessa área em relação ao que se pretende com a estratégia de observatórios.

O processo de acumulação do conhecimento sobre esse objeto, que são os recursos humanos de saúde, utiliza a mesma matriz disciplinar de observação, análise e interpretação que caracteriza qualquer outra área de produção intelectual. O mapa desse processo tem como ponto de partida uma formulação teórica como base sobre a qual se deve orientar a observação da realidade e, subseqüentemente, sistematizá-la na forma de uma nova teoria. Assim, foi-se construindo a teoria sobre recursos humanos em saúde, com base nas concepções ou referenciais de análise das ciências sociais, da psicologia, da administração, da pedagogia, da economia, da demografia, ou, ainda, da conjugação inter ou transdisciplinar desses vários segmentos do conhecimento. Um corolário desse entendimento é que o foco do processo de produção desse saber é a própria estrutura do conhecimento, na medida em que os pontos de partida e chegada do projeto de estudo são condicionados pelos referenciais teóricos adotados. Pensar assim não significa desconhecer a perspectiva política ou desmerecer o compromisso doutrinário ou ideológico do ator desse trabalho intelectual, nem tampouco desdenhar a importância de sua produção no contexto dos movimentos sociais e políticos.

A intenção é considerar a autonomia relativa inerente ao processo de produção do conhecimento ao pretender delinear uma estratégia que viabilize o propósito dos observatórios de recursos humanos, que é o de melhorar a disponibilidade de informação para o processo de formulação, execução e avaliação de políticas e programas de saúde.

A questão-chave é: como conciliar a autonomia do pesquisador com a presença destacada de outro ator no processo de produção desse conhecimento designado como informação para a decisão? Ou, como organizar um processo de produção do saber centrado no interesse do usuário desse saber, que é também seu construtor, a partir da experiência do pesquisador centrado no campo disciplinar de sua especialidade?

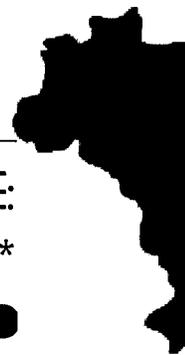
Para o equacionamento dessa questão, é preciso considerar ainda que esse novo ator tem diversas facetas. Isso quer dizer que o pesquisador – o observador de recursos humanos – deve contracenar ora com os protagonistas dos processos governamentais, como os gestores dos sistemas de saúde e de educação, ora com representações de outras instâncias da sociedade, como os dirigentes de entidades profissionais do setor saúde, de agremiações estudantis ou de organizações de defesa de usuários dos serviços.

Refletir sobre questões dessa ordem torna mais claro o significado da proposta dos observatórios, que devem ser entendidos como uma instância de articulação entre pesquisadores e outros atores sociais interessados na construção de uma determinada modelagem do conhecimento. Essa interação é ao mesmo tempo indispensável e delicada em sua tecedura. Indispensável, tendo em vista a meta de melhorar a interpretação consistente e o uso oportuno de informações no processo decisório. Delicada, pois deve respeitar a autonomia de cada um dos processos que se entrecruzam – a liberdade do pensamento analítico e a intencionalidade dos atores dos processos sociais.

Ao visualizar os observatórios de recursos humanos em saúde com esse enfoque, é possível compreender as dificuldades da travessia entre a concepção e a plenitude de seus propósitos. Essa perspectiva contribui ainda para justificar tanto o esforço já realizado quanto o que é preciso continuar investindo para desvendar o real escondido nessa travessia.

CONFLITO E RESISTÊNCIA À MUDANÇA NO SETOR SAÚDE: UMA ANÁLISE DOS SEUS DETERMINANTES ESTRUTURAIIS*

Garibaldi Dantas Gurgel Junior & Kátia Rejane de Medeiros



INTRODUÇÃO

Muito tem sido publicado acerca da complexidade do setor saúde, tanto no que diz respeito ao ambiente institucional de suas organizações, em que se observa uma rede de interesses não convergentes, envolvendo não só os profissionais de saúde, a clientela usuária, mas também os fornecedores e os gestores (Nogueira, 1994), quanto do ponto de vista das características próprias do setor de serviços em que a saúde se encontra.

Essa complexidade se expressa também pela nobreza da missão dessas organizações, envolvidas num conjunto delicado de preceitos éticos, muitas vezes em confronto direto com a racionalidade técnica do trabalho, face à subjetividade e multivariabilidade das necessidades a prover (Santana, 2001), e pelo produto do trabalho em saúde que se apresenta como um resultado da interação profissional/usuário que se estabelece e se encerra no ato (Merhy, 1997).

Elementos abordados por Dussault (1992) apontam para as dificuldades que envolvem o gerenciamento dessas organizações, nas quais a rigidez burocrática ortodoxa não se adequa ao processo de gestão, a despeito da estabilidade exigida no seu manejo, pois elas se encontram envolvidas no dinamismo da renovação constante, fruto da produção científica intensa na área, o que dificulta uma padronização processual.

Diante dessa complexidade, muitos são, portanto, os desafios para a gestão da saúde pública, capazes de inquietar e exigir dos seus administra-

* Texto retirado do Caderno *Planejamento e Gestão em Saúde*, organizado por Francisco Eduardo Campos, Lídia Maria Tonon e Mozart de Oliveira Júnior. Belo Horizonte: Coopmed, 1998 (Cadernos de Saúde, 2). Reprodução autorizada pelo autor.

dores uma capacidade extra de equilíbrio para conduzir adequadamente essas organizações.

No seu dia-a-dia, o gestor público, que freqüentemente se depara com posturas reativas e conflituosas por parte dos profissionais das unidades operacionais do sistema, tem a responsabilidade de conduzir a política da saúde num processo que envolve, muitas vezes, a necessidade de mudança organizacional. Diferentes abordagens metodológicas podem ser trabalhadas para focar e manejar esse problema (Wilson 1992), porém, com base numa abordagem estrutural enfocando o poder dentro da organização, observa-se que a resistência encontrada em processos de mudança organizacional no setor saúde se apresenta muito mais forte e se reveste de características especiais, o que requer uma ação diferenciada por parte do gestor.

Fazendo uma análise desse fenômeno, com base na moderna teoria burocrática, a partir do enfoque de fatores situacionais, como o poder institucional e a tecnologia de gestão do processo de trabalho, podemos enxergar as razões e os possíveis determinantes desse conflito. Há elementos de natureza estrutural que impedem o fluxo linear tradicional de comando hierárquico, em que processos de mudança organizacional determinados no nível central do sistema de saúde, no contexto da macropolítica da gestão, não se expressam diretamente nas unidades operacionais, ou podem não se materializar na micropolítica do trabalho na ponta do sistema. É sobre esse bloqueio de fluxo ao ordenamento institucional que passamos a discorrer.

A BUSCA DE UM MODELO DE ANÁLISE ORGANIZACIONAL

O desenvolvimento da moderna teoria organizacional passou por diversas etapas no século passado, e, sem dúvida, as contribuições do sociólogo Max Weber (1978) ajudaram a compreender as organizações a partir dos seus elementos estruturais. O desenvolvimento de correntes de pesquisa de matriz Weberiana deu origem à escola estruturalista, que desempenha, hoje, um papel importante no tocante à análise organizacional, com vistas a entender os motivos pelos quais certos fatores definem o padrão de comportamento das organizações e sua dinâmica gerencial (Clegg, 1990).

A evolução da teoria organizacional permite, na atualidade, a montagem de arquétipos ideais, em que elementos estruturais compõem uma tipologia burocrática, a partir da qual as organizações podem ser enquadradas em padrões comuns de dinâmica institucional.

De acordo com Mintzberg (1995), as organizações apresentam poucas configurações apesar da diversidade observada. O modelo-padrão de análise organizacional desse autor apresenta organizações compostas por estas cinco partes funcionais: a **cúpula estratégica**, responsável pelo cumprimento da missão institucional; a **gerência intermediária**, que liga o setor estratégico ao núcleo operacional, cuja missão é supervisioná-los; o **apoio**, que serve como auxiliar ao trabalho, porém sem nenhuma relação com as atividades finalísticas; a **tecnoestrutura**, que define, planeja, formula e treina os outros setores da organização e se encontra fora da cadeia hierárquica, funcionando como uma espécie de consultoria interna, cuja missão é tornar o trabalho dos outros setores mais eficaz; e o **núcleo operacional**, composto por aqueles que executam as atividades finalísticas da produção.

Essas cinco partes da organização, associadas a mecanismos clássicos de coordenação – a **supervisão direta**, o **ajustamento mútuo** e a **padronização** –, definem cinco tipos de burocracias que representam uma vasta gama de organizações em todos os setores, com seus parâmetros próprios de delineamento, suas formas de operação organizacional e seus fatores situacionais específicos: a Estrutura Simples, a Burocracia Mecanizada, a Burocracia Profissional, a Forma Divisionalizada e a **Adhocracia**.

As contribuições de Mintzberg na sistematização dos elementos estruturais das organizações nos permitem enxergar porque o processo de trabalho confere poder a algumas partes específicas da estrutura organizacional e estabelece uma dinâmica padrão dentro de cada ambiente institucional.

A SAÚDE DO PONTO DE VISTA ESTRUTURAL

As organizações de saúde se encaixam em dois tipos burocráticos da tipologia proposta por Mintzberg: as unidades operacionais – hospitais, laboratórios, unidades de reabilitação, centros de vigilância –, que correspon-

dem a **burocracias profissionais**, e os escritórios centrais – ministério, secretarias de saúde e distritos sanitários – onde a **forma divisionalizada** se estabelece em sistemas de saúde maduros e consolidados. O setor saúde bastante conhecido pela sua complexidade, apresenta na sua estrutura organizacional uma configuração estrutural híbrida, com um conflito de poderes permanente, dadas as diferenças e contradições da gestão do processo de trabalho encontradas nesse arranjo institucional.

Nas unidades de saúde – burocracias profissionais –, o poder que o domínio do processo de trabalho confere concentra-se nos serviços operacionais, em que recursos humanos especializados definem internamente o que deve ser feito, como, quando e porquê será realizado. Razões muito fortes determinam esse padrão de comportamento: a primeira delas é exatamente o mecanismo de coordenação ou controle gerencial encontrado nessas organizações.

As burocracias profissionais são coordenadas por **padronização de habilidades** dos grupos profissionais. As definições desse conjunto de habilidades que os profissionais devem possuir se realizam fora das organizações de saúde, conferidas em cursos profissionalizantes nas universidades, cujo processo de treinamento, por repetição e doutrinação corporativa, marca a conduta dos profissionais por toda a vida. Assim, nas unidades operacionais nem é necessário a gerência determinar como os profissionais de saúde devem proceder, e nem mesmo os pares determinam suas condutas após o processo de treinamento. Assim, se estabelece uma relação mais forte entre as escolas formadoras e os profissionais do que entre estes e a organização onde desempenham seu trabalho, característica essa que determina a elevada autonomia dos profissionais de saúde e a baixa adesão à instituição a que estão vinculados.

Da mesma forma, os mecanismos de controle e fiscalização do trabalho em si, que se dão em função dessa padronização de habilidades, são de responsabilidade dos conselhos de ética profissional que normatizam e habilitam seu exercício. É através da fiscalização dos conselhos, realizada pelos pares, que se faz o julgamento de condutas destoantes, portanto, fora da estrutura hierárquica da organização em que os profissionais desenvolvem seu trabalho. Esses fatos em conjunto retiram das unidades de saúde grande parte do poder habitual das gerências.

Nas organizações de saúde não cabe à tecnoestrutura definir a forma de realização dos atos pelos profissionais, diferentemente do que ocorre em

outras organizações, como, por exemplo, nas fábricas, onde essa atribuição é fortemente exercida sobre os setores operacionais. Por essa razão, a tecnoestrutura e as gerências intermediárias em unidades de saúde têm poder bastante restrito.

Para essas organizações, as instituições formadoras e as associações de especialidades profissionais, definem, através dos seus cânones, a validação do exercício profissional e a forma de conduzir o trabalho lastreado pelo desenvolvimento científico. Isso gera coalizões de poder externo muito forte, cuja legitimidade retroalimenta a concentração de poder das profissões, fragiliza o nível estratégico das unidades de saúde na condução da política interna, assim como traciona muito fortemente a gestão para os interesses dos profissionais, desequilibrando a correlação de forças dentro das organizações de saúde. Tais forças se expressam dentro das organizações de saúde por um **fluxo de poder com direção ascendente**, o que determina importante resistência à proposta de mudança.

Essas características conferem poder aos profissionais nas instituições e criam um espaço de disputa democrática corporativa, que bloqueia o fluxo hierárquico burocrático tradicional de cima para baixo, com diminuição do poder real da gerência estratégica. Assim, as corporações profissionais articulam-se em fortes grupos de interesse, através de associações e sindicatos, cuja relação com os gestores de unidades é de certa forma marcada pelo exercício habitual do *by-pass* nas negociações com instâncias superiores do sistema para a definição de políticas de interesse corporativo.

O núcleo estratégico, representado pelos diretores das unidades de saúde, tem um espaço de manejo gerencial bastante limitado em relação ao setor operacional e, em geral, exerce algum poder quando alinhado aos interesses desses diretores, dada as características já apontadas. Além disso, é bastante comum a escolha dos gerentes do nível estratégico das unidades entre os profissionais do setor operacional, que geralmente no exercício da gestão tendem a tracionar recursos e prestígio para sua corporação específica, fechando o ciclo de poder nesse nível da organização.

No nível central do sistema de saúde, onde se encontra a forma divisionalizada da estrutura burocrática, o mecanismo predominante de coordenação consiste na padronização de desempenho com viés quantitativo, segundo Mintzberg (1995). Esse mecanismo de controle baseia-se no monitoramento

de indicadores de desempenho que alimentam os sistemas de informações gerenciais utilizados para acompanhamento do processo produtivo. Essa forma de controle confere à gerência intermediária, responsável por essa função no nível central do sistema, poder institucional no acompanhamento e cobrança dos resultados, que, por sua vez, instrumentaliza a cúpula estratégica na tomada de decisões da macropolítica da gestão. Encontra-se nesse nível uma grande formalização do processo de trabalho, com uma hierarquia funcional rigorosa e um **fluxo de poder descendente**, que parte da gerência intermediária em direção às unidades operacionais.

Essas características conferem ao nível central – secretarias e ministério da saúde – assim como aos distritos sanitários e escritórios de representação regional, uma gerência intermediária de grande porte, com poder real de implementar e monitorar as políticas e ações definidas nos níveis estratégicos. A tecnoestrutura detém também um poder importante, junto com a gerência intermediária, por ser responsável por estabelecer os indicadores de desempenho, necessários para aferir os resultados das unidades operacionais. Seu papel consiste também no assessoramento para o desenvolvimento de políticas e programas específicos, tais como, a saúde de grupos etários e de gênero.

No nível central dos sistemas de saúde, onde a forma divisionalizada se faz presente, há uma forte mecanização do processo de trabalho, com tendência à imposição, de forma descendente, de um fluxo de mando formal para as unidades operacionais do sistema e de um caráter tutelar marcado pela centralização de decisões.

Entretanto, a forma divisionalizada, segundo o mesmo autor, funciona melhor onde burocracias mecanizadas, fábricas, por exemplo, compõem as unidades operacionais, de tal sorte que essa é a principal razão para a existência de um conflito de poder estrutural na implementação das políticas do setor saúde, pois são burocracias profissionais que se ocupam da execução do trabalho na ponta do sistema. Essas burocracias profissionais resistem ao fluxo de poder descendente e conferem ao gestor a necessidade de outra dinâmica na condução da política de saúde face aos poderes reais e aí constituídos.

CONCLUSÕES

As formas de controle e a tecnologia de gestão encontradas no setor saúde, sobretudo no que diz respeito ao grau de democracia existente, com amplas possibilidades de descentralização, permitem identificar as dificuldades próprias dos gestores no tocante à implementação das políticas, decorrentes dessa arquitetura organizacional, que marca profundamente seu *modus operandi*.

O poder se localiza em diferentes partes das organizações de saúde e confere alguns problemas de condução do processo de implementação de políticas, sobretudo das que vêm acompanhadas de processos de mudança organizacional. No nível central, a gerência intermediária concentra poder e tende a impor, de forma tradicional sem muita flexibilidade, a política para as unidades do sistema. Estas, por sua vez, concentram poder no seu núcleo operacional, que apresenta um fluxo ascendente de resistência às ordens emanadas do nível central.

Esse bloqueio de fluxo de comando define o caráter negociatório para os processos de gestão e mudança organizacional, em que instâncias de concerto e de busca de consensos, como conselhos gestores de unidades de saúde, precisam ser construídos. Por essa razão, o gestor público da saúde deve assumir o papel de negociador, pois sua missão é tentar encontrar caminhos entre a macropolítica da gestão e a estratégia das corporações internas – em sentido amplo – que atuam nas organizações responsáveis pela operacionalização das ações de saúde.

Com a consciência dessas peculiaridades estruturais, é fácil apreender as razões pelas quais o mandonismo não funciona no setor saúde, face ao bloqueio estrutural ao fluxo de mando hierárquico tradicional.

Observam-se nesta análise, elementos que têm o potencial de determinar uma dinâmica própria do setor saúde, que necessitam ser internalizados pelo gestor público para a condução da macropolítica da gestão e sua viabilização na micropolítica do trabalho nas unidades de saúde.

Esta reflexão aponta, também, para a necessidade de profissionalização da gerência, com o objetivo de tentar evitar seu tracionamento para segmentos específicos de corporações profissionais mais fortes, pois, teorica-

mente, essa profissionalização tem o potencial de afastar os gerentes desse campo de disputa corporativa interna. Além disso, ratifica-se a importância do aparelho formador como indutor de mudanças no setor saúde, dada a forte vinculação dos profissionais às suas escolas formadoras.

Certamente há outras maneiras de enxergar esse fenômeno através de outras abordagens, mas, do ponto de vista da gestão de recursos humanos nas organizações de saúde, este modelo de análise permite entender o conflito estrutural que envolve o poder no processo de gestão e, nesse sentido, contribui para que os gestores adotem uma postura mais adequada à sua condução, istância em que se faz necessária a negociação permanente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- CLEGG, S. R. Modern organization: organization studies in the postmodern world. In: _____. *Organization and modernization of the world*. Londres: Sage, 1990, cap. 2, 25-50.
- DUSSAULT, G. A gestão dos serviços públicos de saúde: características e exigências. *Revista de Administração Pública*, ano 26, n. 2, p. 14-16, 1992.
- MERHY, E. E. O SUS e um dos seus dilemas: mudar a gestão e a lógica do trabalho vivo. In: FLEURY, Sônia (org.). *A luta do CEBES*. Rio de Janeiro: Lemos Editorial, 1997.
- MINTZBERG, H. *Criando organizações eficazes: estruturas em cinco configurações*. São Paulo: Atlas, 1995.
- NOGUEIRA, R. P. *Perspectivas da qualidade em saúde*. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1994.
- SANTANA, J. P. A gestão do trabalho nos estabelecimentos de saúde: elementos para uma proposta. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Gestão municipal de saúde: textos básicos*. Rio de Janeiro, 2001.

ALTERNATIVAS DE VINCULAÇÃO INSTITUCIONAL PARA OS TRABALHADORES DO SUS

Roberto Passos Nogueira



A GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS COMO FUNÇÃO POLÍTICA

Em todo processo de transição político-organizacional a que, com certa frequência, são submetidas as instituições de Estado, os recursos humanos costumam ser invocados como protagonistas destacados da mudança. Não faltam, por parte dos dirigentes, discursos para enaltecer o valor inestimável que, para os usuários, têm os serviços que prestam e para conclamar a todos a se empenharem no indispensável ajuste das rotinas e dos procedimentos, com o fito de elevar a eficiência e a qualidade de tais serviços. Não raramente, após os belos discursos sobre a relevância dos recursos humanos, esses dirigentes retomam suas tarefas e preocupações habituais que têm muito a ver com todos os demais 'recursos', e quase nada com as questões que afetam as pessoas que trabalham. Os recursos humanos seguem entregues a quem sempre estiveram – à administração burocrática do Departamento de Pessoal e aos gerentes de processos de capacitação.

Edwards Deming, o famoso guru da gestão da qualidade, costumava dizer que os dirigentes de empresas, na maioria dos casos, fazem qualquer coisa para se livrarem do problema das pessoas – buscam sempre uma maneira de delegar esse tipo de problema a alguém mais embaixo na linha hierárquica. É que, de uma forma ou de outra, lidar com o problema das pessoas implica defrontar-se com elas olho no olho. E há uma inibição psicológica em muitos dirigentes que os impede de tomar essa tarefa com naturalidade. De fato, a maioria deles não é de líderes, mas de simples profissionais ou burocratas que subitamente foram galgados a uma posição de mando.

Contudo, nos anos 80 e 90, houve um reconhecimento universal de que a qualidade de bens e serviços constitui-se em fator competitivo depen-

dente essencialmente das pessoas. Os dirigentes da iniciativa privada, no Brasil e em todo o mundo, viram-se obrigados a adotar métodos de gestão em que inevitavelmente os problemas das pessoas tinham de ser explicitados e tratados como parte das funções da alta direção de cada empresa. Lidar bem com os problemas das pessoas e liderar uma empresa passaram a ser sinônimos.

No Sistema Único de Saúde (SUS), assim como na maior parte do setor público, os dirigentes só agora começam a ultrapassar a fase do mero discurso laudatório acerca do papel dos recursos humanos. Mas tipicamente as questões de recursos humanos de que se ocupam, inclusive em seus conclaves periódicos, são aquelas restritas às formas de contratação e remuneração. Isso acontece porque os programas prioritários, tais como o de Saúde da Família, não mais conseguem colocar as pessoas em uma relação de trabalho que seja satisfatória para empregador e empregado. Crescem as formas de vinculação temporária e precária, dando origem nos trabalhadores a uma sensação de insegurança e escassa valorização. Isso acontece mesmo naquelas circunstâncias em que os trabalhadores reconhecem ser razoável ou adequado o valor que lhes é pago. Por sua vez, os dirigentes ressentem-se da contingência de que para viabilizar a produção de serviços prioritários na política nacional de saúde tenham de ser obrigados a contornar inúmeros e difíceis óbices legais e administrativos.

Nesse novo contexto, os setores técnicos de recursos humanos da instituição já não têm uma resposta adequada autônoma – perdem vigência os mecanismos tradicionais das ‘carreiras’ dos Planos de Cargos e Salários que funcionavam com regras fixas, claras e automáticas. Agora, os técnicos de RH dependem dos dirigentes, da sua visão e da sua vontade em favorecer coisas tais como os mecanismos de articulação institucional (terceirizações, parcerias etc.) que asseguram a expansão e a administração da força de trabalho.

De um modo geral, as modalidades de vinculação de pessoal vão se multiplicando e se diversificando. Criam diferenças entre trabalhadores contratados por esquemas ‘velhos’ e ‘novos’, entre os que estão ‘dentro’ dos quadros próprios da instituição e os que estão ‘fora’, fixados através de mecanismos paralelos de terceirização e parceria. Essa diversidade de quadros e de situações de vínculo, que se expressam também em diversidade de critérios de remuneração e de gratificação, gera, assim, uma realidade de

conflitos potenciais e reais entre os trabalhadores. Diante desses problemas novos, os dirigentes não mais podem considerar que as questões de recursos humanos sejam da competência isolada de um ou outro departamento da instituição. A gestão de recursos humanos torna-se uma função política da qual os dirigentes não mais podem se omitir.

No passado recente, os problemas da informalização das relações de trabalho e das dificuldades de recrutamento, contratação e remuneração de pessoal qualificado fizeram com que as questões de recursos humanos finalmente fossem escritas na agenda de prioridades dos dirigentes locais do SUS. É evidente que isso representa apenas uma parte do que chamamos de 'problemas das pessoas'. Mas, na prática, as dificuldades sentidas na gestão de pessoal acabam por abrir as portas dos gabinetes dos dirigentes para que os demais 'problemas das pessoas' possam entrar e serem devidamente considerados.

Não raramente os dirigentes do SUS acabam por nutrir a expectativa de que uma solução cabal, que combine o *know-how* técnico com o legal, possa vir em seu socorro. É, de certo modo, com base nessa expectativa, que estamos entrando num ciclo de sucessivas reuniões de dirigentes municipais em que o tema das 'modalidades de contratação' recebe grande atenção. Não há dúvidas de que devemos saudar essa nova preocupação como um sinal de avanço em relação à fase anterior, em que os dirigentes praticamente se limitavam a debater a gestão de recursos financeiros. Mas é preciso que os dirigentes entendam que não é possível, através de reuniões ou de consultorias, obter uma solução definitiva, por variados motivos: a) porque as situações de informalidade e precariedade do trabalho se tornaram uma realidade universal, as quais podem ser atenuadas até certo ponto, mas dificilmente podem ser extintas no âmbito do mercado de trabalho criado pelos serviços públicos; b) porque a natureza do Estado vem sendo transformada profundamente em virtude de sua submissão às forças do mercado, o que passa a exigir da administração pública a capacidade de lidar com instrumentos e estímulos que diversificam tremendamente as formas de inserção e remuneração das pessoas; c) porque as relações originárias do exercício do poder democrático por parte dos trabalhadores (ou seja, dos recursos humanos) ampliaram-se e aprofundaram-se em toda a parte, expressando-se agora em movimentos de reivindicação e pressão que ocorrem muitas vezes por fora de qualquer plano de ação de organizações sindicais ou partidárias.

O EMPREGO PÚBLICO

A criação da figura jurídica do emprego público constitui uma das mais importantes modificações introduzidas na gestão de pessoal da administração pública, em decorrência das revisões constitucionais associadas às iniciativas da Reforma Administrativa do Estado. O emprego público compõe parte das medidas de flexibilização do trabalho que foram adotadas pelo governo Fernando Henrique Cardoso com o explícito propósito de ajustar a economia, em geral, e a administração pública, em particular, a requisitos de eficiência e controle de gastos. Tem por efeito mais visível reintroduzir a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) como um regime de trabalho alternativo no âmbito do serviço público, opção essa que chegou a ser bastante difundida nos anos 70 e 90, mas que havia sido deixada de lado pela Constituição de 1988, quando prescreveu que os servidores públicos de todos os entes federados seriam regidos por um estatuto unificado, um regime jurídico único.

Ajustando-se ao que estabelecia a nova Constituição, o Governo Federal, no início da década de 90, promoveu a transformação em estatutários de seus funcionários celetistas, bem como os que estavam há mais de cinco anos em outras condições de vínculo de caráter precário. O Regime Jurídico Único (RJU) passou a ser o marco legal que desde então rege a vida funcional dos servidores federais. No entanto, nem todos os estados e municípios promoveram um movimento da mesma magnitude e, como resultado, persiste uma proporção razoável de médicos e outros profissionais de saúde contratados por regime CLT na administração pública estadual e municipal.

A recente mudança introduzida pela Emenda Nº 19 criou a seguinte distinção conceitual:

- os **servidores estatutários** ocupam **cargos públicos**, regidos pelos respectivos regulamentos, da União, do Distrito Federal, de estados e de municípios;
- os **empregados públicos** ocupam **empregos públicos**, subordinados às normas da CLT, e são contratados por prazo indeterminado para exercício de funções na administração direta, autárquica e fundacional.

Com essa distinção, o sentido de unicidade do RJU federal e dos seus equivalentes nos demais membros da Federação está restrito ao fato de que

todos os estatutários continuam a obedecer a um único regimento, embora nem todos os servidores estejam submetidos obrigatoriamente a tal regimento. Os empregados públicos não têm estatuto próprio e são regulados por lei específica, a exemplo da Lei Nº 9.962/2000 que disciplinou o emprego público no âmbito da administração federal.

São consideráveis as diferenças existentes entre essas duas categorias no que se refere aos aspectos de estabilidade, processo seletivo, previdência social, remuneração e oportunidades de carreira. Contudo, visto que certas prerrogativas dos estatutários foram recentemente revistas como resultado de medidas adotadas nas reformas administrativa e previdenciária, as diferenças entre as duas categorias são hoje menores do que poderiam ser.

Sendo regidos por um contrato trabalhista, os empregados públicos gozam, em princípio, de uma menor estabilidade funcional do que os servidores estatutários, embora estes tenham passado por uma redução de seu *status* de estabilidade em virtude das recentes previsões legais quanto a excesso de quadros em cada esfera da administração pública e insuficiência individual de desempenho. Por outro lado, ambas as categorias estão agora submetidas aos parâmetros de controle fiscal e financeiro dos entes federados, impostos pela União, ratificados na Lei de Responsabilidade Fiscal.

Os empregados públicos tanto quanto os servidores estatutários só podem ser admitidos ao serviço público pela via do concurso público, de acordo com a nova redação dada pela Emenda Nº 19, ao inciso segundo do Artigo 37 da Constituição. Portanto, ao contrário do que acontecia no período anterior a 1988, não mais se admite a entrada de celetistas com base em critérios arbitrários de competência ou por mera indicação política. No entanto, existe a intenção de que o processo seletivo de empregados públicos seja feito de forma mais 'simplificada' do que o que se aplica habitualmente aos servidores estatutários. Quais são de fato os procedimentos que podem ser simplificados a fim de agilizar esse processo ainda não é algo muito claro.

Uma das principais motivações para o Governo Federal ter decidido adotar a relação celetista para seus empregados encontra-se na possibilidade que esse vínculo acarreta de ajudar a diminuir o déficit da previdência dos funcionários públicos. O empregado público terá sua aposentadoria fixada em valores equivalentes aos limites que hoje se aplicam a todos os trabalhadores do setor privado e terá de recorrer ao sistema complementar de previdência

privada, se quiser aumentar o valor de sua aposentadoria. Portanto, mesmo considerando os ajustes que foram introduzidos no que se refere a limites de idade e de tempo de serviço, a perspectiva de aposentadoria dos estatutários será sempre melhor que a dos empregados. Um ponto crítico, nesse sentido, é saber se a remuneração efetiva do empregado público dar-se-á em níveis que compense, de alguma maneira, as diferenças nas regras de aposentadoria.

Observados certos tetos e limites de despesa legais, tanto o número de empregos públicos quanto sua remuneração podem ser arbitrados com mais liberdade aplicando-se com especificidade aos quadros de pessoal criados por ato do poder legislativo. De um modo geral, o emprego público aparece como uma alternativa mais 'flexível' de regime de trabalho, dada sua natureza contratual, o que faz com que muitas das características de remuneração e incentivos possam ser prescritas e adaptadas a cada função ou local de exercício do emprego. Contudo, o conceito de carreira não se aplica aos empregados públicos, continuando reservada aos servidores estatutários.

O Executivo Federal tem deixado explícita sua intenção de restringir a modalidade estatutária para admissão de pessoal aos cargos de diplomacia, controle e supervisão de questões jurídicas e financeiras de Estado, portanto, as chamadas funções essenciais de Estado. No caso das agências regulatórias, uma recente lei adota o regime celetista para vinculação de todos os novos funcionários das agências regulatórias, incluindo, portanto, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVS) e a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Os estados e municípios terão agora de adaptar seu corpo de legislação às mudanças constitucionais que reintroduziram o regime celetista na administração pública. Esquematicamente, são os seguintes os atos legislativos que deverão seguir:

- revisão constitucional equivalente à Emenda Nº 19, para efeito de criação da figura do emprego público e, de um modo geral, para adoção das medidas de reforma administrativa;
- promulgação de lei específica para disciplinar o emprego público no âmbito da administração pública que lhe corresponde;
- autorização de abertura de quadros de empregos públicos na administração direta, autárquica e fundacional.

GESTÃO DE PESSOAL E PROCESSOS DE TERCEIRIZAÇÃO NO SUS

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, dos funcionários públicos. 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. No entanto, a separação de funções, no caso da terceirização no SUS, vem ocorrendo desacompanhada de mecanismos regulatórios, e isso constitui importante objeto de preocupação dos gestores e lideranças que atuam na área, em especial do Conselho Nacional de Saúde.

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. Embora os dados a esse respeito ainda sejam escassos e imprecisos, um levantamento preliminar feito pelo Núcleo de Saúde Coletiva da Universidade de Minas Gerais, envolvendo sobretudo hospitais privados, demonstra que serviços dessa natureza são efetuados apenas em pequena proporção por pessoal diretamente assalariado; portanto, predominam os intermediários que têm uma inserção como autônomos, cotistas de empresa 'associada' e empregados de outras empresas externas ao hospital. Donde conclui-se que a contratação de trabalho 'intermediado' parece ser uma forte tendência dos hospitais, assim como acontece no setor moderno da economia.

No caso do SUS, o que há de novo é a diversificação das modalidades de terceirização, 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 um 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.

Tendência similar à terceirização ocorre com a gestão de hospitais públicos. A paralisia ou a extrema ineficiência de algumas unidades hospitalares tem levado a estabelecer certos arranjos institucionais em que os médicos e outros profissionais suspendem seu vínculo com a administração pública e organizam-se em cooperativas que passam a ser responsáveis não só pela prestação terceirizada dos serviços como também pela própria gerência dessas unidades, sob contrato de gestão com o gestor público.

Uma consequência desses processos observa-se no aumento expressivo do contingente dos trabalhadores 'por conta própria' no SUS. Pesquisa recente realizada pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia revelou que a maioria dos municípios contratam médicos para o Programa de Saúde da Família (PSFP) através de modalidades informais.

O Ministério da Saúde, conjuntamente com o Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), caminha atualmente para um entendimento de que as formas de terceirização e 'autonomização' dos trabalhadores não podem ser deixadas ao inteiro arbítrio de cada gestor local, mas precisam urgentemente ser objeto de regulação, mediante um pacto a ser firmado entre os gestores desses três níveis de governo. Uma das principais questões a ser contemplada nesse pacto resulta de perguntas como esta: que princípios devem guiar o relacionamento do Estado com as entidades 'terceirizadas' para que os direitos dos trabalhadores e o interesse público não sejam desvirtuados?

Neste particular, a regulamentação, recentemente promovida pelo Congresso Nacional, do chamado 'emprego público', em regime CLT, abre uma perspectiva nova que tem de ser considerada doravante, pelas administrações de saúde dos estados e municípios, como a via preferencial de seleção e contratação de pessoal. É desse modo que é possível o combate da atual situação paradoxal em que a informalidade do trabalho é consequência das ações sociais desenvolvidas pelas instituições do Estado.

O quadro seguinte sintetiza as características de três formas de vinculação institucional dos trabalhadores no SUS, enfatizando algumas de suas vantagens e desvantagens.

QUADRO 1 – QUADRO COMPARATIVO DE TRÊS ALTERNATIVAS DE VINCULAÇÃO INSTITUCIONAL DOS TRABALHADORES DO SUS

Característica	Empregado público de Secretaria de Saúde	Autônomo de cooperativa contratada por Secretaria de Saúde	Assalariado de entidade não lucrativa conveniada com Secretaria de Saúde
Regime de Trabalho	CLT	Autonomia	CLT
Base Legal	EC. 19; Lei 9.962/2000	Lei das Cooperativas	Lei 9.790/99
Direitos (licenças, abonos, férias etc.)	Garantidos legalmente	Equivalentes têm de ser negociados com gestor do SUS e dentro da cooperativa	Garantidos legalmente
Regime de Previdência	Provavelmente geral (de acordo com a lei que criar este quadro de pessoal no legislativo local)	Geral (com base na contribuição de autônomo)	Geral (mesmas regras de qualquer outro empregado do setor privado)
Processo seletivo e suas conseqüências	Concurso pode ser simplificado	Regras ditadas ou acordáveis com o gestor local	Regras ditadas ou acordáveis com o gestor local
Vantagens / desvantagens para o trabalhador	Direitos garantidos; carreira relativamente estável.	Direitos não garantidos Estabilidade dependente de condições interinstitucionais	Direitos garantidos; Estabilidade dependente de condições interinstitucionais
Questões gerais	Problemas de compatibilidade com pisos salariais e enquadramento. Requer uma lei geral de emprego público e outra específica para quadro de empregos criados	Necessidade de haver constante processo de negociação com o gestor para garantir pagamento de encargos sociais No caso de cooperativas do PSF, os ACS podem estar em posição de poder subalterno	Dificuldade de identificar entidade idônea em cada município A tarefa de administração de pessoal é pesada e pode desviá-la de suas finalidades específicas
Avaliação final do ponto de vista da política	É a linha que traduz as diretrizes de expansão dos quadros próprios do setor público segundo a perspectiva da Reforma Administrativa do Estado, em substituição gradual aos quadros de servidores estatutários	Alternativa melhor que a informalidade pura, mas pressupõe grau importante de mobilização política por parte dos trabalhadores	Em muitos locais, essas entidades não existem ou não gozam da confiança dos gestores

COOPERATIVAS DE TRABALHO NO SUS

As cooperativas vêm se tornando uma modalidade cada vez mais expressiva para a organização dos trabalhadores e para a prestação de serviços terceirizados no âmbito do SUS. Entre os profissionais médicos as cooperativas já representavam, desde a década de 60, uma importante opção de inserção no mercado de trabalho em saúde de um modo geral. A maior das organizações de cooperativa de médicos, a Unimed, fundada em 1967, reúne atualmente nada menos que 90 mil cooperados e atende a um universo de 11 milhões de usuários. Como é o caso da Unimed, as cooperativas médicas atuam com frequência como prestadores de serviços vinculados à prestação de serviços em determinados planos de saúde. Outros profissionais liberais da área de saúde, tais como os dentistas, seguiram o exemplo dos médicos e também encetaram a organização de cooperativas.

No SUS, o surgimento de cooperativas de profissionais de saúde constitui fenômeno próprio da segunda metade dos anos 90 e tem particularidades muito especiais, quais sejam: a) as cooperativas não se limitam a congregar os profissionais liberais clássicos, podendo envolver outras categorias em composições heterogêneas, como no caso do PSF e trabalhadores semi-profissionais, tais como os agentes comunitários de saúde; b) são contratadas pelos gestores do SUS, numa relação de terceirização, para prestar serviços em hospitais e na rede básica, podendo ou não participar da 'gestão' local da assistência em determinada área.

Há, nesse sentido, dois tipos de cooperativas no SUS: as que são apenas fornecedoras de trabalho na prestação de serviços de saúde; e as cooperativas que são 'gerenciadoras', ou seja, que não só fornecem força de trabalho mas assumem a gestão de uma ou mais unidades de saúde da rede. As cooperativas gerenciais, cujo exemplo melhor conhecido é o PAS em São Paulo, têm sido objeto de inúmeras polêmicas no passado recente, na medida em que a adoção desse modelo implica que influenciam diretamente a gestão do sistema. Portanto, as cooperativas gerenciais são agentes terceirizados que tanto realizam a prestação de serviços de saúde quanto a gerência de algumas unidades de saúde. Segundo alguns críticos, ao admitir esse modelo, os gestores abrem mão da 'governança' sobre determinada área do sistema local e se tornam vulneráveis a fortes grupos de interesses mercantis e corporativos que passam a atuar dentro das unidades assistenciais do SUS. Neste

texto estaremos limitados à discussão da questão das cooperativas que são tipicamente 'de trabalho'.

O que caracteriza o laço da relação cooperativada é a ausência da busca de lucro numa entidade que reúne agentes econômicos num empreendimento econômico comum, mas postos em condição de autonomia e de igualdade. Qualquer rendimento extra ou perda por parte da cooperativa toca a cada uma das partes associadas e não a um indivíduo ou grupo em particular. O sistema de relações de trabalho em cooperativa no Brasil é regulado pela Lei 5.764 de 1971, que preceitua o seguinte em seu Artigo Terceiro: "celebram contrato de sociedade cooperativa as pessoas que reciprocamente se obrigam a contribuir com bens ou serviços para o exercício de uma atividade econômica, de proveito comum, sem objetivo de lucro". A Lei 8.949 de 1994 incluiu na CLT a explicitação de que, qualquer que seja o ramo de atividade da cooperativa, não há relação empregatícia entre os membros associados ou com quem compra seus bens e serviços. Contudo, na chamada Lei do Cooperativismo, anteriormente mencionada, está prevista a possibilidade de uma cooperativa contratar assalariados, os quais, evidentemente, não participam na qualidade de membros associados.

Como foi dito, a CLT buscou tornar mais explícito o fato de que a relação entre uma empresa contratante e os membros de uma cooperativa contratada está a salvo das injunções de uma relação de trabalho assalariada. Ainda nessa situação, de uma venda mais ou menos direta de serviços à empresa terceirizadora, cada membro da cooperativa continua a ser um trabalhador autônomo. Como tal, é definida sua eventual inserção no sistema de previdência social (Instituto Nacional de Seguridade Social – INSS), e o imposto que deve pagar como prestador de serviços (ISS). Portanto, em princípio, não cabem aos membros da cooperativa terceirizada os direitos de assalariado que, noutras circunstâncias, seriam admitidos se reivindicados junto à justiça trabalhista.

Essa ressalva da CLT levanta uma questão delicada, que é hoje o calcanhar de Aquiles das cooperativas de trabalho. Trata-se de poder distinguir claramente a diferença entre um trabalhador cooperado legítimo e um trabalhador informal, um assalariado potencial, disfarçado em cooperado. No caso das cooperativas de pequenos produtores rurais, os quais comumente acabam subordinados de forma muito direta a certas agroindústrias e criam uma relação de comando do processo de trabalho por essas indústrias, fica claro que ainda

assim os membros cooperados mantêm-se como autônomos, porque continuam sendo proprietários de seus meios de produção (terra, boi, granja etc.). Também no caso de cooperativas de médicos, a situação de autonomia é clara porque esses profissionais dispõem de seus próprios consultórios, equipamentos etc., ainda que trabalhem para planos de saúde. Mas, quando os trabalhadores da cooperativa são, por exemplo, os profissionais do PSF que entram no processo produtivo em instituições públicas contando apenas com sua força de trabalho, surge a acusação de que se trata de cooperativas meramente 'de fachada'. Como acontece em outros campos de atividade, as cooperativas no SUS são muitas vezes consideradas como uma forma de o gestor público escamotear aquilo que é uma relação de trabalho assalariada típica. O Ministério Público do Trabalho tem com frequência atuado junto à gestão do SUS, questionando a legalidade da relação terceirizada que vem sendo mantida com cooperativas de trabalhadores de saúde, no que se põe como defensor dos direitos dos trabalhadores.

No entanto, no contexto social atual, em que a informalidade das relações de trabalho foi profusamente disseminada, resta saber até onde assim é justificável essa forma de cooperativa de trabalhadores 'informalizados'. Isso porque a instituição das cooperativas, por representarem uma das poucas alternativas à situação de desemprego puro e simples, acaba, por um lado, por servir para proteger econômica e politicamente os trabalhadores e, por outro, facilita sua ação coletiva de barganha. Nessa perspectiva, as cooperativas podem ser uma organização transitória dos trabalhadores que rumam para situações em que possam de fato fazer valer seus direitos, eventualmente, na condição de assalariados formais.

Ademais, em casos como o do PSF, as cooperativas vêm se impondo com muita frequência como alternativa para responder à necessidade de criar um incentivo efetivo à dedicação integral de médicos e enfermeiros. Possibilitam que os níveis de remuneração sejam estabelecidos num patamar que alcança de 2 a 3 vezes o que é pago para os mesmos profissionais que trabalham nos serviços usuais, em ambulatórios e hospitais, para uma mesma carga horária. Para o médico, a situação de autonomia, que é imposta pelo regime das cooperativas, é não só muito familiar como também fortemente desejada, dado seu ideário de profissional liberal. Recentemente, muitas outras categorias vieram a fazer opção semelhante, escolhendo o que se pode denominar de 'autonomia com remuneração diferenciada'. Ou seja, preferem

uma situação de remuneração imediata mais elevada, no lugar das clássicas garantias da função pública, que, por outro lado, vêm perdendo seus atrativos. Como se sabe, a estabilidade deixou recentemente de figurar entre essas garantias e, ademais, as vantagens do sistema público de aposentadoria parecem cada vez menos marcantes em comparação com o regime previdenciário geral. Assim, ao aderirem ao sistema das cooperativas, pode-se dizer que esses trabalhadores se antecipam, defensivamente, ao efeito das atuais políticas governamentais que tendem a fazer aproximar a condição do funcionário público à de qualquer outro empregado.

No entanto, o regime de cooperativa vem alcançando também certos trabalhadores 'genéricos', para os quais são adotados níveis de remuneração mais baixos do que os praticados na administração pública, como é o caso dos agentes comunitários de saúde (ACS). Estima-se que dos cerca de 150 mil ACS em atividade no País, que, em geral, percebem o equivalente a um salário mínimo, 80% estejam em condição de autonomia 'forçada', quer porque fazem parte de cooperativas (específicas ou em conjunto com outras categorias do PSF), quer porque são pagos através de mecanismos informais, tais como as chamadas 'bolsas de trabalho'. Desprotegidos do ponto de vista da legislação trabalhista ou sendo obrigados a contribuir à Previdência Social na condição de autônomos, os ACS enfrentam uma inserção no SUS que tem sido apontada como injusta. Por outro lado, se não é consensual, é predominante no setor a recomendação de que o ACS não seja convertido em mais um funcionário público, sob pena de perder sua vantagem comparativa de ser uma 'ponte entre a comunidade e os serviços de saúde'. Uma solução que tem sido aventada freqüentemente é a sua contratação como celetistas por ONGs comunitárias, mediante convênios celebrados com as secretarias de saúde. No entanto, essa alternativa parece pouco viável na maioria dos municípios brasileiros, onde o grau de desenvolvimento econômico-social e de participação da cidadania ainda não gera uma cultura institucional própria ao Terceiro Setor.

A seguir, listam-se as muitas razões que favorecem atualmente a disseminação do regime das cooperativas de trabalho no SUS:

- a vinculação de pessoal é feita de forma bastante flexível, através de um contrato global e, provavelmente, a custos mais reduzidos do que se o gestor tivesse de arcar com todos os encargos trabalhistas inerentes ao emprego público celetista e com os custos da função de administração de pessoal;

- a aspiração, por parte de muitos profissionais, especialmente dos médicos, de manter uma condição de autonomia no mercado de trabalho e a organização cooperativa satisfaz adequadamente a esse anseio;
- a condição de funcionário público é hoje muito pouco valorizada aos olhos dos profissionais de saúde;
- as tradicionais vantagens de remuneração diferenciada da aposentadoria no sistema de previdência pública foram anuladas e deverão doravante, na maioria dos casos, ser negadas aos que ingressarem nas novas carreiras dos empregados celetistas;
- a criação de um vínculo coletivo de solidariedade entre os profissionais, que obriga o gestor local do SUS a ter disposição para negociar os valores dos contratos e outros elementos que fazem parte das condições de trabalho.

Como na maioria das situações, as cooperativas não têm à sua disposição clientes privados alternativos, mas, se vêm obrigadas a vender seus serviços ao setor público, sua capacidade de barganha é limitada. Entendemos que há aqui certo equilíbrio de forças propício a que os gestores possam exercer uma adequada regulação dessas relações contratuais, estabelecendo, por exemplo, metas de desempenho, mecanismos de supervisão, critérios comuns de avaliação de qualidade dos serviços prestados etc. Ou seja, o gestor goza de prerrogativas que lhe favorecem o estabelecimento de um razoável grau de controle sobre o serviço terceirizado via cooperativas de profissionais.

Um aspecto importante é o da regulamentação da contribuição previdenciária. Sem dúvida, cabe ao gestor exigir, nessa negociação, que todos os membros de uma dada cooperativa mantenham-se como contribuintes autônomos do INSS, de tal forma a garantir uma adequada cobertura desses trabalhadores por benefícios previdenciários. Isso é particularmente importante no caso dos agentes comunitários de saúde. Por outro lado, certas vantagens trabalhistas, tais como férias e décimo-terceiro salário, podem ser informalmente asseguradas, ou seja, a despeito de os indivíduos atuarem como autônomos e não como celetistas. As cooperativas acarretam, no entanto, o risco de uma fragmentação das diretrizes de gestão, na medida em que forcem o gestor a dar conta de uma multiplicidade de grupos de prestadores, com interesses diversos.

O PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E A REGULAÇÃO DOS VÍNCULOS INSTITUCIONAIS EXTERNOS

Janete Romeiro Roza & Valdemar de Almeida Rodrigues



INTRODUÇÃO

O Governo Federal desde a década de 70 vem adotando políticas de atendimento em saúde e saneamento em todo o território nacional, utilizando, para isso, os chamados agentes de saúde pública. O uso desse tipo de recursos humanos visa a atender a saúde como um direito universal a partir da descentralização, regionalização e participação comunitária. Um dos programas mais visíveis e que foi o precursor das políticas de reordenamento do modelo assistencial é o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), que tinha como objetivo a redução da morbimortalidade infantil e materna na Região Nordeste do país. Implantado em 1991, foi sendo gradualmente absorvido pelo atual Programa Saúde da Família (PSF). Os agentes comunitários de saúde, na sua maioria, possuem nível de formação elementar, sendo provenientes da própria comunidade, e apresentam grande grau de engajamento na missão de proporcionar mais saúde e qualidade de vida para a população local.

Quando falamos em PSF, podemos pensar nas variadas facetas que essa estratégia política de governo nos apresenta. Por se propor a reorganizar o modelo assistencial a partir da reconfiguração da atenção básica, enfrenta desafios próprios e dos demais níveis de atenção à saúde, pois, na medida em que se reorganiza a atenção básica, desencadeia-se um processo de reorganização dos outros níveis de atenção. O PSF é formado por uma equipe mínima de profissionais que envolve médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde e, mais recentemente, o cirurgião-dentista que passou a compor as equipes. Outros profissionais, como o assistente social, o professor de educação física, o psicólogo e outros, são in-

corporados às equipes a partir das realidades locais. A lógica de trabalho está baseada na atuação em área delimitada, e seus profissionais devem adequar-se a uma nova forma de organização do trabalho, considerando os seguintes aspectos: trabalho em tempo integral e em equipe, remuneração diferenciada do mercado, incorporação da participação comunitária no trabalho da equipe, inclusão do planejamento na prática individual, possibilidade de incorporação e atuação com a dimensão psico-afetiva e social na prática de saúde e uma nova ética – a preocupação do profissional com os moradores da comunidade.

Como todo novo processo, no decorrer da implantação do PSF, alguns dos seguintes problemas foram identificados: a integração efetiva do PSF com o sistema de saúde tradicional, o perfil e a disponibilidade e/ou distribuição dos profissionais, as competências profissionais, a educação permanente e a falta de legislação para a definição dos vínculos e das contratações. Outros fatores, relacionados com a operacionalização do programa, também dificultam bastante o seu andamento, tais como a alta rotatividade de profissionais – especialmente os médicos e os enfermeiros –, a falta de supervisão, a precária condição de trabalho, bem como o deslocamento de profissionais para regiões do interior, visto que os pequenos municípios não contam com profissionais qualificados.

O Ministério da Saúde, através do Departamento de Atenção Básica (DAB/SPS/MS), tem investido em pesquisas que possibilitam conhecer melhor o PSF. Como exemplos podemos citar as pesquisas “Perfil de Médicos e Enfermeiros do Programa Saúde da Família no Brasil” (Machado, 2000) e “Avaliação do Funcionamento das Equipes de Saúde da Família”. Esta última propõe-se a avaliar aspectos da estrutura, funcionamento e resultados alcançados pelo programa na totalidade dos municípios e conhecer, por meio de entrevistas com os profissionais, as principais características do programa no que tange às relações de emprego e trabalho por ele estabelecidas (NESCON/FM/UFMG, 2002). A pesquisa “Agentes Institucionais e Modalidades de Contratação de Pessoal no PSF” (2002), que também faz parte do conjunto de esforços do Ministério da Saúde, aponta para as diversidades de arranjos institucionais que cercam o desenvolvimento desse programa, principalmente no que diz respeito à relação entre trabalho e emprego em nosso país. Também ficou identificada, nessa pesquisa, a disparidade de salários dos profissionais entre as regiões e as categorias profissionais, e, ao

mesmo tempo, demonstradas novas formas institucionais de relações de trabalho, que podem ser flexíveis e/ou precárias, dependendo da ocupação e das condições de trabalho e remuneração praticadas.

Neste artigo, procuraremos identificar os tipos de vínculos externos adotados no PSF correlacionando-os com as suas vantagens e desvantagens para o gestor e para os trabalhadores, além de indicar algumas possibilidades de contratação.

VÍNCULOS INSTITUCIONAIS EXTERNOS NO PSF

Iniciaremos a discussão sobre os vínculos no PSF parafraseando Nogueira (2002) em texto intitulado “A Regulação dos Vínculos Institucionais Externos”, elaborado para o Curso de Especialização em Políticas de RH para a Gestão do SUS. Nesse texto, o autor afirma que nas instituições públicas do SUS podem ser identificados dois grandes grupos de vínculos de trabalho. Os vínculos internos, compostos por trabalhadores estatutários, celetistas e comissionados – caracterizados por dependerem diretamente da administração pública – e os vínculos externos, compostos por trabalhadores celetistas, autônomos e informais – caracterizados por dependerem da administração realizada por entidades privadas/empresas, ONGs, instituições filantrópicas ou beneficentes etc., com as quais o setor público mantém relacionamento de contratação ou de parceria.

O PSF no Brasil, com as suas quinze mil equipes, funcionando em cerca de 4 mil municípios, utiliza os mais diversos tipos de contratação dos profissionais, e, até mesmo dentro de uma mesma equipe, os vínculos podem ser distintos. Os municípios são os responsáveis pela gestão das equipes, logo, são os responsáveis pela opção da modalidade de contratação dos recursos humanos. São utilizadas as cooperativas, os contratos temporários, os convênios com ONGs e, em algumas vezes, o concurso público – baseado no estatuto local ou regido pela CLT.

A pesquisa “Agentes Institucionais e Modalidades de Contratação de Pessoal no PSF” (2002) selecionou os seguintes tipos de vínculos para caracterizar a sua diversidade: temporário/prestação de serviços, celetista, estatutário, servidor público não efetivo e outros. Verificou-se que a contratação

temporária e o vínculo de prestação de serviços predominam amplamente sobre todas as outras formas de contratos, conforme pode ser observado na Tabela 1. Esse dado também é confirmado no relatório de “Avaliação de Implantação e Funcionamento do PSF”, no qual as formas predominantes de contratação utilizadas pelos municípios são: 49,0% de contratos temporários, 26,7% de prestação de serviços e 0,8% de bolsas.

TABELA 1 – DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DAS FORMAS DE CONTRATAÇÃO UTILIZADAS POR CATEGORIA SEGUNDO AGENTE CONTRATANTE

Agente Contratante	Médico	Enferm.	Téc./Aux. Enf.	ACS	Dentista
Prefeitura					
Temporário/Prestação de Serviços	74,8	69,7	50,1	54,9	70,9
CLT	9,4	10,1	12,5	16,2	6,3
Estatutário	11,2	15,9	35,2	14,8	19,3
Servidor Público não efetivo	3,1	2,9	1,5	3,6	1,6
Outros	1,5	1,4	0,7	10,5	1,9
Total	100	100	100	100	100
Filantrópica					
Temporário/Prestação de Serviços	24,3	18,8	17,2	18,9	20
CLT	64,9	68,7	68,9	64,9	80
Outros	10,8	12,5	10,3	16,2	0
Total	100	100	96,4	100	100
Outro Terceiro Setor					
Temporário/Prestação de Serviços	30	22,9	13,9	21	12,5
CLT	65	71,4	77,8	64,5	56,3
Outros	5	5,7	8,3	14,5	31,3
Total	100	100	100	100	100,1

Fonte: Pesquisa Telefônica EPSM/NESCON/UFMG.

A precariedade dos vínculos no PSF foi apontada pelos gestores como sendo decorrente da flexibilização das restrições impostas pela Lei de Responsabilidade Fiscal, além dos menores custos e problemas de instabilidade

no financiamento do PSF. Vale lembrar que para a categoria dos médicos – profissional que apresenta alto grau de rotatividade entre os postos de trabalho – a precariedade é compensada por salários que atendam às suas expectativas. Interessante notar que a precariedade das contratações é mais visível quando os contratos são feitos diretamente pelas prefeituras, com exceção das Regiões Sul e Sudeste do país, que utilizam menos as formas precárias de contratação. Como bem aponta o Relatório de Pesquisa Agentes Institucionais e Modalidades de Contratação de Pessoal no PSF (2002), metade dos municípios que praticam as formas de contratação flexíveis ou precárias também a praticam para contratação de trabalho e serviços profissionais em outros setores da prefeitura, além do setor saúde, não sendo caracterizada somente na contratação de pessoal para o PSF.

As categorias discriminadas para agentes contratantes de pessoal para o PSF estão apresentadas na Tabela 2.

TABELA 2 – NÚMERO DE AGENTES CONTRATANTES POR PROFISSÕES, SEGUNDO NATUREZA AGREGADA DOS AGENTES CONTRATANTES DE PROFISSIONAIS PARA O PSF

Agente Contratante	Médico		Enfermeiro		Técnico/ Auxiliar de Enfermagem		Agente Comunitário de Saúde		Dentista	
	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%
Prefeituras	591	82,9	602	85,4	618	86,1	525	74,2	343	89,1
Outros públicos	17	2,4	13	1,8	18	2,5	58	8,2	11	2,9
Entidades Filantrópicas	32	4,5	30	4,3	26	3,6	36	5,1	6	1,6
Cooperativas	24	3,4	24	3,4	18	2,5	23	3,2	10	2,6
Outro Terceiro Setor	42	5,9	33	4,7	35	4,9	62	8,8	14	3,6
Empresas	5	0,7	1	0,1	1	0,1	1	0,1	1	0,3
Outros	2	0,3	2	0,3	2	0,3	3	0,4	0	0,0
Total	713	100,0	705	100,0	718	100,0	708	100,0	385	100,0

Fonte: Pesquisa Telefônica EPSM/NESCON/UFMG.

De acordo com a pesquisa, as prefeituras respondem diretamente pela contratação de pessoal na maior parte dos casos, alcançando índices de 83% nos contratos de médicos, 85% nos de enfermeiros 89% nos de dentistas e 74% nos contratos de agentes comunitários de saúde. Para outros agentes institucionais, utilizam-se para execução das atividades do programa em 17% dos casos para contratação de médicos; cerca de 15% para contratação de enfermeiros, 14% para auxiliares de enfermagem e 10% para dentistas.

VANTAGENS E DESVANTAGENS PARA O GESTOR E PARA O TRABALHADOR

De acordo com Nogueira, Silva & Ramos (2000), em texto de discussão do IPEA, a Emenda Constitucional N.º 19 de 4 de junho de 1998 (Modifica o regime e dispõe sobre princípios e normas da Administração Pública, servidores e agentes políticos, controle de despesas e finanças públicas e custeio de atividades a cargo do Distrito Federal, e dá outras providências), a flexibilização nas contratações tanto no PSF como para os demais órgãos e programas federais passa por três diretivas, a saber:

- a) reservar o regime estatutário para carreiras estratégicas da alta administração e dos serviços considerados exclusivamente do Estado;
- b) prescrever o regime CLT para as demais carreiras, dando origem à figura do 'emprego público'; e c) adotar procedimentos simplificados para a admissão (concurso) às carreiras de serviços que não são 'exclusivas do Estado', como é o caso da grande maioria das profissões e ocupações da saúde.

A contratação via CLT é uma das modalidades mais bem aceitas pelos trabalhadores, pois garante os direitos trabalhistas previstos em lei. Porém, para o caso dos ACS, quando essa contratação é feita através de concurso público, o trabalho da equipe poderá ser comprometido, considerando que o envolvimento/relacionamento desse profissional com a comunidade perderá as características essenciais, uma vez que ele se tornará um empregado público e não necessariamente residirá na sua área de atuação (Nogueira, Silva & Ramos, 2000). Podemos visualizar nos Quadros 1 e 2, a seguir, as vantagens e desvantagens, para o gestor e o trabalhador, respectivamente, que ocorrem nas contratações via CLT.

QUADRO 1 – VANTAGENS E DESVANTAGENS PARA O GESTOR NAS CONTRATAÇÕES VIA CLT

Vantagens	Desvantagens
Relação com funcionários tende a ser mais estável e duradoura	Alto custo operacional
Maior possibilidade de desenvolver uma identidade da empresa	Necessidade de contornar deficiências oriundas de benefícios, como por exemplo, férias, faltas justificadas etc.
Maior controle da qualidade de pessoal	
Gastos com pessoal são mais previsíveis	
Maior facilidade para projetos de longo prazo	

Fonte: www.campesi.com.br

QUADRO 2 – VANTAGENS E DESVANTAGENS PARA O TRABALHADOR NAS CONTRATAÇÕES VIA CLT

Vantagens	Desvantagens
Benefícios estabelecidos por lei - férias, FGTS e licença médica remunerada	Descontos em folha de pagamento podem beirar os 20%
Segurança quanto à remuneração	Alguns descontos, como INSS e IRRF, não são utilizados direta ou indiretamente pelo funcionário
Utilização de direitos conseguidos pela categoria profissional ou sindicatos	No caso de pedido de demissão, o funcionário fica com o valor do FGTS retido, além de não receber o valor de multa por rescisão (40% do FGTS)
Utilização de benefícios no caso de demissão por parte da empresa: FGTS, multa por rescisão, salário desemprego etc.	Alguns direitos são valores desprezíveis, como, por exemplo, o salário família que corresponde a R\$0,15
Contratos por tempo indeterminado	Total dependência profissional da empresa (método de trabalho, chefias, ambiente etc.)
Benefícios adicionais (vale-transporte, bônus por horas trabalhadas, brindes, vale-refeição, escolas e cursos pagos etc.)	Nem sempre o funcionário tem formas de contestar as horas trabalhadas, a não ser pelos penosos processos judiciais

Fonte: www.campesi.com.br

A contratação de profissionais via “Contrato de Prestação de Serviços” também é uma modalidade bastante utilizada pelo PSF. Nesses contratos, precisam estar bem definidos os produtos a serem finalizados, bem como os prazos de entrega. O contratante não tem obrigatoriedade de custear alguns direitos previstos em lei, como as férias e o 13º salário. Outras vantagens e desvantagens são identificadas, a seguir, nos Quadros 3 e 4.

QUADRO 3 – VANTAGENS E DESVANTAGENS PARA O GESTOR NOS CONTRATOS DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

Vantagens	Desvantagens
Diminuição imediata de custos operacionais	Contrato pode dar margens a imprecisões dos serviços
Possibilidade de trabalho com quadro variável de pessoal	Necessidade de seguir orientações de mercado, tanto para custos quanto para qualidade dos serviços
Fácil negociação de custos de serviços	Devido à possível retroatividade, é pouco recomendado investimento em pessoal
Fácil rescisão de contratos, sem ônus legais	Necessidade de obter boas referências no mercado
Custos de serviços baseados em valores de mercado	Preços de determinados serviços podem crescer inesperadamente no mercado
Maior flexibilidade de alocação de pessoal para fins específicos	

Fonte: www.campesi.com.br

QUADRO 4 – VANTAGENS E DESVANTAGENS PARA O TRABALHADOR NOS CONTRATOS DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

Vantagens	Desvantagens
Aumento imediato da remuneração	Empregado deve prover seus próprios recursos nos casos de ausência de trabalho sem remuneração ou afastamento médico
Grande diminuição dos descontos na remuneração	Necessidade de manter contratos em andamento
Possibilidade de negociação da remuneração de acordo com o mercado e não mais por determinação da empresa	Concorrência pode levar à diminuição dos valores para determinados serviços
Maior independência no trabalho (método, horário, instrumentos etc.)	Investimentos nos profissionais muitas vezes são feitos com recursos próprios
Possibilidade de prestação de serviços com outras empresas prestadoras de serviços	
Menor dependência dos processos hierárquicos da empresa	
Maiores desafios e maior motivação	

Fonte: www.campesi.com.br

As contratações a partir das cooperativas de trabalho no PSF estão sendo bastante utilizadas, pois conseguem agregar diversas categorias de profissionais de saúde, inclusive a dos agentes comunitários.

Um fator negativo na utilização de cooperativas é que o município não participa da seleção dos cooperados e muitas vezes esses cooperados são profissionais sem qualificação e com baixa escolaridade, ainda sem levar em conta que alguns deles são indicados por políticos locais ou incluídos casualmente nas cooperativas sem seleção ou definição do perfil necessário para desempenhar suas funções.

Algumas peculiaridades como as seguintes são encontradas nas cooperativas: os cooperados participam dos lucros e prejuízos, eles próprios pagam sua autonomia para que não fiquem desamparados nos casos de

doença ou de aposentadoria; o pagamento do 13º salário e das férias são acordados entre os cooperados, de acordo com os lucros e prioridade do serviço prestado. Podemos observar ainda, nos Quadros 5 e 6, outras vantagens e desvantagens para os trabalhadores e gestores do SUS, tomando por base os conceitos e argumentos emitidos no artigo Cooperativas de Trabalho, do jurista Dárcio Guimarães de Andrade.

QUADRO 5 – VANTAGENS E DESVANTAGENS PARA OS GESTORES DO SUS NOS CONTRATOS VIA COOPERATIVAS

Vantagens	Desvantagens
Não existe vínculo empregatício	Controle e avaliação dos serviços prestados (monitoramento)
Ausência legal de qualquer responsabilidade com trabalhadores	Baixa governabilidade e governança
Confiabilidade dos serviços	Obriga negociações e decisões sobre contratos e remuneração caso a caso
Encargos menores;	Diferenças salariais
Parceria	Período determinado

QUADRO 6 – VANTAGENS E DESVANTAGENS PARA OS TRABALHADORES NOS CONTRATOS VIA COOPERATIVAS

Vantagens	Desvantagens
Salários mais atrativos	Fragmentação das formas de vinculação de pessoal
Facilitam a ação de negociação dos trabalhadores	Falta capacitação/treinamento
Combate ao desemprego	Encargos previdenciários mais altos
Regime jurídico próprio	As falsas cooperativas
Melhores condições de trabalho	
Melhor organização do trabalho	
Os direitos podem ser maiores do que aqueles assegurados pela CLT	
Os associados são elementos fundamentais no desenvolvimento econômico, social, cultural e político	

MEDIDAS POLÍTICAS E LEGAIS PARA A REGULAMENTAÇÃO DOS VÍNCULOS

Em apresentação de diretor-técnico do Ministério da Saúde na disciplina Regulação dos Vínculos Institucionais Externos, do Curso de Especialização em Políticas de RH para a Gestão do SUS, foram demonstradas algumas medidas políticas e legais para a regulamentação dos vínculos. Seguem, abaixo, essas medidas:

- utilização dos cargos comissionados e contratos temporários apenas em casos emergenciais;
- equiparação salarial apesar dos diversos tipos de vínculos;
- regulamentação dos direitos para os contratos, principalmente os que estão na CLT;
- profissionalização e incentivos à escolarização para todos os contratados, independente dos vínculos;
- revisão dos contratos de trabalho dos agentes comunitários, categoria que recebe menos e não tem direitos trabalhistas;
- diminuição ou abolição das cooperativas gerenciais, visando à diminuição da governabilidade do gestor;
- admissão de mais pessoal por concurso público, principalmente como celetistas;
- aumento da participação do gestor na seleção do pessoal.

Para atender aos aspectos da flexibilização responsável, foram apresentados os seguintes pontos:

- Normatização da cessão de pessoal descentralizado;
- Recomposição das carreiras de saúde:
 - estratégias de reposição imediata;
 - valorização das características do mercado e do processo de trabalho;
 - flexibilidade na utilização dos recursos da saúde;
 - acompanhamento/Avaliação das iniciativas de terceirização

PSF:

- Apoio ao desenvolvimento profissional e certificação;
- Nível superior e médio:
 - estatutário ou empregado público (CLT);
 - remuneração base e adicional por exercício no PSF;
 - apoio a municípios mais carentes?

Agentes:

- Vínculo com a comunidade;
- Morador do local;
- Proteção Social;
- OSCIP (Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público) – CLT:
 - Termo de Parceria – estabelece a responsabilidade mútua; conjunto de indicadores;
 - acompanhamento direcionado para resultados;
 - facilidade para registro;
 - concordância com Ministério Público do Trabalho;
 - custo/sociedade civil organizada - local ou regional.

A responsabilidade do gestor na contratação de pessoal pode ser demonstrada pelo correto uso da legislação. As contratações podem ser feitas através de concurso público (estatutário/celetista), contratos por tempo determinado e indeterminado (celetista) e regime especial (contrato temporário). No entanto, o gestor poderá optar por outras formas de contratação, conforme pode ser observado no Quadro 7.

QUADRO 7 – RELAÇÃO ENTRE TIPOS DE VÍNCULOS E LEGISLAÇÃO/NORMA CORRESPONDENTE

Modalidades de Contratação	Legislação/Norma
Estatutário	<i>Constituição Federal de 1988</i> <i>Regime Jurídico Estadual ou Municipal</i>
Celetista (Empregado Público)	<i>Constituição Federal de 1988</i> <i>Consolidação das Leis do Trabalho</i> <i>Lei Nº 9.962/2000 - Disciplina o regime de emprego público do pessoal da administração federal direta, autárquica e fundacional, e dá outras providências</i>
Regime Especial	<i>Constituição Federal de 1988</i> <i>Lei 8.745/93 - Dispõe sobre a contratação por tempo determinado para atender à necessidade temporária de excepcional interesse público, nos termos do inciso IX do art. 37 da Constituição Federal, e dá outras providências</i>
Celetista (Empregado Privado)	<i>Lei 9.849/99 - Altera os arts. 2º, 3º, 4º, 5º, 6º, 7º e 9º da Lei nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, que dispõe sobre a contratação por tempo determinado para atender à necessidade temporária de excepcional interesse público, e dá outras providências</i>
Autônomo em Cooperativas	<i>Constituição Federal de 1988</i>
Temporários/Prestação de Serviços	<i>Consolidação das Leis do Trabalho</i> <i>Lei Nº 8.949/94 - Acrescenta parágrafo ao art. 442 da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) para declarar a inexistência de vínculo empregatício entre as cooperativas e seus associados.</i> <i>Lei Nº 6.019/74 - Dispõe sobre o trabalho temporário nas empresas urbanas e dá outras providências.</i> <i>Decreto Lei 73.841/74 - Regulamenta a Lei Nº 6.019, de 3 de janeiro de 1974, que dispõe sobre o trabalho temporário</i>

CONCLUSÕES

Alguns pontos ficaram bem definidos como sendo de grande importância para a melhor gestão na área de recursos humanos para o PSF.

O gestor tem várias formas de contratação previstas em lei, podendo, dependendo de sua necessidade, optar pelo tipo de contratação que ofereça melhor custo/benefício.

Os estados e municípios precisam ter uma periodicidade de elaboração de concurso público para que sejam ocupados os cargos em vacância. Visto que essa opção não atende a toda a carência do quadro, ele poderá utilizar, como substituto em segundo momento, cooperativas de serviços e empresas terceirizadas, que são escolhidas por licitação.

As modalidades de contratação, apesar de satisfazerem o serviço público, nem sempre são a melhor forma de vinculação para o trabalhador. No caso da cooperativa, apesar de ter salários melhores do que os do mercado, não existe a garantia de seus benefícios básicos. Sendo assim, é importante que o trabalhador faça uma reserva financeira para os momentos de necessidades extras, como, por exemplo, tratamento de saúde ou nascimento de filhos, visto que as leis das cooperativas não garantem esses direitos. As cooperativas foram criadas principalmente com a necessidade de se contratar mais pessoal com menor custo, levando-se em conta principalmente a redução nos gastos com encargos sociais e trabalhistas.

Para os trabalhadores vinculados a empresas terceirizadas, os salários são mais baixos, se comparados sobretudo com os das cooperativas, porém todos os seus direitos estão em contratos e baseados na CLT. A empresa terceirizada cobra mais caro para o governo e paga um salário menor para o trabalhador.

As gestões municipais e estaduais precisam buscar soluções práticas para gerenciar todos os tipos de contratos, de remuneração e até mesmo de qualificação, utilizando melhor os recursos públicos.

O gestor que tem responsabilidade tanto com o social quanto com o bem público conseguirá administrar as finanças a partir das decisões de como contratar os seus recursos humanos, não perdendo de vista a importância em adotar políticas de proteção do trabalho, evitando a precarização dos vínculos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANDRADE, D. G. *Cooperativas de Trabalho*. 2000. Disponível em: <http://pessoalsus.inf.br/Temas/jurista2.htm>. Universidade de Brasília. Brasília-DF.
- BRASIL. *Consolidação das leis do trabalho*. 29. ed. São Paulo: Saraiva, 2002.
- BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. 29. ed. São Paulo: Saraiva, 2002.
- NESCON/FM/UFMG. *Relatório de pesquisa agentes institucionais e modalidades de contratação de pessoal no PSF*. Faculdade de Medicina/Universidade Federal de Minas Gerais: Belo Horizonte, 2002.
- NOGUEIRA, R. P. *A Regulação dos vínculos institucionais externos*. 2002. Disponível em: http://pessoalsus.inf.br/Temas/a_regul_dos_vincul_inst_est2.htm. Universidade de Brasília. Brasília-DF.
- NOGUEIRA, R. P.; SILVA, F. B. & RAMOS, Z.V.O. *A vinculação institucional de um trabalhador sui generis - o agente comunitário de saúde*. Texto para Discussão Nº 735. Rio de Janeiro: IPEA, 2000
- SEIXAS, P. H. D. *Apontamentos para um pacto de legalidade flexível na gestão do trabalho no SUS*. Apresentação em Power Point. Brasília-DF, 2002.

AVALIAÇÃO DO CURSO DE ATUALIZAÇÃO EM GESTÃO MUNICIPAL NA ÁREA DA SAÚDE: UMA PROPOSTA METODOLÓGICA

Célia Regina Pierantoni, Ana Luiza d'Ávila Viana, Ricardo A. W. Tavares,

Sergio da Hora Rodrigues, Soraya Almeida Belisário & Tânia França

INTRODUÇÃO

A partir de meados da última década, o Ministério da Saúde vem progressivamente não só agregando investimentos em processos de capacitação, como também priorizando capacitações gerenciais para os diversos níveis da gerência e sob diversas modalidades. Tais processos são muitas vezes viabilizados por meio de parcerias com instituições de serviço, ensino e sociedade civil e têm representado um percentual significativo dos investimentos previstos para o setor saúde.

O Curso de Atualização em Gestão Municipal na Área de Saúde, parte de um dos componentes do Programa Nacional de Capacitação de Gestores Municipais, é resultado de parceria entre o Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Políticas de Saúde, com a colaboração do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASEMS), da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), desenvolvido a partir de 2001.

As instituições envolvidas assumiram a responsabilidade de organizar uma proposta de capacitação de gestores municipais que respondesse, de maneira adequada, às exigências do momento de mudança do poder público municipal decorrentes do processo eleitoral do ano de 2000.

O encaminhamento da proposta de capacitação por parte da coordenação nacional deu-se através da elaboração de um "Projeto Básico do Curso de Atualização em Gestão Municipal na Área de Saúde". Apontou as diretrizes gerais do processo de capacitação para todo o país, o que resultou na

realização de algumas oficinas e em encontros para discussão tanto do conteúdo do projeto como da operacionalização da proposta.

O desenho do curso pretendeu ofertar um elenco básico de informações sobre o SUS, de forma a apoiar os gestores a consolidarem o processo de descentralização, e buscou ainda possibilitar e incentivar tanto a troca de experiências entre os municípios quanto a discussão das políticas de saúde a partir do contexto político-normativo do SUS, identificando o papel do gestor nesse contexto.

O projeto básico de capacitação contemplou também os aspectos metodológicos, avaliativos, operacionais, bem como as atribuições das coordenações estaduais e da coordenação nacional ao longo do processo. A estratégia adotada para realização desse curso em âmbito nacional foi a orientação de, seguindo o modelo adotado da coordenação nacional, criação de coordenações estaduais com representação da Secretaria Estadual de Saúde, do COSEMS e da Instituição de Ensino responsável pela execução e titulação do curso com intuito de compatibilizar a proposta básica nacional às peculiaridades regionais. A Secretaria de Estado de Saúde geralmente liderava o processo de condução nos estados, que tinha como meta capacitar gestores municipais de saúde nos 26 estados nacionais e cobrir cerca de 80% dos 5.506 municípios existentes no país, conforme pode ser visto na Tabela 1.

TABELA 1 – TOTAL DE TURMAS DO PAÍS, CONSIDERANDO A CLIENTELA REFERENTE A 80% DOS MUNICÍPIOS BRASILEIROS. BRASIL, 2001

Nº de Municípios	Região	80% dos Municípios	Nº de Turmas
449	Norte	361	11
1787	Nordeste	1429	35
445	Centro-Oeste	357	09
1666	Sudeste	1333	34
1159	Sul	927	23
5.506	Total	4.407	112

A escolha de temas para o curso, bem como para a elaboração do material didático de apoio, obedeceu a uma ampla consulta aos diversos setores do Ministério da Saúde envolvidos no processo, no sentido de atender às demandas mais freqüentes enfrentadas no dia-a-dia pelo gestor municipal de saúde. Entretanto, vale ressaltar que as coordenações estaduais/locais tiveram liberdade e flexibilidade para adequar os conteúdos sugeridos às suas próprias necessidades locais e/ou regionais.

Como parte do projeto, foram publicados dois volumes de textos: o primeiro, reunindo tanto material inédito produzido para subsidiar as discussões nos cursos, quanto textos publicados em outras iniciativas, e o segundo contendo um apanhado das principais leis, normas e portarias necessárias ao cotidiano dos gestores de saúde no desempenho de suas funções.

Por fim, acredita-se que a importância e a amplitude de iniciativas como essa, para além da capacidade formadora, inserem-se num contexto de relevância, na medida em que se constituem também fóruns privilegiados de discussão e troca de experiências entre os municípios, permitindo que se tracem estratégias conjuntas de ação.

Mais ainda, acrescenta-se a esse projeto uma formulação inovadora, posto não ser tradição corrente em nossas instituições de saúde uma proposta de avaliação do processo e dos impactos dele decorrentes. Essa pesquisa foi coordenada pela Estação de Trabalho IMS/UERJ da Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde,¹ utilizando metodologia de avaliação de processo de implementação de políticas públicas e insere-se em linha de pesquisa do Departamento de Planejamento e Administração em Saúde do IMS/UERJ. Assim, o objetivo deste trabalho é apresentar o desenho da pesquisa, os procedimentos metodológicos, resultados e a discussão da inserção da prática avaliativa no campo da área de recursos humanos em saúde.

¹ Esta pesquisa foi desenvolvida com a participação da professora Soraya Belisário do DMPS da Faculdade de Medicina da UFMG, pesquisadora do NESCON/UFMG e da professora Ana Luiza d'Ávila Viana, atualmente docente do Departamento de DMP da Faculdade de Medicina da USP.

O PROJETO DE AVALIAÇÃO

As atividades de formação, capacitação e treinamento de pessoal para o setor público no Brasil, especialmente de pessoal dedicado à formulação, gerenciamento e implementação de políticas/ programas sociais, e em específico na área da saúde, têm sido preocupação constante dos planejadores nacionais de políticas, dos organismos internacionais e da sociedade civil, além de ocupar papel de destaque na agenda governamental.

A área da saúde apresenta hoje questões particulares associadas à implementação e redirecionamento do modelo assistencial, por um lado, e à adequação do contingente de trabalhadores direta ou indiretamente relacionados com as ações referidas à aplicação e ao desenvolvimento político setorial, de outro. Os debates introduzidos no plano das reformas setoriais impulsionados pelas concepções de modelos gerenciais inovadores, realocam a dimensão dos recursos humanos entre as questões centrais, estabelecendo o aprimoramento da capacidade gerencial do sistema como uma estratégia fundamental para o alcance das metas propostas. No campo teórico, refere-se à adaptabilidade dos processos gerenciais desenvolvidos no setor privado para o setor público prestador de serviços de saúde.

A par das diferenças de objetivos organizacionais entre os dois setores, as concepções de gerenciamento estão relacionadas aos aspectos da multidimensionalidade que cerca o tema recursos humanos em saúde. Com base nesses aspectos, são destacados diferentes profissionais com especificidades distintas incorporadas no processo de trabalho e no desenvolvimento do trabalho coletivo em saúde.

Essa composição múltipla é hoje acrescida de outros profissionais de áreas não especificamente correlacionadas com o trabalho desenvolvido na prestação direta de serviço em saúde. A incorporação acontece como consequência do desenvolvimento tecnológico (informática), da apuração de técnicas para aferimento dessa prestação, viabilizadas por sistemas de controle e de custos (economistas e administradores especializados), e do aprimoramento e desenvolvimento de novas áreas (engenharia clínica, por exemplo, entre outras).

É consensual a incapacidade de adequação das instituições formadoras à velocidade com que são demandados novos perfis profissionais, tanto

no referencial para atuação técnica específica quanto na introdução de concepções pedagógicas que desenvolvam habilidades para apreensão e aplicação crítica dessas novas técnicas. Assim, a utilização de parâmetros mecanicistas, a visão fragmentada da realidade, entre outros, podem ser apontados como responsáveis por críticas ao reducionismo aplicado a atividades gerenciais nas instituições formadoras.

A partir de meados da última década, o Ministério da Saúde vem progressivamente agregando investimentos crescentes em processos de capacitação em programas específicos, como, por exemplo, o Programa de Saúde da Família (PSF), o Projeto de Profissionalização de Profissionais da Área de Enfermagem (PROFAE), somados a capacitações regulares relacionadas a diversificadas áreas críticas, ou de incorporação tecnológica (vigilância sanitária, AIDS, materno-infantil etc.). A essas capacitações vêm sendo implementados investimentos em capacitações gerenciais para os diversos níveis da gerência e sob diversas modalidades.

Duas razões justificam a atual valorização dos servidores públicos através de sua capacitação para capitanear a implementação das políticas e programas sociais, principalmente na área da saúde: o grau de aprofundamento e maturidade alcançado na implementação do SUS e o papel desempenhado pelos municípios nesse processo. Observe-se que a partir do incremento do processo de descentralização das políticas/programas sociais, a preocupação com a capacitação de gestores nesse nível de governo também passou a ocupar o foco das atenções, tendo em vista o papel preponderante dos mesmos na eficácia, nos resultados, e graus de eficiência e impacto alcançados na gestão de políticas e programas.

Essas capacitações vêm sendo desenvolvidas, em uma tendência crescente, via parcerias instituições de serviço, ensino e sociedade civil e representam um percentual cada vez mais representativo dos investimentos previstos para o setor saúde. Tal investimento não tem sido acompanhado de avaliações sistematizadas, limitando-se, quando presentes, a avaliações pontuais de conteúdo dos processos educacionais envolvidos.

O presente projeto insere-se justamente nesse esforço de avaliar e aprimorar os projetos em capacitação na área da saúde e traçar recomendações para o aperfeiçoamento dos cursos, instituições, recursos e pessoal envolvidos nesses empreendimentos.

OBJETIVOS, HIPÓTESES E MODELO CAUSAL

O projeto orienta-se por procedimentos técnico-metodológicos de avaliações formativas e, por isso, busca responder a questões afetas ao conteúdo do curso avaliado e aos fluxos e procedimentos concebidos para sua implementação.

Contempla o exame da adequação entre os objetivos definidos para os cursos e o impacto decorrente de sua implantação, buscando a correção de eventuais desvios, tanto no nível do desenho (conteúdo, metas e recursos de implementação) quanto no plano de mecanismos concebidos para atingir seus beneficiários (métodos, recursos e procedimentos operacionais). Nesse sentido, é uma avaliação voltada para decisão e para o *decision-maker*, formulador de política pública.

O desenho da avaliação é de natureza qualitativa, voltada para avaliação de processo. O foco da avaliação está dirigido para os condicionantes institucionais e operacionais do desempenho dos cursos de capacitação e para as atividades através das quais são implantados e desenvolvidos, tratando de identificar os fatores e situações que facilitam ou dificultam a consecução dos objetivos e metas programáticas. Isto é, os cursos serão examinados através dos filtros dos indicadores de eficácia, eficiência técnica e eficiência social.

OBJETIVOS GERAIS

- a produção de conhecimentos sobre os conteúdos e os processos de implantação dos cursos de capacitação;
- a produção de recomendações de políticas, com intuito de estimular correções de rotas e procedimentos;
- a disseminação de resultados.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Entre os objetivos específicos, estão:

- a conhecimento dos cursos de capacitação, dos seus resultados e de alguns de seus impactos – de cada um dos cursos estaduais e do total de cursos comparativamente;
- a aferição da qualidade dos processos de implementação dos cursos e dos fatores que atuam como condicionantes dos resultados ou desempenho dos cursos;
- a identificação dos diferentes tipos e graus de participação dos agentes/instituições envolvidos e o grau de *social accountability* desenvolvida pelos atores participantes;
- a identificação dos níveis de satisfação e expectativa dos atores, agentes e beneficiários dos cursos.

Como é de praxe em avaliações de processo, os cursos e seus atores principais são tratados como unidades de conhecimento e, por isso, serão identificadas as etapas/atividades através das quais os cursos são implantados.

Além da aferição do desempenho e impacto dos cursos, serão especialmente considerados todos os processos e condições básicas da implementação dos cursos de capacitação (sub-sistemas) a saber:

- modelo de atuação das coordenações estaduais;
- divulgação/informação dos cursos;
- planejamento;
- seleção dos municípios contemplados na proposta;
- projeto institucional de ensino (conteúdos, material didático, forma de avaliação e metodologia desenvolvida);
- seleção/perfil das instituições de ensino participantes;
- seleção/perfil dos instrutores;

- apoio logístico;
- bases sociais de apoio;
- sistema de monitoramento e avaliação;
- financiamento;

No caso dos atores, foram privilegiados as instituições e os profissionais que operam na ponta dos cursos, realizando a atividade-fim (denominados de agentes implementadores) e os grupos de beneficiários (gestores municipais).

As hipóteses que guiam o projeto podem ser assim resumidas:

Hipótese central – as variações no desempenho e impacto dos cursos estão correlacionados à suficiência e à qualidade das operações dos sistemas de atividades através dos quais se processa a implantação dos cursos, assim como o modelo organizacional das instâncias coordenadoras estaduais e o perfil dos agentes implementadores.

Hipóteses específicas – o desempenho, a eficiência social e os impactos sociais e institucionais dos cursos de capacitação variam em função dos procedimentos e da adequação quantitativa e qualitativa dos recursos materiais, humanos e institucionais referentes aos sub-sistemas de atividades através dos quais se processa a implantação dos cursos.

VARIÁVEIS E INDICADORES

Variáveis Independentes (Indicadores de eficácia)

São consideradas como variáveis independentes os fatores que atuam como condicionantes do desempenho dos cursos. São fatores do tipo *inputs*, atuando sobre os subsistemas de atividades definidas para implementação dos cursos, e sua aferição é balizada por dimensões de conteúdo e qualidade.

Variáveis Intervinentes

Qualidade da gestão regional/local do SUS. Pode ser aferida pelo tipo de habilitação do Estado na NOB 96 e o grau de implementação da NOAS 01/2001.

Variáveis Dependentes

As variáveis dependentes selecionadas são as medidas de desempenho, resultados e impactos dos cursos, tais como cumprimento das metas e objetivos propostos, impactos sociais e grau de satisfação e *social accountability* de agentes e beneficiários. São, portanto, indicadores de eficiência técnica, eficiência social e impactos.

INDICADORES

Os Quadros 1 a 4, a seguir, resumem as principais dimensões e indicadores propostos para avaliação:

QUADRO 1 – AVALIAÇÃO DOS CURSOS: dimensões e indicadores considerados

Dimensões dos cursos Aspectos/processos	Indicadores de eficácia
Modelo de atuação das coordenações estaduais	Participantes; formas de organização do trabalho
Divulgação/informação dos cursos Planejamento	Suficiência; qualidade Suficiência; qualidade
Seleção dos municípios contemplados na proposta	Critérios; transparência
Projeto institucional de ensino (conteúdos; material didático; forma de avaliação e metodologia desenvolvida)	Suficiência; qualidade; adequação; regularidade; abrangência; integralidade
Seleção/perfil das instituições de ensino participantes	Experiência anterior; quantidade e qualidade de recursos humanos e administrativos; adequação dos recursos materiais

QUADRO 1 – AVALIAÇÃO DOS CURSOS: dimensões e indicadores considerados (continuação)

Dimensões dos cursos Aspectos/processos	Indicadores de eficácia
Seleção/perfil dos instrutores	Experiência anterior; formação profissional; didática; conhecimentos desenvolvidos
Apoio logístico	Suficiência; regularidade; adequação
Bases sociais de apoio	Envolvimento de demais organizações/instituições/instâncias de representação
Sistema de monitoramento e avaliação	Sistematicidade; adequação e eficácia
Financiamento	Suficiência de recursos; agilidade de fluxos

Fonte: Avaliação do curso de atualização em gestão municipal na área da saúde, IMS/UERJ, 2002.

QUADRO 2 – AVALIAÇÃO DOS CURSOS: dimensões e indicadores considerados

Dimensões dos cursos Aspectos/processos	Indicadores de desempenho
Desempenho/resultados dos cursos	Coberturas, produção, integralidade; regularidade, produtividade e qualidade dos cursos

Fonte: Avaliação do curso de atualização em gestão municipal na área da saúde, IMS/UERJ, 2002.

QUADRO 3 – AVALIAÇÃO DOS CURSOS: dimensões e indicadores considerados

Dimensões dos cursos Aspectos/processos	Indicadores de eficiência social
Apoios sociais	Envolvimento de outras organizações/instituições e instâncias
Opinião e satisfação dos atores	Avaliação dos beneficiários e agentes implementadores sobre o curso Grau de satisfação dos beneficiários (gestores municipais)

Fonte: Avaliação do curso de atualização em gestão municipal na área da saúde, IMS/UERJ, 2002.

QUADRO 4 – AVALIAÇÃO DOS CURSOS: dimensões e indicadores considerados

Dimensões dos cursos Aspectos/processos	Indicadores de impacto (parciais)
Resultados indiretos e desdobramentos	Indução a mudanças e inovações na gestão municipal de saúde Indução a melhorias institucionais Promoção de autonomia
<i>Social accountability</i> de agentes e beneficiários	Atitudes e valores desenvolvidos pelos agentes e beneficiários

Fonte: Avaliação do curso de atualização em gestão municipal na área da saúde, IMS/UERJ, 2002.

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Delimitação do Universo Estudado

Para identificação do universo a ser estudado, procedeu-se a um levantamento preliminar junto às coordenações nacional e estaduais do projeto de capacitação com o objetivo de quantificar e caracterizar por estado os municípios contemplados com a proposta, os egressos dos cursos e as instituições de ensino que participaram em cada local. Foi realizado um levantamento dos instrutores envolvidos por curso, quer docentes de instituições de ensino, quer técnicos qualificados pelas Secretarias Estaduais ou Secretarias Municipais.

Foram selecionados municípios que iniciaram seu processo de capacitação até dezembro de 2001, o que contemplou a avaliação de 16 estados da federação e 2.721 municípios. Para a construção posterior da tipologia desses municípios alguns foram excluídos, como será detalhado posteriormente.

O Quadro 5, as Tabelas 2 a 3 e os Gráficos de 1 a 3, a seguir, apresentam a síntese do levantamento preliminar:

QUADRO 5 – QUANTITATIVO DE MUNICÍPIOS CONCLUINTES NO CURSO DE ATUALIZAÇÃO
POR UNIDADE DA FEDERAÇÃO

Estados	Adesão à Capacitação	Conclusão até Dezembro	Início em Janeiro	Início em Março
27*	23	16	4	3

*Contando com o Distrito Federal.

TABELA 2 – MUNICÍPIOS CONCLUINTES NO CURSO DE ATUALIZAÇÃO POR UNIDADE DA
FEDERAÇÃO

Estados	Municípios Existentes	Municípios que Concluíram	% de Conclusão
Acre	22	16	72,73
Alagoas	101	42	41,58
Amazonas	62	37	59,68
Bahia	417	210	50,36
Espírito Santo	78	57	73,08
Goiás	242	144	59,50
Mato Grosso do Sul	77	43	55,84
Minas Gerais	853	604	70,81
Paraíba	223	70	31,39
Paraná	399	247	61,90
Pernambuco	185	82	44,32
Rio de Janeiro	92	25	27,17
Rio Grande do Norte	168	109	64,88
Rio Grande do Sul	467	393	84,15
Santa Catarina	293	219	74,74
São Paulo	645	412	63,88
Total	4.324	2.721	63

Fonte: Pesquisa de Avaliação do Curso de Atualização em Gestão Municipal na Área de Saúde, 2002.

TABELA 3 – NÚMERO DE INSTRUTORES, CARGA HORÁRIA DO CURSO E INSTITUIÇÕES CONTRATADAS SEGUNDO REGIÕES E UNIDADES DA FEDERAÇÃO

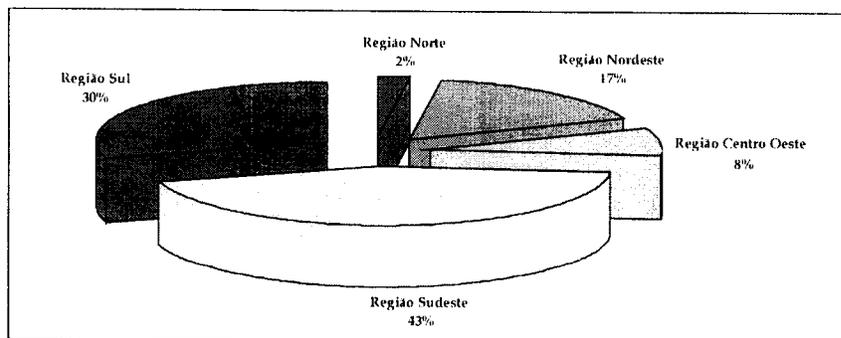
Região	Estado	Nº de Instrutores	Carga Horária do Curso	Instituição Contratada
Norte	Acre	4	48	Universidade de Brasília - UnB - Centro de Estudos Avançados Multidisciplinares - CEAM - Núcleo de Estudos de Saúde Pública - NESP
	Amazonas	24	69	Universidade Estadual do Amazonas
	Subtotal	28		
Nordeste	Alagoas	32	*	Universidade Federal de Alagoas
	Bahia	28	102	Universidade Federal da Bahia - Instituto de Saúde Coletiva
	Paráíba	18	80	Universidade Federal da Paraíba - Núcleo de Estudos de Saúde Coletiva
	Pernambuco	16	76	CpqAM - FIOCRUZ - Departamento de Saúde Coletiva - NESC
	Rio Grande do Norte	24	84	Universidade Federal do Rio Grande do Norte - Centro de Ciências da Saúde - Núcleo de Estudos de Saúde Coletiva
	Subtotal	118		
Centro-Oeste	Goiás	28	*	Universidade de Brasília - UnB - Centro de Estudos Avançados Multidisciplinares - CEAM - Núcleo de Estudos de Saúde Pública - NESP
	Mato Grosso do Sul	13	80	Escola de Saúde Pública " Dr. Jorge David Nasser" - ESP/MS
	Subtotal	41		
Sudeste	Espirito Santo	21	80	Coordenadoria de Recursos Humanos CODRHU / SESA
	Minas Gerais	171	76	Escola de Saúde Pública de Minas Gerais- ESP-MG
	Rio de Janeiro	24	80	SDRH/SES - Nesc/UFRJ - ENSP/ FIOCRUZ - IMS/ UERJ
	São Paulo	122	80	Fundação ABC - Faculdade de Medicina de Marília - Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto - Universidade de Taubaté - Faculdade de Medicina da UNESP - Faculdade de Medicina da Santa Casa de São Paulo - Faculdade de Medicina da USP - Universidade Estadual de Campinas - Faculdade de Saúde Pública da USP - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
	Subtotal	338		
Sul	Paraná	16	87	Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva
	Santa Catarina	39	82	SES/SC - Escola de Formação em Saúde
	Rio Grande do Sul	74	80	ESP/RS - Escola de Saúde Pública
	Subtotal	129		
	Total	665		

Fonte: Pesquisa de Avaliação do Curso de Atualização em Gestão Municipal na Área da Saúde, 2002.

Com a intenção de se conhecer o perfil dos alunos que participaram do curso de atualização, foi solicitado às coordenações estaduais que preenchessem uma planilha preliminar com algumas informações dos alunos que participaram do processo de capacitação. Tais informações se relacionavam à escolaridade, cargo na Secretaria Municipal de Saúde e à categoria profissional.

A Região Sudeste concentrou o maior número de alunos que concluíram o curso, perfazendo um total de 1.397 alunos (43%) do universo total 3.192 alunos, expresso no gráfico 1.

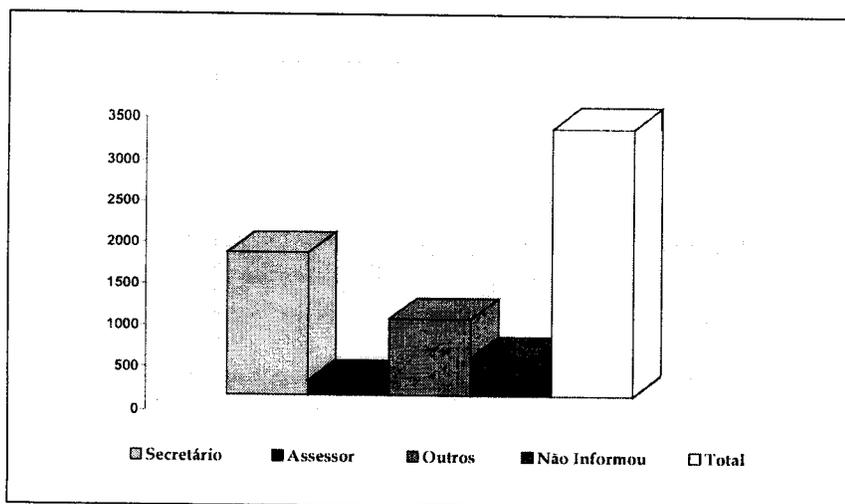
GRÁFICO 1 – DISTRIBUIÇÃO DE ALUNOS EGRESSOS DO CURSO DE ATUALIZAÇÃO EM GESTÃO MUNICIPAL NA ÁREA DE SAÚDE POR REGIÃO - BRASIL



Fonte: Pesquisa de Avaliação do Curso de Atualização em Gestão Municipal na Área de Saúde, 2002.

Fazia parte da proposta inicial que os cursos ofertados pelos estados seriam dirigidos aos Secretários Municipais de Saúde. Em alguns estados foram incluídos outros cargos/profissionais da saúde. Com relação ao quantitativo total de egressos, observamos nesse levantamento preliminar que mais da metade (1.694) eram Secretários de Saúde (53%), e 443 alunos (14%) não informaram o cargo ocupado na SMS; na Região Sudeste, dos 1.397 alunos do curso, 702 (50%) eram de outros cargos; as demais Regiões (Norte, Nordeste e Centro Oeste) apresentaram uma concentração maior de Secretários de Saúde como alunos.

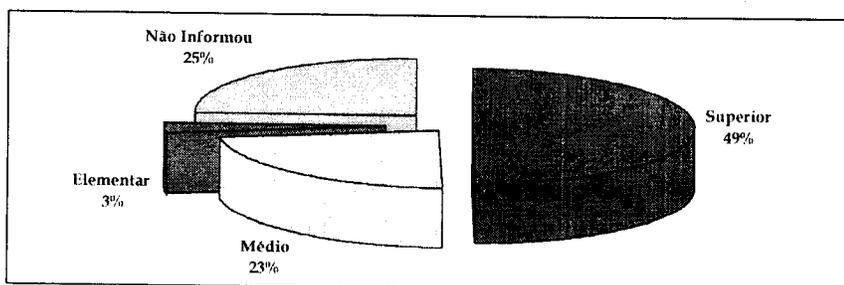
GRÁFICO 2 – ALUNOS EGRESSOS DO CURSO DE ATUALIZAÇÃO EM GESTÃO MUNICIPAL NA ÁREA DE SAÚDE SEGUNDO O CARGO POR REGIÃO - BRASIL



Fonte: Pesquisa de Avaliação do Curso de Atualização em Gestão Municipal na Área de Saúde, 2002.

Com relação ao nível de escolaridade, além de profissionais de nível superior, encontramos nível médio (23%) e elementar (3%) do universo estudado, e 25% não informaram, especialmente nas Regiões Sul e Sudeste, de acordo com o gráfico 3 a seguir.

GRÁFICO 3 – ALUNOS EGRESSOS DO CURSO DE ATUALIZAÇÃO EM GESTÃO MUNICIPAL NA ÁREA DE SAÚDE SEGUNDO O CARGO POR REGIÃO - BRASIL



Fonte: Pesquisa de Avaliação do Curso de Atualização em Gestão Municipal na Área de Saúde, 2002.

METODOLOGIA DOS AGRUPAMENTOS

O estudo compreendeu as seguintes etapas e atividades:

- Caracterização dos municípios segundo região e porte populacional.
- Criação de um *cluster* ou tipologia dos municípios no universo estudado.
- Realização de inquérito (*survey*) com os coordenadores estaduais, instrutores e egressos dos cursos, a partir de questionários auto-aplicáveis para cada grupo, no universo identificado e de oficina de trabalho com os coordenadores regionais do estado de São Paulo.

A partir das bases de dados, diversas fontes como FIBGE e DATASUS (base 2000), foram selecionadas 13 variáveis que permitissem identificar padrões de grupos de municípios. Essas variáveis identificariam condições socioeconômicas, oferta e produção hospitalar, condições de saúde, tamanho do município e produção ambulatorial.

Dos 2.721 municípios integrantes do processo que seriam objeto do estudo, 10 foram excluídos por não constarem dos registros do Censo 2000/IBGE, 124, por não possuírem valor em alguma das variáveis estudadas, e 54, por possuírem valores muito altos em algumas variáveis estudadas. Tais características levaram, portanto, à eliminação dos referidos municípios, perfazendo um total de 2.533 municípios estudados, os quais apresentam as seguintes características:

- 40,1% dos municípios estão localizados na Região Sudeste, 32,1% estão no Sul e 19,3% no Nordeste; 6,6% estão localizados na Região Centro-Oeste e 1,9% na Região Norte;
- os estados que apresentaram o maior número do total dos municípios participantes foram Minas Gerais com cerca de 22%, São Paulo com cerca de 15,6% e o Rio Grande do Sul com cerca de 14,3%;
- em relação ao porte populacional, constata-se que cerca de 89,0% dos municípios têm até 50.000 habitantes e 48,1% do total de municípios possuem até 10.000 habitantes.
- a distribuição dos municípios, segundo porte populacional e região

demonstrou que 64% dos municípios estudados têm até 50.000 habitantes e estão localizados nas Regiões Sudeste e Sul. Ressalta-se a pequena participação dos municípios entre 500.000 e 1.000.000 de habitantes, perfazendo um total de 0,03% (7 municípios).

No Quadro 6, a seguir, apresentam-se as variáveis selecionadas para o estudo.

QUADRO 6 – RELAÇÃO DAS VARIÁVEIS UTILIZADAS NO ESTUDO

Descrição das Variáveis	Unidade	Média
População dos municípios	em habitantes	28.781
Renda média do responsável pela família	em salários mínimos	3,21
% de responsáveis pela família c/ renda insuficiente	porcentagem	65,91
% da população com abastecimento de água adequada	porcentagem	80,27
% da população com ligações de esgoto urbana e rural	porcentagem	42,06
Número médio de moradores	em habitantes	3,78
Número de leitos	em 1.000 habitantes	2,34
Internações hospitalares	em 1.000 habitantes	4,97
Consultas médicas (geral e especializada)	em habitantes	1,44
Taxa de alfabetização	porcentagem	83,83
Óbitos de menores de 1 ano no total de óbitos	porcentagem	7,03
Taxa de Mortalidade Infantil	em 1.000 nascidos vivos	20,88
Taxa de Mortalidade de 15 a 39 anos	em 100.000 habitantes	146,85

OBS.: Todos os dados são referentes ao ano de 2000.

Deve-se salientar que todas as variáveis relacionadas no quadro anterior apresentaram valores para todos os 2.533 municípios estudados e foram utilizadas para análise fatorial e de agrupamentos. A aplicação de técnicas estatísticas de resumo de dados, no âmbito deste estudo, visou à redução da dimensionalidade das variáveis utilizadas para a definição operacional de uma tipologia de municípios.

A partir do tratamento estatístico das variáveis selecionadas, utilizou-se a técnica de análise multivariada (*factor analysis*) que gerou 4 fatores. A análise fatorial ou *factor analysis* consiste em uma técnica estatística de análise multivariada que se aplica à identificação de fatores que apontem objetivamente para a agregação de um conjunto de medidas. A diferença desse tipo de técnica em relação aos métodos usuais de criação de indicadores é que nesse caso os 'pesos' de cada um dos componentes do indicador composto não são arbitrados pelo pesquisador mas obtidos através dos próprios dados da análise fatorial. Cabe ao pesquisador, verificar se tais fatores podem ser interpretados de forma coerente com a natureza dos fenômenos ou processos estudados.

Essa técnica é freqüentemente utilizada na resolução de problemas envolvendo um grande número de variáveis, quando se deseja a redução desse número com a finalidade de facilitar o entendimento analítico dos dados.

No que concerne à análise fatorial, os 4 fatores identificados que explicam 69,9% da variabilidade total dos dados das 13 variáveis selecionadas para o estudo são os seguintes:

- Fator 1 – **Condições Socioeconômicas**, quanto maior o valor, melhores as condições socioeconômicas.
- Fator 2 – **Oferta e Produção Hospitalar**, quanto maior o valor, maior a oferta e a produção hospitalar.
- Fator 3 – **Condições de Saúde**, quanto maior o valor, piores as condições de saúde da população.
- Fator 4 – **Tamanho da População**, quanto maior o valor, maior é o porte do município.

Com a finalidade de identificar grupos homogêneos de municípios segundo os quatro fatores gerados pela análise fatorial, utilizou-se a técnica de análise de agrupamentos (*cluster analysis*). Essa técnica permitiu a geração destes 5 grupos:

- **Grupo 1** - composto por municípios de pequeno porte, com condições socioeconômicas médias e, apesar de apresentarem baixa oferta e produção hospitalar, apresentam boas condições de saúde. Compõem esse agrupamento 19,3% (463) do total dos municípios estudados. Representa 4% (2.738.104) da população tendo uma maior concentração nas Regiões Sul (46%) e Sudeste (48%). Neste grupo, incluem-se predominantemente os municípios de até 10.000 habitantes (90%).
- **Grupo 2** - composto predominantemente por municípios de pequeno porte, totalizando 15% (409) dos municípios. Estes apresentam condições socioeconômicas médias, as piores condições de saúde, e uma oferta e produção hospitalar, classificada em baixa e média. Representa 9% (6.817.637) da população tendo uma maior concentração nas Regiões Sul (26%) e Sudeste (60%). Neste grupo, constata-se a presença de 63% dos municípios de até 10.000 habitantes e 15% de municípios entre 20.000 e 100.000 habitantes.
- **Grupo 3** - neste grupo, predominam municípios de baixo e médio portes num total de 26,3% (673), representando a maior concentração de municípios, que se caracterizam por uma melhor oferta e produção hospitalar, boas condições de saúde e média condição socioeconômica. Representa 19% (14.172.170) da população distribuída nas Regiões Sul (52%), Sudeste (32%) e Centro-Oeste (11%). Neste grupo, 40% dos municípios possuem até 10.000 habitantes e 29% entre 20.000 e 100.000 habitantes.
- **Grupo 4** - neste agrupamento, estão localizados 19,4% (529) de municípios de porte médio e baixo, detentores das piores condições socioeconômicas. Apresentam também média condição de saúde, a menor média do fator 1, e portanto as piores condições socioeconômicas em todos os níveis (baixo, médio 1, médio 2 e alto) de oferta e produção hospitalar. Representam 12% (8.412.067) da população concentrando-se predominantemente na Região Nordeste (73%).

Destes, 37% possuem até 10.000 habitantes e 27% entre 20.000 e 100.000 habitantes.

- **Grupo 5** – composto por 19,1% (459) de municípios que, embora apresentem as melhores condições socioeconômicas com uma alta oferta e produção hospitalar, possuem os piores indicadores de saúde. Ressalta-se que, em relação ao fator 4 (tamanho da população) este agrupamento apresenta todos os níveis de população. Representa 56% (40.762.156) da população distribuída entre as Regiões Sudeste (53%) e Sul (31%). Entre os municípios, 22% possuem até 10.000 habitantes e 40% entre 20.000 e 100.000 habitantes, encontrando-se neste grupo 7 capitais. Este agrupamento representou 71% dos municípios estudados. Os demais 29% não permitem que sejam agrupados por não reunirem os fatores estabelecidos nos grupos.

SURVEYS

Para a avaliação do processo desenvolvido nos cursos de Atualização em Gestão Municipal na área da Saúde, foi realizado um inquérito (*survey*) com Coordenadores Estaduais, Instrutores e Egressos através de questionário auto-aplicável postado para o universo em estudo.

Os questionários envolveram blocos de questões comuns e específicas para Coordenadores Estaduais, Instrutores e Egressos, cujos quantitativos podem ser vistos na Tabela 4, a seguir.

TABELA 4 –QUADRO RESUMO QUANTITATIVO DOS BLOCOS DE QUESTÕES PARA EGRESSO, INSTRUTOR E COORDENADOR

Blocos	Egresso	Instrutor	Coordenador
Perfil	16	13	14
Caracterização da coordenação			12
Papel do coordenador			4
Informação e divulgação	7	8	8
Motivação	2	1	3
Público-alvo			3
Participação do instrutor		17	
Temas	2	6	
Desempenho			10
Frequência/apoio institucional	10	9	
Avaliação	15	7	3
Auto-avaliação do coordenador			3
Recursos financeiros		3	3
Avaliação da disciplina / aluno		4	
Sistema de monitoramento e avaliação	8		16
Impacto	11	5	3
Recomendações	2	2	2
Total de Perguntas	73	75	84

Fonte: Pesquisa de Avaliação do Curso de Atualização em Gestão Municipal na Área de Saúde, 2002.

Com a finalidade de permitir uma abordagem quantitativa – quantificação e tratamento estatístico, para a análise dos dados qualitativos da pesquisa – optou-se pela elaboração de um número maior possível de questões com opções fechadas de resposta. Os objetivos relacionados a cada bloco de questões são apresentados a seguir.

SURVEY COM COORDENADORES ESTADUAIS

No caso dos coordenadores, procura-se descrever o seu perfil a partir das seguintes características: distribuição por gênero e por faixa etária; nível de formação na área da saúde ou não; nível de especialização; sistema de contratação; representatividade institucional; inserção na instituição; atuação em outras áreas; acesso à tecnologia; utilização de tecnologia para atualização/divulgação; dificuldades/pontos críticos de acesso à tecnologia. Essa caracterização do coordenador é seguida por mais 12 blocos de questões referentes à coordenação estadual contemplando os seguintes tópicos: composição da coordenação e apoios institucionais recebidos; papel do coordenador; informação e divulgação; motivação; público-alvo; desempenho; avaliação; auto-avaliação; recursos financeiros; sistema de monitoramento/avaliação dos cursos; impacto; recomendações. O quadro seguinte apresenta os blocos de questões e os resultados esperados para coordenadores, exemplificando a formatação dos questionários.

QUADRO 7 – RESUMO DAS QUESTÕES E RESULTADOS ESPERADOS COM COORDENADORES

Questões	Resultados Esperados
Bloco 1 – Perfil do Coordenador Estadual	Caracterização do Coordenador
1. Sexo	Distribuição por gênero
2. Idade	Distribuição por faixa etária
3. Grau de Escolaridade	Nível de Formação
4. Profissão	Formação ou não na área da saúde
5. Cursos de aprimoramento na área da saúde	Nível de Especialização
6. Vínculo empregatício	Sistema de contratação
7. Instituição que representa	Representatividade Institucional
8. Cargo que ocupa	Inserção na instituição
9. Além do cargo exerce outra função?	Atuação em outras áreas
10. Acesso a computador	Acesso à tecnologia
11. Utiliza Internet e correio eletrônico	Utilização de tecnologia para atualização / divulgação
12. Regularidade do uso	Utilização de tecnologia para atualização / divulgação
13. Sites que acessa	Utilização de tecnologia para atualização / divulgação
14. Dificuldades de acesso a computador ou a Internet	Dificuldades / pontos críticos de acesso a tecnologia

QUADRO 7 - RESUMO DAS QUESTÕES E RESULTADOS ESPERADOS COM COORDENADORES
(CONTINUAÇÃO)

Questões	Resultados Esperados
Bloco 2 - Caracterização da Coordenação	Composição da Coordenação/ Apoios Institucionais Recebidos
15. A composição da coordenação seguiu a orientação do Ministério da Saúde?	Cumprimento das orientações / diretrizes do MS
16. Caso negativo, indique as instituições que compõem a coordenação estadual	Caracterização da coordenação
17. Qual o motivo dessa composição (político, técnico, disponibilidade institucional)	Determinantes da composição / envolvimento de Instituições
18. Indique a forma de escolha do coordenador	Crítérios para indicação do coordenador
19. Qual a Instituição que coordenou?	Representatividade institucional
20. Indique a natureza das instituições de ensino envolvidas com a capacitação	Perfil das instituições de ensino envolvidas no processo
21. Quais critérios foram utilizados para definição das Instituições de ensino?	Crítérios para indicação das instituições/ qualificação das parcerias
22. Indique qual a periodicidade de funcionamento da coordenação estadual para operacionalização do curso	Dinâmica da coordenação
23. Indique os responsáveis pelas ações listadas.	Nível de participação das institucionais envolvidas / forma de integração
24. Indique o grau de apoio institucional para as atividades relacionadas	Nível de apoio institucional recebido
25. O papel do COSEMS em seu estado	Nível de envolvimento institucional
26. O papel da SES no desenvolvimento do curso em seu estado	Nível de envolvimento institucional
Bloco 3 - Papel do Coordenador	Envolvimento do Coordenador
27. Indique o nº de horas semanais dedicadas à coordenação	Quantificação de tempo
28. A preparação e execução das atividades listadas	Participação das parcerias
29. A partir dessa experiência você coordenaria outro curso para gestores municipais?	Continuidade do processo
30. Indique os três fatores mais importantes que determinaram sua participação neste processo	Determinantes na participação do curso
Bloco 4 - Informação e Divulgação	Suficiência/Qualidade na Divulgação Conhecimento do processo
31. Você recebeu informações sobre o curso de capacitação	Determinante de condições básicas para implementação do curso

QUADRO 7 – RESUMO DAS QUESTÕES E RESULTADOS ESPERADOS COM COORDENADORES
(CONTINUAÇÃO)

Questões	Resultados Esperados
32. Informe como foi a divulgação da capacitação para os municípios do seu estado	Suficiência e qualidade da informação
33. Informe a forma utilizada para a divulgação do curso pela coordenação	Método de divulgação
34. A colaboração institucional para a divulgação do curso	Participação/ envolvimento das instituições envolvidas na coordenação
35. Após ter recebido as informações iniciais do curso avalie seu grau de conhecimento	Grau de conhecimento sobre o curso
36. Avalie a suficiência de tempo entre o recebimento das informações e a realização das atividades listadas	Suficiência de tempo para operacionalização do curso
37. Principais dificuldades enfrentadas pela coordenação para divulgar o curso	Fatores negativos da divulgação/ Pontos críticos
38. Indique duas medidas que, na sua opinião, contribuíram para melhorar a divulgação do curso	Adequação da divulgação do curso
Bloco 5 – Motivação	Adesão ao Curso
39. Razões da adesão de sua instituição ao curso	Grau de participação institucional com o curso
40. Escolha para coordenar o curso	Critérios para indicação institucional
41. Indique o motivo de sua participação neste processo	Grau de participação pessoal com o curso
Bloco 6 – Público-Alvo	Perfil dos Alunos
42. Definição de clientela local	Abrangência do curso
43. Informe os critérios utilizados para esta oferta	Critérios da abrangência do curso
44. Informe qual foi o nº de vagas oferecidas por município	Quantificação/ ampliação
Bloco 7 – Desempenho	Cobertura/Produção
45. Quem elaborou o programa de capacitação para o curso em seu estado?	Participação Institucional
46. Assinale as principais orientações para elaboração do programa	Adequação do conteúdo às necessidades do curso Apresentação das bases do curso
47. Quantas turmas foram formadas?	Cobertura

QUADRO 7 – RESUMO DAS QUESTÕES E RESULTADOS ESPERADOS COM COORDENADORES
(CONTINUAÇÃO)

Questões	Resultados Esperados
48. Indique o número médio de alunos por turma	Cobertura
49. Indique a carga horária total do curso por turma	Quantificação de carga horária utilizada para o curso
50. Indique a distribuição da carga horária semanal do curso	Quantificação de carga horária utilizada para o curso
51. Foi realizada alguma preparação específica para os instrutores?	Preparação de instrutores
52. Caso afirmativo, indique o tipo de preparação	Formas de preparação
53. Informe o número de alunos inscritos e que concluíram o curso	Quantificação de conclusão / cobertura / resultados obtidos
54. A que você atribui o índice de evasão no curso?	Pontos negativos do curso
Bloco 8 - Avaliação	Adequação/Suficiência/Qualidade/Organização do Trabalho
55. Indique sua avaliação em relação ao apoio logístico	Análise de recursos materiais, financeiros, técnicos/apoio das instituições envolvidas na coordenação nacional/estadual
56. Indique o grau de dificuldade da coordenação	Grau de dificuldade de operacionalização do curso
57. Avalie o curso considerando aspectos interpessoais	Nível de entrosamento/cumprimento/responsabilidades dos parceiros.
Bloco 9 - Auto-avaliação do Coordenador	Avaliação do Coordenador
58. Como foi seu desempenho como coordenador	Avaliação de desempenho da coordenação
59. Indique as 3 principais dificuldades que você enfrentou para implementar o curso	Pontos críticos da implementação do curso / dificuldades
60. Indique duas medidas que, na sua opinião, contribuiriam para melhorar o sistema de capacitação do curso	Adequação do curso de capacitação
Bloco 10 - Recursos Financeiros	Apoio Financeiro/ Financiamento
61. Qual a principal fonte de financiamento para realização do curso?	Composição dos recursos financeiros
62. Indique o destino dos recursos recebidos.	Alocação de recursos financeiros
63. A coordenação recebeu algum recurso financeiro?	Remuneração da coordenação

QUADRO 7 – RESUMO DAS QUESTÕES E RESULTADOS ESPERADOS COM COORDENADORES
(CONTINUAÇÃO)

Questões	Resultados Esperados
Bloco 11 – Sistema de Monitoramento e Avaliação do Curso	Sistematicidade/Adequação e Eficácia
64. Monitoramento das atividades da equipe	Identificação de formas de monitoramento do curso
65. Processo de monitoramento	Definição de critérios de avaliação
66. Principais resultados do monitoramento	Identificação de pontos para adequação da implementação do curso
67. Avaliação do aluno egresso no processo de capacitação	Identificação da existência de avaliação do aluno
68. Como foi realizada?	Identificação do momento da avaliação do aluno
69. Indique o tipo de instrumento utilizado	Identificação do tipo de instrumento para avaliar
70. Quem elaborou o instrumento?	Identificação dos parceiros na elaboração do instrumento de avaliação
71. Avaliação do instrumento de avaliação do curso	Avaliação do instrumento de avaliação
72. Indique seu grau de participação em relação à definição dos critérios de avaliação dos egressos	Participação nos critérios de avaliação do aluno
73. Indique os critérios de certificação	Definição de critérios de certificação
74. Indique o critério de frequência de certificação	Definição de critérios de certificação
75. Avalie o grau da adequação da capacitação para as atividades selecionadas	Grau de adequação do curso
76. Informe sobre o cumprimento do planejamento com relação ao conteúdo do curso	Quantificação do planejamento do curso
77. Informe sobre o cumprimento do planejamento com relação à cobertura do curso	Quantificação de cobertura do curso
78. Assinale as razões pelas quais as metas não foram atingidas plenamente	Dificuldade no cumprimento de metas
79. Avalie a influência dos aspectos listados no desempenho do curso em seu estado/região	Determinantes no desempenho do curso
Bloco 12 – Impacto	Indução a Mudanças/Indução a Melhorias Institucionais/Promoção de Autonomia
80. Mudanças estimuladas após curso	Identificação de mudanças na inserção institucional
81. Opinião sobre o curso	Identificação de mudanças específicas cognitivas/ qualificação/ de articulação de parcerias

QUADRO 7 – RESUMO DAS QUESTÕES E RESULTADOS ESPERADOS COM COORDENADORES
(CONTINUAÇÃO)

Questões	Resultados Esperados
82. Assinale os principais efeitos do curso na sua Instituição coordenadora	Identificação de aprimoramento na instituição de coordenação / ampliação de linhas de pesquisa / envolvimento com outras instituições
Bloco 13 - Recomendações	Adequação de Cobertura/Métodos
83. Quais áreas temáticas deveriam ser objeto de cursos específicos	Adequação do processo/ampliação
84. Quais iniciativas deveriam ser tomadas para a realização de próximos cursos	Adequação de métodos para operacionalização de cursos / Incrementos ao processo de

Fonte: Pesquisa de Avaliação do Curso de Atualização em Gestão Municipal na Área de Saúde, 2002.

SURVEY COM INSTRUTORES

No caso dos instrutores, além da caracterização do perfil (distribuição por gênero e por faixa etária; nível de formação na área da saúde ou não; inserção na instituição; atuação na área da saúde; especificidade de trabalho e de conhecimento; nível de especialização; acesso à tecnologia; utilização de tecnologia para atualização/divulgação; dificuldades/pontos críticos de acesso a tecnologia) a caracterização do instrutor é seguida por mais 10 blocos de questões referentes aos seguintes tópicos: informação e divulgação; motivação; participação do instrutor; temas abordados; frequência e apoios institucionais recebidos; avaliação; recursos financeiros; avaliação da disciplina; impacto e recomendações.

SURVEY COM EGRESSOS

Com referência aos egressos, além do bloco sobre o perfil com questões relativas à distribuição por gênero e faixa etária; formação na área da saúde ou não; nível de especialização; sistema de contratação; inserção na instituição; atuação/áreas de conhecimento e participação; continuidade de atuação; conhecimento/experiência anterior; área/esfera de envolvimento/par-

ticipação; acesso à tecnologia; utilização de tecnologia para atualização/divulgação; dificuldades/pontos críticos de acesso à tecnologia, a caracterização do egresso é seguida por mais 8 blocos de questões que contemplam os seguintes tópicos: informação e divulgação; motivação; temas; frequência/apoio institucional; avaliação; sistema de monitoramento/avaliação do curso; impacto e recomendações.

A descrição detalhada de cada bloco por agente e os resultados dos *Surveys* apresentados nas tabulações dos questionários por região, agrupamentos de municípios (*cluster*) e blocos de questões estão disponibilizados via CD-ROM.² Posteriormente, os resultados do inquérito serão analisados na forma de indicadores sintéticos e outras tabulações.

CONCLUSÕES

A tarefa de avaliar os processos e impactos dos cursos de capacitação não está integrada ao conjunto de práticas desenvolvidas no setor saúde: é relegada a um segundo plano, mesmo sabendo-se quão importante é a criação e a valorização de uma cultura avaliativa e a formulação de dimensões, variáveis e indicadores que permitam auferir processos e impactos de implantação de ações de intervenção. Como se sabe, o papel da avaliação é central, para o melhor desempenho de políticas e para o aprimoramento das atividades interligadas com a implementação de programas, e deve ser uma fase de atividade permanente em qualquer processo de intervenção.

Dessa forma, a inflexão recente da política desenvolvida para a área de recursos humanos em saúde, com especial mudança no pensar 'o que fazer, como e com quem' vem utilizando parcerias com as diversas instâncias atuantes no processo. Essa prática, por um lado, pode agregar o desenvolvimento de uma cultura avaliativa; por outro, pode apontar para transformações de métodos e conteúdos que reconfigurem a qualidade da prática profissional em saúde.

² O texto na íntegra da pesquisa com os questionários, os cruzamentos e bancos de dados estão disponibilizados via CD-ROM (obsrhs@ims.uerj.br).

Diferentes razões explicam essa demora na implantação de um real sistema de avaliação dos esforços de capacitação empreendidos nos últimos anos no Brasil, vinculadas principalmente ao temor de que o exercício avaliativo sirva a interesses difusos e mesmo a mera punição das instituições/agentes capacitadores.

Superar tal quadro de dificuldades e implantar mais do que sistemas de monitoramento e avaliação, uma verdadeira cultura avaliativa, ainda é tarefa para os próximos anos. A implantação de tal cultura poderá representar uma possibilidade real de direcionamento para as políticas desenvolvidas na área de recursos humanos para a saúde, apontando os limites e as adequações necessárias para o desenvolvimento de ações que contemplem os diversos atores/agentes envolvidos.

Assim, a necessidade de se submeterem os processos de capacitação realizados nos serviços de saúde a uma avaliação mais sistematizada tem feito parte da agenda dos profissionais que atuam na área de Recursos Humanos em Saúde. Compõem essa agenda, questões que se situam desde a necessidade de definir o que é avaliação para a área, como as relativas à importância da avaliação, suas dimensões, quais são as suas finalidades e usos, que modelos devem ser adotados para diferentes contextos, até as estratégias que devem ser desenvolvidas para sua institucionalização no âmbito do setor saúde.

BIBLIOGRAFIA

PIERANTONI, C. R. (Coord). *Avaliação do curso de atualização em gestão municipal na área da saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Projeto básico do curso de atualização em gestão municipal na área da saúde*. Brasília, 2001. (Mimeo.)

A INFLUÊNCIA DE UM PROJETO DE INTERVENÇÃO NO CAMPO DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE: PROJETO GERUS¹

Débora Cristina Bertussi & Márcio José de Almeida



INTRODUÇÃO

Este artigo trata dos efeitos causados pela implantação e implementação de um projeto de intervenção de recursos humanos para desenvolvimento gerencial nas Unidades Básicas de Saúde (UBSs) do município de Curitiba. A opção metodológica assumida foi a pesquisa qualitativa, um estudo de caso do tipo histórico organizacional, que teve como base a dissertação de mestrado que investigou e analisou as dimensões política, administrativa e pedagógica do projeto GERUS/Desenvolvimento Gerencial de Unidades Básicas de Saúde no município de Curitiba/PR, em face do processo de descentralização na saúde.

A perspectiva de compreender o desenvolvimento gerencial a partir de um projeto de intervenção no campo de recursos humanos, bem como de analisar o modo como esse projeto se encontra articulado à descentralização no sistema de saúde, surge no momento em que se discute a mudança das práticas sanitárias e a necessidade de intervenção no perfil epidemiológico a partir de problemas priorizados.

O cenário municipal constitui-se um excelente espaço de observação e análise da organização dos serviços de saúde e, conseqüentemente, de seu desenvolvimento gerencial a partir da descentralização, princípio fundamental do SUS. Sob essa ótica, é necessário compreender a descentralização como conceito-chave para a reorganização dos serviços de saúde e entender a gerência profissional de serviços de saúde como condutora do processo de trabalho.

¹ Artigo baseado na dissertação de mestrado para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva em 2002, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual de Londrina.

A descentralização, além de ser uma das diretrizes constitucionais para a organização do SUS, é um dos pressupostos básicos para sua viabilização e vem orientando a redefinição das funções das três esferas de governo.

Entretanto, sem que haja uma profunda redistribuição de poder, de recursos e de competências de governo, a reformulação do modelo de atenção, das práticas de saúde e do controle social estará profundamente prejudicada e, por consequência, assim também estará a implementação do SUS.

O processo de descentralização como estratégia aponta para a necessidade de recolocar cada ente federativo em seu espaço de ação peculiar, de modo que o município preste os serviços locais à sua população e que o Estado o apoie através de regulação das relações e da moderação das desigualdades regionais, garantindo a ação intergovernamental e intersetorial no âmbito da unidade federada, com vistas à qualidade de vida da sua população (Junqueira, 1998).

Descentralização pode ser conceituada, segundo Pimenta (1998), de três formas: a descentralização interna (de cima para baixo na estrutura administrativa do setor público), a descentralização externa (de dentro para fora da estrutura do Estado), ou ainda a descentralização entre os níveis de governo, fortalecendo o poder local.

Muller Neto (1991) conceitua e define descentralização, baseando-se na política de saúde do país, e mais especificamente na municipalização da saúde, afirmando que existem basicamente dois tipos de descentralização: a setorial (ou funcional) e a territorial, podendo haver combinação entre as duas. A descentralização funcional refere-se à transferência de funções e tarefas de um nível hierarquicamente superior para outro inferior, envolvendo, portanto, o poder de agir, e pode ser definida puramente como desconcentração. A descentralização territorial implicaria a redistribuição de poder entre Estado e sociedade, mediante a participação e o controle social no planejamento e na ação governamental, e poderia ser designada por democratização da gestão social.

A forma como deve ser entendida a descentralização neste estudo é a que envolve redefinição da estrutura de poder no sistema governamental, que se realiza através do remanejamento de competências decisórias e executivas, assim como dos recursos financeiros necessários para financiá-las.

Esse entendimento não implica a eliminação de outros conceitos, mesmo porque, segundo Neves (1987), onde houver descentralização haverá desconcentração.

Mello (1988) define os seguintes requisitos básicos para uma efetiva descentralização:

- Distribuição racional das funções entre as instâncias de governo.
- Disponibilidade de recursos financeiros.
- Competência institucional e organizacional, envolvendo autonomia municipal, padrões organizacionais e métodos operacionais adequados, sistema de mérito e carreira, adequadas relações intergovernamentais e responsabilidade política.

Ao abordar a descentralização, devemos entender o processo de municipalização, que, de acordo com Teixeira (1991), é parte de um processo de descentralização política, técnica e administrativa do Sistema de Saúde. Processo esse que, no limite, inverte a relação entre o nível central (federal) e o nível local (municipal) no que diz respeito à formulação e implementação de políticas, organização e gestão dos processos de trabalho e manejo de recursos (financeiros, humanos, fiscais, materiais). Isso implica uma reestruturação ampla, tanto das estruturas e práticas de cada nível de governo do Sistema de Saúde (Federal, Estadual e Municipal) quanto das relações políticas e administrativas, mediadas pela racionalidade técnica. Nessa perspectiva, a municipalização não se confunde com a desconcentração, tampouco com a delegação de responsabilidades de atribuições ou com a privatização, por se tratar de uma reestruturação de poder no âmbito do sistema de governo, do aparato governamental público.

Segundo Silva (2001), no contexto da descentralização deve-se considerar que existem claras discordâncias em relação à forma pela qual o processo está sendo conduzido, embora haja os que acham que está ocorrendo uma excessiva autonomia municipal e os que, pelo contrário, consideram que os municípios ainda não têm a desejável autonomia para assumir a gestão da saúde.

Esse autor afirma ainda que:

essas dúvidas e discordâncias podem ser explicadas, pelo menos em parte, pelas dificuldades que o projeto da Reforma Sanitária brasileira tem encontrado para viabilizar, especialmente a partir da década de 1990, num contexto político em que se tornou comum o descumprimento dos dispositivos constitucionais, passando a considerar-se a descentralização da saúde não como uma das estratégias de garantia de direitos conquistados mas de redução das responsabilidades do poder central. A contradição entre o projeto da Reforma, que amplia direitos, e as políticas recessivas, que os restringem, aumenta os espaços para os projetos de saúde voltados exclusivamente para os interesses do mercado. [...] [existe] uma permanente tensão entre o projeto da Reforma Sanitária e o projeto neoliberal, articulado com o mercado e pautado pelas políticas de ajuste fiscal e de reforma do Estado. (Silva, 2000, p. 50-51)

É de amplo reconhecimento que o SUS apresenta uma série de dificuldades que resultam, *grosso modo*, em baixa cobertura, impacto insuficiente nos problemas de saúde e reduzido grau de satisfação dos cidadãos.

O processo de descentralização dos serviços de saúde, apesar de muitos limites e dificuldades, tem resultado em importante ampliação da rede de serviços sob a responsabilidade dos municípios, conseqüentemente, ampliando o acesso da população a serviços de saúde, apesar da baixa resolutividade.

A melhoria do nível de saúde da população remete à questão da utilização eficiente dos recursos disponíveis para produzir serviços de saúde. O desafio consiste em aumentar a coerência entre os recursos, os serviços e as necessidades da população, ou seja, tentar eliminar os desequilíbrios entre oferta/demanda e colocar os serviços onde estão as necessidades. Maior volume de recursos administrados de uma maneira ineficiente resultará no aumento dos custos sem melhoria significativa do impacto dos serviços.

O serviço de saúde tem características que geram exigências particulares em termos de organização e gestão. Atendem necessidades complexas e variáveis que têm dimensões biológicas e psicossociais e cuja definição varia em função da classe social e das respectivas representações da saúde, da doença, da morte, da clientela (crianças, idosos, homens, mulheres) e do tipo de problema agudo e crônico.

A organização de serviços públicos depende em maior grau do ambiente sóciopolítico do que as demais. Devem ter autonomia na direcionalidade das ações a serem executadas.

Nesse sentido, tem fundamental importância o papel gerencial no processo de trabalho em saúde que se delineia em nível local, papel esse que só mais recentemente no processo de municipalização começa a se fazer presente nas unidades de saúde municipais.

Contudo, observa-se que a gerência no setor saúde encaminhou-se para atividades burocráticas, visando ao preenchimento de relatórios de produtividade, a fim de alcançar o teto financeiro desejável e/ou de produção de procedimentos para recebimento dos atos mensuráveis, ou seja, os atos de recuperação e reabilitação da doença, enfatizando o modelo de atenção voltado mais para a doença do que para a saúde.

A necessidade de discussão e análise do gerenciamento local, que se dá nas Unidades Básicas de Saúde, adquire uma clara relevância, pois essas unidades produtoras de serviços se constituem como a porta de entrada do Sistema Local de Saúde, onde os problemas de saúde podem ser identificados, priorizados e atendidos pelos sujeitos que podem imprimir mudanças no modo de fazer saúde.

Ainda que várias questões estejam em permanente construção, é nesse processo de transformação que uma nova organização tecnológica do processo de trabalho em saúde se conforma e que se fazem presentes: a necessidade de maior autonomia e poder decisório nas unidades prestadoras de assistência à saúde; a organização e administração de recursos humanos não mais vistos como meros insumos, mas como agentes sociais necessários a mudar o 'tom' do fazer saúde; a presença de profissionais de saúde em maior número e com maior diversidade em sua formação profissional; maior complexidade tecnológica; a busca da integralidade da assistência; a presença da população nas decisões da saúde, com a constituição das Comissões Locais de Saúde (Mishima, 1995).

Em relação às funções gerenciais em UBSs, sempre houve uma defasagem entre a oferta e a demanda por oportunidades de capacitação. A disponibilidade de cursos é muito pequena em face do número de estabelecimentos existentes no país, além de restringir-se apenas à área hospitalar (Santana, 1997). O desenvolvimento da capacidade gerencial tem se apresentado como

uma condição fundamental para a melhoria da eficiência, eficácia e efetividade dos serviços de saúde do sistema municipal.

O Projeto GERUS – Desenvolvimento Gerencial em Unidade Básica de Saúde se caracteriza como uma intervenção no campo do desenvolvimento de recursos humanos em saúde, centrado na formação/qualificação técnica e administrativa de gerentes de UBSs, com o objetivo de fazer o desenvolvimento institucional e, conseqüentemente, aumentar a capacidade gerencial, na perspectiva da mudança das práticas sanitárias e do modelo de atenção à saúde. A clientela constitui-se de profissionais de nível superior que ocupam a função de gerência de UBS.

A concepção pedagógica utilizada baseia-se no princípio da ação-reflexão-ação, indivisibilidade método-conteúdo, coerência do método com a natureza do objeto de conhecimento em construção, apropriação da estrutura do conhecimento pelo ator da aprendizagem, utilização do próprio trabalho e da realidade local como objeto de análise, reflexão e processo de ensino-aprendizagem.

A implantação do Projeto GERUS é precedida de uma discussão local, e, para tanto, se constitui um grupo de condução do projeto, composto por um coordenador geral e membros representantes da Secretaria Municipal que ocupem cargos diretivos e participem dos processos decisórios, visando a assegurar a sua implantação/implementação, pois ocorre um processo permanente de negociação, o que reforça a importância de sua composição e formalização institucional.

A opção metodológica adotada no Curso de Especialização torna indispensável destacar o papel do monitor. Sua atuação permanente ao longo de todo o processo visa a assegurar a conexão entre os diferentes momentos das seqüências de atividades, bem como a garantir o cumprimento dos propósitos e objetivos das unidades didáticas. Cabe, ainda, à equipe de monitores, com o apoio da equipe de condução, mobilizar e compreender os técnicos dos vários níveis da instituição na realização do curso (Bertussi et al., 1996a).

A proposta de capacitação do Projeto GERUS deve ser entendida como um instrumento de alavancagem do processo de (re)organização dos serviços, instrumento esse que, por sua vez, integra um conjunto de medidas cujo ponto comum é ter, na sua origem, a decisão política de oferecer

atendimento às necessidades de saúde de forma universal, equânime e de boa qualidade (Santana, 1996).

Entende-se que as experiências de implantação do Projeto GERUS demonstraram que, apesar das dificuldades que vêm sendo encontradas na efetivação do SUS, a capacitação gerencial pode contribuir para a potencialização do processo de reorganização dos serviços de saúde, na perspectiva de garantir aumento de cobertura, impacto das ações e satisfação dos usuários (Bertussi et al; 1996a).

Inúmeros avanços ocorreram no sentido de consolidação do SUS, mas certamente os limites e os pontos de estrangulamento se fazem presentes. A necessidade de melhoria da qualidade e produtividade dos serviços trouxe à tona a importância da função gerencial nos níveis locais, numa aproximação à flexibilização administrativa e à desconcentração de poder, até então restritas aos níveis centrais dos órgãos (Motta, 2000).

INFLUÊNCIA DA PROPOSTA NA REALIDADE

Um Olhar: o projeto GERUS e seu desenvolvimento no município de Curitiba

A iniciativa de desencadear o processo de desenvolvimento gerencial no município de Curitiba ocorreu por uma necessidade de a SMS profissionalizar a gerência de serviços de saúde.

O curso de especialização foi descentralizado para os Núcleos Regionais de Saúde (Distrito Sanitário), e o número de monitores em cada Distrito dependia do número de gerentes de UBS, considerada a proporção de dois monitores para cada grupo de dez gerentes.

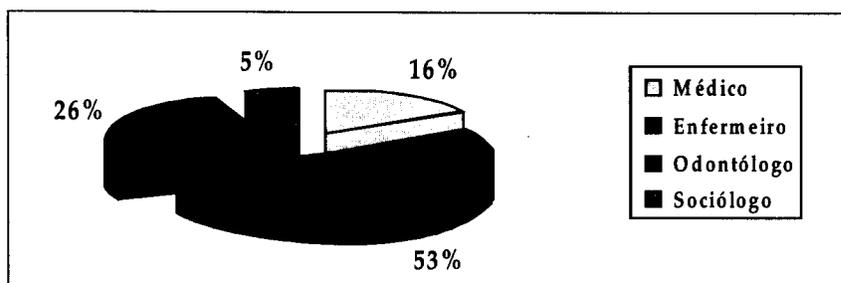
A definição do grupo de monitores seguiu alguns critérios, tais como, ser técnico engajado no processo de transformação da prática sanitária, ter disponibilidade de tempo para assumir o papel de monitor, ter a função de Apoio Técnico do Núcleo Regional; ser técnico de nível central ligado aos diversos setores da instituição.

O perfil dos monitores e das Autoridades Sanitárias Locais (gerente de UBS) foi montado a partir das seguintes variáveis: categoria profissional,

sexo, faixa etária, tempo de SMS e tempo de gerência de serviços de saúde. As categorias profissionais que compuseram o grupo de monitores e de ASL foram as seguintes: médico, enfermeiro, odontólogo e sociólogo.

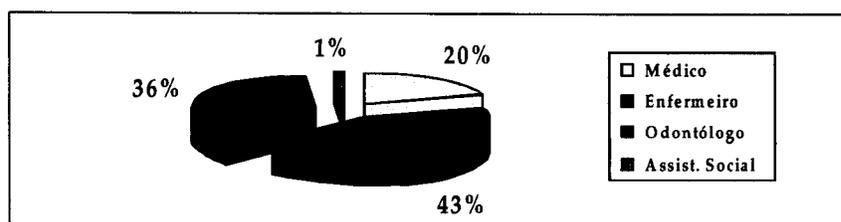
O primeiro ponto que merece destaque é a distribuição de profissionais por categoria, que, como esperado no grupo de monitores, enfermeiro contava com 53% do total, odontólogo – diferentemente de outras localidades – contava com 26%, médico, 16% e sociólogo, 5%, como podemos observar no Gráfico 1. O grupo de ASL contava com 43% de enfermeiros, 36% de cirurgiões dentista, 20% de médicos e 1% de assistente social, como pode ser visto no Gráfico 2.

GRÁFICO 1 – DISTRIBUIÇÃO DOS MONITORES SEGUNDO CATEGORIA PROFISSIONAL, MUNICÍPIO DE CURITIBA/PR, 1995



Fonte: Coordenação de Desenvolvimento de Pessoal/Centro de Educação em Saúde/SMSC.

GRÁFICO 2 – DISTRIBUIÇÃO DE PARTICIPANTES DO CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO SEGUNDO CATEGORIA PROFISSIONAL, MUNICÍPIO DE CURITIBA/PR, 1995



Fonte: Coordenação de Desenvolvimento de Pessoal/Centro de Educação em Saúde/SMSC.

Em relação às categorias profissionais distribuídas por Núcleo Regional de Saúde, podemos observar, na tabela 1, as diversas situações em termos de composição: no Núcleo Regional do Portão somente enfermeiros; Núcleo Regional de Saúde do Pinheirinho um monitor por categoria profissional; no Núcleo Regional de Saúde do Boqueirão, enfermeiros e médicos; no Núcleo Regional Cajurú/Matriz, somente odontólogos.

Essa variação nos remete à discussão de que foi uma variável incontroleável pelo grupo de condução em função dos critérios para definição do grupo de monitor. Teria sido interessante termos as distintas categorias profissionais compondo cada grupo de monitores, o que poderia facilitar a condução do processo pedagógico com o grupo de gerentes.

TABELA 1 – DISTRIBUIÇÃO DE MONITORES SEGUNDO CATEGORIA PROFISSIONAL POR NÚCLEO REGIONAL DE SAÚDE, MUNICÍPIO DE CURITIBA/PR, 1995

	Médico	Enfermeiro	Odontólogo	Sociólogo	TOTAL
NRS Boqueirão	2	2	-	-	4
NRS Pinheirinho	1	1	1	1	4
NRS Santa Felicidade	-	1	1	-	2
NRS Portão	-	3	-	-	3
NRS Cajuru e Matriz	-	-	3	-	2
NRS Boa Vista	-	3	1	-	4
TOTAL	3	10	6	1	20

Fonte: Coordenação de Desenvolvimento de Pessoal/Centro de Educação em Saúde/SMSC.

Em relação ao grupo de ASL, a composição segundo categoria profissional por Núcleo Regional de Saúde também variou, acompanhando a mesma discussão do grupo de monitor (Tabela 2).

TABELA 2 – DISTRIBUIÇÃO DE ALUNOS DO CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO SEGUNDO CATEGORIA PROFISSIONAL POR NÚCLEO REGIONAL DE SAÚDE, MUNICÍPIO DE CURITIBA/PR, 1995

	Médico	Enfermeiro	Odontólogo	Assistente Social	TOTAL
NRS Boqueirão	2	6	3	-	11
NRS Pinheirinho	4	8	5	-	17
NRS Santa Felicidade	-	2	6	1	09
NRS Portão	3	6	6	-	15
NRS Cajurú e Matriz	2	4	5	-	11
NRS Boa Vista	3	7	2	-	12
TOTAL	14	33	27	1	75

Fonte: Coordenação de Desenvolvimento de Pessoal/Centro de Educação em Saúde/SMSC.

Traduzindo o olhar sobre o processo de implantação e desenvolvimento do Projeto GERUS, é possível destacar alguns fatos e influências ocorridas. Inicialmente, cabe destacar que o grupo de condução teve um papel fundamental na condução do processo, até por que era um grupo designado para fazer isso mesmo.

Esse grupo além de ter pensado e desencadeado ações diversas – desde a sensibilização do Conselho Gerencial da SMS para implantação do projeto até o acompanhamento das atividades pedagógicas no curso de especialização –, reuniu-se com as equipes do gabinete do secretário, da superintendência, dos departamentos e dos distritos sanitários para apresentar e discutir o projeto, preparando-as para as demandas advindas da sua implementação na perspectiva do desenvolvimento institucional.

Vários foram os conflitos e dificuldades, e esse grupo tentou negociar e articular-se com os vários atores institucionais. A coordenadora do projeto enfatizava, em diferentes momentos, que era necessária ‘muita linha para costurar o processo’ e ‘muito óleo para azeitar a máquina’, e, de fato, ‘gastou-se muito fosfato, saliva e sola de sapato’. Foram sucessivas aproximações, ou melhor dizendo, “sucessivas alucinações” ao objetivo a ser atingido.

Uma outra questão a ser ressaltada foi o papel dos assessores do NESCO, os quais participaram de todo o processo, desde a discussão inicial da possibilidade de implantação do projeto em Curitiba, integrando o grupo de condução, sendo instrutores da capacitação de monitores, até o acompanhamento do desenvolvimento do projeto a partir de discussões técnico-pedagógicas com o grupo de monitores e assessoria direta aos cursos regionalizados de especialização (Bertussi et al., 1996b).

Esse aspecto de contar com assessoria técnico-pedagógica externa, ou seja, um olhar 'menos institucionalizado' e 'mais ligado' ao desenvolvimento do projeto, teve uma contribuição importante, a saber, a de 'limpar as lentes dos óculos da instituição', ou melhor dizendo, não estar 'contaminado' pelas emoções e melindres historicamente construídos e estabelecidos. Por outro lado, teve a desvantagem de não ser institucional e, conseqüentemente, não ter vínculos mais fortes com os vários atores institucionais.

Quanto ao grupo de monitores, é importante destacar, primeiramente, que era um grupo com acúmulo técnico, político e institucional, como pode ser observado no perfil descrito anteriormente. Os monitores, com raras exceções, assumiram o processo com tal empenho que as reuniões do grupo com a coordenação do projeto e assessoria às sextas-feiras invariavelmente tinham pauta densa e de muito aprofundamento sobre os temas técnicos e pedagógicos, o que revelava esforço em estudos e discussão com outros monitores parceiros dos cursos regionalizados.

Em contrapartida, ocorreram algumas dificuldades na condução técnico-pedagógica por parte de alguns monitores. O destaque está na dificuldade de assumir o papel de facilitador do processo pedagógico, na concepção da metodologia problematizadora, e de 'desnudar-se' do papel do professor da metodologia tradicional, em que o professor, como o único conhecedor do objeto, é quem define o 'certo' ou o 'errado'. Já em relação ao grupo de gerentes é necessário salientar o grande interesse e empenho no desenvolvimento das atividades propostas pelo curso e na apropriação dos vários conceitos.

É importante destacar, também, que o não-entendimento, por parte da equipe de UBS, de o gerente estar ausente em momentos de concentração no curso de especialização podia ser conseqüência não só do pequeno envolvimento desencadeado por ele mesmo, pela falta de supervisão dos monitores no desenvolvimento das atividades no nível local, como também pela dificul-

dade de compreensão da proposta de integração ensino-serviço e pela pequena duração do curso (tempo político definido pela instituição).

Outro elemento a ser destacado está vinculado à metodologia da problematização, que ocasionou dificuldade a alguns alunos/gerentes de UBS de assumirem seu papel como sujeito ativo e reflexivo no processo de ensino e de aprendizagem, sem conseguirem sair do papel de aluno passivo, esperando que o curso ofertasse 'receitas' sobre como gerenciar melhor uma UBS.

No desenvolvimento do projeto, surgiram dificuldades que levaram os Núcleos Regionais e os setores meio da SMS a implementar medidas no sentido de minimizá-las (Bertussi et al., 1996b). Alguns setores da SMS passaram a identificar o gerente de UBS como o sujeito institucional fundamental.

Os conflitos gerados no desenvolvimento do processo entre ASL e outras instâncias e setores da SMS pode ser discutido primeiramente pelo viés da questão histórica e culturalmente determinada da centralização de poder e, como conseqüência, pelo fato de os setores acharem que existiam por si sós, quando, na realidade, esses setores têm o papel de viabilizar a condição necessária e satisfatória para a prestação de serviços de saúde, sejam elas de proteção, recuperação e/ou reabilitação da saúde, que é uma das missões da Secretaria de Saúde.

Considerando-se a natureza e o tipo de movimento causado pela proposta desde a intenção até a sua implantação, outro aspecto importante, naquele momento, foi o fato de parte das pessoas acharem que, com o projeto GERUS, 'todos os problemas estariam resolvidos', como num toque de mágica. Entretanto, sabíamos que os efeitos alcançavam a UBS e somente processos de trabalho de outros níveis gerenciais, tanto por esse projeto ter como foco o **processo de trabalho de UBS** e não os outros serviços integrantes do Sistema Municipal de Saúde quanto por não se caracterizar em um 'modelo' a ser aplicado, mas por sistematizar o cotidiano do gerente de UBS e construir uma nova prática gerencial.

Reconhecidamente, o ponto de maior estrangulamento foi a não efetiva participação das equipes de UBSs e da comunidade no processo de desenvolvimento do projeto GERUS, que, neste momento, pode ser justificada e não explicada.

Dessa perspectiva, podemos citar fatores como a falta de clareza do grupo de condução em como encaminhar tal estratégia. Em consequência, os monitores não priorizaram essa questão e não desenvolveram ações nesse sentido, e os gerentes de UBS, por sua vez, tiveram dificuldade em incorporar no processo de trabalho a participação da equipe e da comunidade.

Segundo Dussalt (1992), um ambiente profissional exige a capacidade de fazê-lo em colaboração, em equipe. O gerente não pode produzir serviços nem realizar os programas pessoalmente. Os que sabem recrutar bons colaboradores, formá-los e ajudá-los a crescer profissional e individualmente contribuem muito para elevar a qualidade dos serviços.

Concordando com Jacobi (1992), o tema participação também converge para o debate em torno da descentralização e tem-se tornado cada vez mais fundamental no processo de democratização da ação do Estado e das suas práticas institucionalizadoras. A descentralização representa, em teoria, a possibilidade de ampliação para o exercício dos direitos dos cidadãos, a autonomia da gestão municipal, a participação cotidiana dos cidadãos na gestão pública e uma potencialização de instrumentos adequados para um uso e redistribuição mais eficiente dos recursos públicos.

O desenvolvimento da cidadania implica considerar a gerência uma atividade que contém uma perspectiva de emancipação dos sujeitos sociais e que está contida nela, sejam eles os agentes presentes no processo de trabalho, sejam os clientes que se utilizam dos serviços de saúde (Almeida et al., 1994).

Dos desdobramentos do desenvolvimento da Capacitação em Gerência de Unidades Básicas de Saúde, na qualidade de instrumento de alavancagem do processo de reorganização da prática sanitária, cabe destacar os seguintes: (Bertussi et al., 1996b):

- Discutir e implementar o papel e inserção das Unidades de Pronto Atendimento 24 Horas e de Referência Especializada no sistema Municipal de Saúde;
- Reconhecer o papel distinto do Núcleo Regional da Matriz por suas características de ocupar um território central do município, ter grande parte de Unidades como referência especializada, concentrar o maior número de estabelecimentos de distintos ramos de atividade e grau de risco;

- Refletir sobre a prática gerencial, levando ao questionamento e revisão do papel da ASL;
- Discutir sobre qual sistema de informação auxilia a prática gerencial, rever e implementar o existente;
- Permitir a troca de experiência entre os gerentes dos diversos setores, inclusive conhecendo missão e atribuições de vários serviços que até então não eram conhecidas;
- Aproximar setores meio (departamentos, núcleos e serviços) da UBS, apesar dos conflitos enfrentados;
- Realizar nova e efetiva aproximação do território, inclusive com a redefinição de base territorial de algumas UBSs.

‘Um movimento perceptível’. Essa é a constatação que se faz ao analisar-se o que gera o GERUS (Baracho, 1996). É incontestável que o projeto desenvolvido com sujeitos históricos da SMS teve papel fundamental no fortalecimento da descentralização, reorganização do nível distrital e local.

Tomar o conceito e a prática de distrito nessa perspectiva significa, segundo Mendes (1994), redirecionar e modificar a forma de organização e o conteúdo das ações e serviços de saúde, de modo a responder às demandas da população, atender às necessidades de saúde, contribuir fundamentalmente para a solução dos problemas de saúde da população que vive e trabalha no espaço territorial e social do Distrito Sanitário. A instituição incorporou e fortaleceu conceitos desenvolvidos no projeto e instrumentos gerenciais para uma nova prática gerencial nos serviços de saúde.

Segundo Motta (2000), descentralização significa atribuir funções específicas, antes exercidas pelo poder central, a órgãos do governo regional e local que gozam de autonomia política na gestão de seus interesses. É a transferência de poder, responsabilidades e recursos.

É lógico que, quando falamos de descentralização, não estamos afirmando ser esse um movimento absoluto. Esse movimento é simultaneamente centrífugo, procurando afastar-se do centro, e centrípeto, no sentido inverso. Na balança da descentralização, o movimento ocorre do centro para periferia e da periferia para o centro.

Motta (2000) afirma que a descentralização passa a significar o rompimento com os laços tradicionais de poder, agregação mais efetiva com os interesses comunitários e a possibilidade de uma gestão pública mais eficiente e concordante com as necessidades locais.

Influência do Desenvolvimento Gerencial na SMS

Ao afirmar que o projeto GERUS é um processo de intervenção institucional, através da qualificação dos gerentes de UBS, devemos imaginar que 'a toda ação existe uma reação'. Portanto, devemos considerar a influência, ou seja, efeitos, conseqüências e resultados obtidos após ação exercida sobre esses sujeitos históricos transformadores.

Cabe ressaltar que, neste estudo, baseando-nos nos princípios e diretrizes do SUS, ao ter como pressuposto uma intervenção institucional capaz de possibilitar a reorganização dos serviços de saúde, com destaque na descentralização desses serviços e, conseqüentemente, na construção de um processo social de mudança organizacional, devemos considerar as dimensões política, administrativa e pedagógica.

Essas dimensões estão presentes no discurso dos entrevistados e acabam sendo reforçadas, quando assinalam a importância que o GERUS teve no sentido tanto do aprofundamento dos conceitos e práticas de saúde, na perspectiva de responder às necessidades de saúde da população do território de UBS, quanto na de acumulação institucional, na perspectiva de mudança organizacional.

Se entendermos as organizações como sistemas em permanente processo de transformação, assumimos que, assim como uma construção social, elas só podem ser reconstruídas pela vontade dos sujeitos que as compõem (Carvalho, 1995). Como atores sociais que interagem na estrutura de poder das organizações, os gerentes de UBS têm influência sobre o processo de trabalho e, conseqüentemente, sobre os agentes que fazem parte da mudança.

Segundo Motta (1994), a mudança organizacional refere-se a uma alteração significativa nas estruturas, nas atitudes e nos comportamentos existentes. A mudança é um rompimento, mesmo que de forma gradual, com o *status quo* organizacional. A mudança pode ser conseqüência natural dos

acontecimentos históricos e dos fatores que incidem sobre a organização. E, nesse caso, partimos do processo desencadeado a partir da intervenção institucional.

Então, anos depois de ocorrido o GERUS, nós vemos hoje que a instituição absorveu e usa conceitos, que talvez até, muitos gerentes atuais, que não fizeram o GERUS, nem saibam que são provenientes daquele projeto, conceitos são usados por eles que nós que vivemos o processo sabemos que o começo foi com o GERUS. Ele deixou marcas profundas na instituição. Há muita coisa ganhando novos nomes hoje em dia. Há toda uma visão de reengenharia política institucional. Mas algumas dessas coisas são simplesmente a reprodução do que o GERUS já trabalhava ou deslumbrava, com outros nomes. (Entrevista)

A questão que trago para esta discussão é que obviamente os entrevistados têm visão distinta sobre o processo de mudança, a partir do desenvolvimento do projeto GERUS. Nos depoimentos abaixo, fica claramente explicitado o potencial do projeto para desenvolver o trabalho no nível local na perspectiva do enfrentamento dos problemas de saúde da população, bem como as 'marcas' institucionais deixadas.

Na verdade, o processo GERUS já mexia com as estruturas, com concepções, com micro-políticas-profissionais, com a macropolítica, a visão de sistema de saúde. Então, ao ir acontecendo, ele já estava fazendo transformações políticas. Mais que isso - depois do encerramento formal do processo de capacitação do projeto GERUS - ele deixou marcas que eu considero indelévels, marcas ainda vistas até hoje. O GERUS não se esgotou em si mesmo ou um ano após concluído. Ele mexeu em bases culturais bem mais profundas da instituição. (Entrevista)

Agora, o GERUS, foi um processo, no meu ponto de vista, fantástico. Ele reuniu atributos da melhor qualidade, tanto na parte técnica, quanto na parte pedagógica. Fez com que entendêssemos que os cursos não devem ser curso, mas devem estar conectados com o desenvolvimento institucional. [...] Apesar das pessoas terem concluído o GERUS no mês de dezembro de 95 e apesar do curso ter terminado ali, o efeito dele continuou existindo. [...] Então o GERUS teve aquele momento na instituição, de aglutinação e organização e avanço para alguns crescimentos. (Entrevista)

Ainda com base nas falas anteriores, destaca-se um indicativo para a necessidade de capacitação contínua e permanente, uma vez que, após o encerramento do curso de especialização, ocorreu uma ruptura do movimento. E esse fato determinou a descontinuidade sob o foco institucional, ação necessária para imprimir as transformações em curso no modo de se operacionalizarem os serviços de saúde.

Na mesma direção, os discursos abaixo retratam bem essa desarticulação, evidenciando a dificuldade concreta dos níveis central e distrital de coordenar esse processo posterior; não era mais o 'curso', mas o processo de trabalho dos outros setores transformados pelo desenvolvimento institucional.

Durante o GERUS uma coisa que sempre era falada era: "O GERUS não é só um treinamento que tem começo, meio e fim. Ele é uma mudança da forma da instituição se enxergar e se governar". Eu acho que ele não foi isso. Foi mesmo um treinamento que teve começo, meio e fim e aquelas contradições que se apontavam, que apareciam no começo. Como é que essa instituição propõe esse treinamento? Elas desapareceram. Porque a continuidade que se esperava que houvesse, não houve a meu ver. (Entrevista)

Eu acho que o GERUS foi mais uma oportunidade perdida, como a oportunidade perdida de vacinação: cada vez que a pessoa vai e não consegue vacinar, poderia ter sido vacinada e você acaba perdendo a oportunidade. O GERUS foi uma oportunidade perdida. Muita gente que fez, passou, aproveitou como um ganho pessoal, talvez não se dê conta disso, mas foi um momento que não poderia ter mudado muita coisa. (Entrevista)

Com isso, não estou afirmando que não ocorreu desenvolvimento institucional, muito pelo contrário, mas apontando que esse desenvolvimento não foi potencializado da forma que o projeto permite e, inclusive, tem como propósito. Isso certamente não foi possível, uma vez que o acompanhamento do processo por parte do nível central e distrital não ocorreu de forma pensada e sistematizada, em decorrência, possivelmente, dos conflitos tratados anteriormente.

(...) que significou politicamente para cada um dos gerentes, eu acho que significou muito. Do que significou para Secretaria de

Saúde também. Foi uma proposta hiper-ousada, formar e apostar que durante o ano inteiro você estaria formando cem gerentes, especialistas na área de gerência. Que instituição faz isso? Pública? Qual? Um projeto forte, pesado, denso, e que vai estar aflorando certos tendões de Aquiles, não tem como não aflorar. Dispor-se a mostrar as suas fragilidades também. Tem que ser forte e ousado para isso. E eu acho que todo o grupo da Secretaria foi, desde a concepção, desde os primórdios, as primeiras conversas, até o ultimo dia dele. E do ponto de vista político, ele deu uma marca também para Curitiba. Ele sedimentou e consolidou muitos processos que estavam em desenvolvimento [...] Politicamente isso representou um “bruto” de um avanço. Eu considero assim. (Entrevista)

Motta (1994) afirma que a inovação não é fruto do acaso; ela exige um sentido de direção e uma intenção pré-determinada de mudar o estado organizacional existente. Requer, portanto, motivação para superar obstáculos, capacidade de gerar e implantar idéias novas e conduzir a mudança ao fim desejado.

Processo Gerencial: um exercício de compromisso, autonomia e flexibilização organizacional

Discutir desenvolvimento gerencial após um processo amplo, em período de tempo prolongado, envolvendo o corpo gerencial de uma Secretaria não é tarefa simples, principalmente quando abordamos os vários níveis gerenciais: o central, o distrital e o local.

Evidentemente, como citado em vários momentos, esse processo de desenvolvimento institucional tomou como foco o nível local, onde ocorre a produção de serviços básicos de saúde, o qual foi objeto da capacitação em serviço, a condução do processo de trabalho na UBS.

A organização é um sistema composto por vários elementos, coordenado entre as diferentes atividades, com a finalidade de efetuar transações planejadas com o ambiente, para o alcance de um ou mais objetivos, e que as características das organizações prestadoras de serviços de saúde de serem organizações profissionais, voltadas para o atendimento de necessidades multidimensionais e como setor público, submetidas a influências políticas e sociais (Kisil, 1998; Veloso Filho, 1999; Dussalt, 1992).

As estruturas organizacionais em nossa realidade se apresentam, em geral, com um formato piramidal, composto de vários escalões hierárquicos verticalizados e departamentalizados setorialmente por área de especialização. Soma-se a essas características um conjunto de práticas de organização do trabalho, como a centralização decisória, planejamento normativo, dicotomia entre planejamento e execução, sigilo e ocultação de informações, formalização excessiva e distanciamento do cidadão e mesmo o controle social sendo dificultado pelo usuário (Inojosa, 1998).

Esse modelo, de um lado, castra as possibilidades de inovação e reduz os gerentes a cumpridores de normas e determinações superiores, e, de outro lado, abre caminho para que, através dessas 'determinações superiores', reais ou fictícias, se instalem o patrimonialismo e o clientelismo (Junqueira & Inojosa, 1992).

Sendo assim, o exercício da nova gerência exige compromisso, autonomia e flexibilização organizacional. Compromisso com os resultados da organização e com a eficiência, eficácia e efetividade dos seus serviços. Autonomia que permita alocar e remanejar recursos materiais e tecnológicos, incentivar a criatividade, com garantia de poder implementar, minimamente, as inovações que resultarem do processo de coletivização das idéias. Uma das condições do compromisso e da autonomia é a flexibilização organizacional (Junqueira & Inojosa, 1992).

A busca da flexibilização organizacional significa vencer as barreiras impostas pelas concepções rígidas de estrutura que prevalecem na prática administrativa. Essa concepção rígida e estática da estrutura é fundamentada na crença de ser possível, através da especialização do trabalho, da hierarquia e da distribuição de autoridade, determinar comportamentos humanos uniformes e previsíveis e de garantir o alcance dos objetivos organizacionais (Motta, 2000).

Esse autor afirma, ainda, que a flexibilização organizacional trata de um modelo de organização descentralizada, com unidades autônomas, que reflete, a princípio, o todo organizacional. As unidades devem ser projetadas com base em equipes, com menos hierarquia, com responsabilidade compartilhada em um equilíbrio de poder dinâmico, construído no próprio processo de decisão. As unidades descentralizadas são modulares, autônomas e independentes, mas com interdependência garantida por um mínimo

de valores absolutamente compartilhados e por um sistema de comunicação intensiva. Coordenada do topo, essa organização se torna um conjunto de pequenas organizações, gerenciadas com o máximo de interdependência.

Segundo Junqueira & Inojosa (1992), a flexibilização das organizações públicas é condição para o exercício de uma nova gerência, para afluência de um perfil gerencial de maior autonomia. Caso contrário, o gerente não poderá ser um negociador, seu principal papel, se não tiver o que negociar, e, sem responsabilidade, estará contrário a esse controle e não terá como desenvolver um compromisso consistente com a tarefa organizacional.

Castanheira (2000) afirma que a gerência de serviços de saúde tem sido colocada como área estratégica para a transformação das práticas de saúde. De fato, sua posição intermediária entre estruturas centrais, com poder de definição de diretrizes políticas, e a prestação direta de serviços, quando está imediatamente em contato como processo de produção e com seus usuários caracterizam-na como um pólo privilegiado para a tradução de políticas em formas concretas de organização de ações de saúde.

Torna-se importante ressaltar e retomar que no discurso dos entrevistados ficou evidenciada a necessidade da profissionalização, para superar o imprevisto, e do bom senso e da intuição como prática na organização.

Motta (2000) afirma que as características tanto inatas quanto as adquiridas na vida profissional são insuficientes para o desenvolvimento das funções gerenciais, uma vez que a complexidade da organização do trabalho em saúde e seus determinantes e a configuração do projeto político do sistema de saúde, dentre outras questões, exigem habilidades gerenciais que ultrapassam o imprevisto, o bom senso, a intuição e a experiência de vida.

Portanto, o gerente de UBS deve estar habilitado a desenvolver e implementar um modelo gerencial capaz de dotar a organização das condições adequadas de funcionamento, propiciando um processo produtivo participativo, que vá ao encontro dos interesses de transformação social e satisfaça as necessidades de saúde da população (Barbosa, 1988).

O exercício eficiente da função gerencial exige habilidades, conhecimentos e atitudes que podem ser aprendidos ou ensinados. Envolve capacidade: estratégica (conhecer, desenvolver alternativas e responder a demandas e necessidades da população); de racionalidade administrativa

(agir segundo etapas de uma ação racional calculada); de tomar decisão (processo decisório organizacional – interagir com grupos e indivíduos, resolver problemas e conflitos à medida que surgem, liderança e habilidade interpessoal - reativar e reconstruir constantemente a idéia da missão e dos objetivos comuns, conduzindo pessoas à ação cooperativa desejada) (Motta, 2000).

Portanto, o gerente será, acima de tudo, um elemento de decisão, que segundo Barbosa (1988), para tal precisará 'saber decidir', 'poder decidir' e 'decidir decidir'.

Segundo Mishima (1995), à ação gerencial cabe um trabalho de integração, de articulação não apenas do processo de trabalho interno à UBS, mas também com os demais níveis do sistema de saúde, bem como com as instituições de seu território, tanto no âmbito administrativo, quanto político e assistencial. É, portanto, uma atividade que busca fazer a ligação entre diferentes níveis de intervenção e de poder, que dá direção ao trabalho desenvolvido no nível local e que se ocupa da mediação de conflitos, permanentemente presentes entre os que prestam serviços de saúde e os usuários, sendo necessária uma função que faça essa ponderação. O gerente é o elo de ligação entre a organização e a sociedade.

Cabe ressaltar que esse processo de capacitação trata de uma necessidade: a de instrumentalizar os gerentes para suas atividades de coordenação política, estratégica e técnica-administrativa da prestação dos serviços de saúde, e da inclusão da possibilidade de assimilar vivências pela experiência individual, tanto interna quanto externa à UBS.

Em alguns discursos é possível identificar que, a partir da capacitação gerencial e seu conseqüente desenvolvimento institucional, o exercício da gerência na UBS mudou, na perspectiva da legitimidade, responsabilização e compromisso, inclusive assinalando a potencialidade para implantação da Estratégia de Saúde da Família no enfoque de risco.

Eu acho que desde o GERUS até agora, a autoridade sanitária tem assumido funções que antes não tinha. As pessoas que, realmente, assumiram as ferramentas e as situações encontradas de subsídios dentro do GERUS, na questão da negociação, de recursos humanos, houve essa mudança gerencial qualitativa. (Entrevista)

Obviamente que o GERUS veio em continuidade a uma coisa que já havia começado com as oficinas de saúde, os mapas de território que já tinham sido feitos. Claro, nas unidades do PSF avançou-se mais, no sentido de trabalhar, mas hoje temos todas as unidades divididas em micro-área, cada agente, suas famílias de risco, quer dizer, você trabalha com tudo isso que até então não se trabalhava. Esses são os principais conceitos que eu aprendi no GERUS, no sentido de trabalhar e com relação a passar isso para a equipe... (Entrevista)

O GERUS permitiu que eu pudesse trabalhar diferente... (Entrevista)

Contudo, emerge dos depoimentos dos entrevistados que o desenvolvimento gerencial na UBS ficou na dependência do gerente que foi capacitado em implementar a gerência local e, portanto, a reorganização do serviço de saúde no nível local.

Depende. É muito variável porque mudou muitas Autoridades e a unidade ela não é isolada. Se você tem um gerente que estimula, que discute, que apóia, você avança. Se você tem um gerente que castra, por melhor que você seja, você vai, mal e mal administrar o seu cotidiano. Então é muito variável. Tem locais que avançou-se muito. Locais, que eu quero dizer, não são distritos, são unidades. E tem unidades que não avançaram. (Entrevista)

Em termos de recursos humanos e em termos de trabalho também. [...] muda o gerente que fez o GERUS, entra um novo, mas, como um grupo, nós absorvemos e mudamos a forma de trabalhar, seja supervisor, sejam coordenações. Hoje têm pessoas que, na época, eram de unidade básica e hoje estão em coordenação. Então fica aquela marquinha e vamos, realmente, tendo mudanças. Foi super positivo nesse sentido. (Entrevista)

Nesse sentido, em relação à organização enviar comandos contraditórios, baseados na centralização organizacional, os entrevistados apontam que vários gerentes retomaram a rotina organizacional no cumprimento de regras e determinações do nível central, até em função da não continuidade em tomar decisões organizacionais de forma participativa. O que leva ao entendimento de que, ao terminar o 'curso' que tinha uma ênfase participativa, crítica e reflexiva sobre a reorganização do trabalho na UBS e conseqüente-

mente sobre a globalidade organizacional, passou a não mais acontecer, ou seja, as Autoridades Sanitárias Locais passaram a exercer sua função gerencial de forma isolada.

(...) depois que finalizamos o processo, passamos por um período grande onde tudo, basicamente, eram reuniões no nível das Regionais de Saúde e tinha que fazer a implantação de alguma coisa... [...] porque a implantação de alguns projetos contrariava totalmente a discussão feita no GERUS... [...] Mas que houve mudança, houve. Na medida do possível, os gerentes na quase maioria, tentaram modificar o seu processo gerencial. (Entrevista)

Mudou pouco porque as pessoas caíam de volta na sua "rotininha" de relatórios para fazer, projetividade. Então aquilo que ele poderia fazer mesmo, de estar mudando a unidade, crescer a partir dos problemas realmente, avaliar todos os problemas da unidade, fazer um planejamento legal com a equipe envolvida, com a comunidade envolvida, não foi feita. (Entrevista)

Nesse aspecto, Motta (2000) afirma que o primeiro passo para a eficiência gerencial é a capacidade de visão mais dinâmica dos processos organizacionais. É preciso compreender que existem fatos que não se enquadram nas regras e determinações organizacionais; portanto, normas são insuficientes para direcionar as organizações. É necessário ter maior sentido de interdependência e lateralidade de pensamento para compreender a realidade.

Em certa medida, alguns entrevistados trazem a questão de que os gerentes que foram capacitados se distinguiram dos que não foram, na forma com a qual passaram a conduzir o processo de trabalho na UBS.

Algumas pessoas que conversaram comigo dizem que não, que o GERUS acabou ficando muito para o capacitando, e que ele não trouxe às unidades de saúde uma nova maneira de pensar. Eu não acredito. Eu acho que o momento histórico que o GERUS aconteceu foi uma capacitação de conseguir entender, o que é gestão de saúde. Trouxe às equipes uma nova forma, mas como tudo, quando se encerra qualquer capacitação, os negócios ficam todos enfiados dentro da gaveta. As equipes amadureceram muito, aproveitaram bastante. Mas isso é uma coisa que tem que ser contínua porque se não for, realmente, fica dentro da gaveta. (Entrevista)

Hoje vemos que, das pessoas que fizeram o GERUS e pessoas que não fizeram o GERUS, que são gerentes, há uma diferença na forma de gerenciar... [...] Elas podem não ter sido sentidas da forma como gostaríamos que fossem, mas houve. (Entrevista)

(...) passamos a ver, naquelas pessoas que não tiveram oportunidade de se capacitar como gerente, a dificuldade que é entender esse processo que vivenciamos numa unidade de saúde. Isso permite efetivamente ao gerente ter mais segurança, ter mais noção de condução de trabalho, de procurar e buscar fazer uma atividade planejada, organizada... Tenho algumas chefias que são novas e elas, realmente, batem-se muito com o todo que tem... (Entrevista)

Evidencia-se, no discurso abaixo, um forte 'tom' de crítica em relação à Autoridade Sanitária Local, que se sentiu credenciada pela capacitação e titulação, transparecendo que em determinados momentos o gerente de UBS, utilizou-se do título para se diferenciar dos outros atores institucionais num sentido pejorativo e não profissional.

Algumas pessoas passaram a utilizar o GERUS como uma espécie de certificado, como uma certificação: "Eu fiz o GERUS". "Ele fez o GERUS ou não fez?", "Não, ele não fez o GERUS". "Mas ele fez o GERUS!"; e trabalhar como se o GERUS, por si só, desse qualidade para a pessoa, melhorasse o "pedigree" daquela chefia, especificamente. Mas só. As pessoas trabalharam nesse sentido. (Entrevista)

Há um reconhecimento de que o nível distrital naquele momento não tinha clara sua missão na organização como instância de coordenação do conjunto de Unidades de Saúde localizadas no seu território, e o desenvolvimento gerencial possibilitou redirecionar e modificar a forma de organização do trabalho, no movimento de continuidade iniciado com o processo de distritalização em 1992.

Naquela época estava acontecendo uma coisa com a prática gerencial do distrito que me parece, ao que ela era apenas uma instância, mais uma instância. Ela não tinha uma atuação; não sei se era pelo próprio perfil da pessoa onde eu trabalhava, ela não assumia para si aquele território, ela não gerenciava aquele território... [...] não se sabia muito o papel, não se conseguia definir bem o papel do distrito sanitário e qual era o grau de autonomia dos distritos sanitários. Depois que o

desenvolvimento do GERUS aconteceu tenho a impressão, eu percebi que cada regional, cada distrito, andava de uma forma. Nós tínhamos dentro de Curitiba sete, logo depois oito secretarias diferentes porque a maior dificuldade da descentralização é ter um objetivo a ser alcançado que é geral para a cidade. (Entrevista)

Todo o processo de capacitação traz ganho. O que nós temos hoje de sistema de saúde, em Curitiba, foi sendo feito e consolidado e tem muito do GERUS nessa consolidação. É difícil medir quanto que tem de GERUS e quanto tem de outras coisas, mas ele somou positivamente e fortemente. [...] a instância as quais as unidades de saúde se referem é o distrito sanitário. Aqui se concentra todo o movimento que hoje acontece nas unidades de saúde, e elas têm sempre como referência o distrito sanitário. [...] É uma instância que foi bem consolidada e, a consolidação dela, teve muito do que o GERUS produziu de conceito da equipe gerencial, do corpo gerencial, não somente os supervisores ou os diretores, mas a equipe unidade de saúde, da Autoridade Sanitária. (Entrevista)

Por outro lado, a constatação trazida pelos entrevistados é a de que esse processo não influenciou fortemente a organização do trabalho na instância do distrito em função do envolvimento distinto dos Gerentes e equipes do distrito, ou seja, sua maior ou menor aproximação do grupo de gerentes de UBS.

Tem alguns gerentes de distritos que ainda se mantêm que, algumas ações que eles tomam parecem que têm alguma contribuição do GERUS. (Entrevista)

Existiam distritos onde, quando conversávamos com monitores percebíamos que tinha gerentes que vinham nas principais discussões, que estavam participando do processo, que viam aquilo como um desenvolvimento gerencial porque em todos os momentos onde se faziam pequenas plenárias de finalizações de módulos ou finalizações de discussão, eles estavam juntos, mas isso não era a tônica geral. Existiam gerentes de distrito que perguntavam para os monitores como é as coisas estavam acontecendo, e que só estavam nas discussões quando, realmente, se pedia para que estivessem, quando a própria estrutura do andamento do GERUS exigia a presença dos gerentes... (Entrevista)

Não. Porque como eles ficaram a parte do processo ficavam muito na defensiva. As pessoas começaram a cobrar deles e eles também não tinham uma grande resposta. Não houve grandes progressos. (Entrevista)

Há evidências de que, em relação ao nível central da SMS, não houve mudanças a partir do desenvolvimento gerencial. Obviamente, os obstáculos quando não solucionados ou encaminhados na organização, trouxeram conflitos e contradições marcados pela divergência gerencial interna e pelo 'embate' entre o nível local e os outros setores da SMS.

Ele era bastante heterogêneo, ideologicamente heterogêneo, e algumas pessoas não tinham clareza do que era o GERUS. Embora a maioria se empenhasse em fazer com que o GERUS acontecesse, alguns não tinham clareza do que aquilo representava politicamente porque eram pessoas que se afinavam com aquela orientação, completamente avessa ao GERUS, que existia na instituição, mas estavam ali defendendo que o GERUS acontecesse. (Entrevista)

Não. Eu acho que não. Houve mudanças de algumas cabeças, mas que não conseguiam fazer eco do pensar delas. Mas eu não vejo tantas mudanças. (Entrevista)

A questão PIQ. Era algo muito estranho, a maneira como foi montado era uma tentativa de qualificação do Serviço, teoricamente, que era ficar fazendo medidas sem levar em conta a qualidade, mas levando algumas medidas frias, quantitativas, numéricas. Isto acabou prosseguindo por um tempo ainda e, nivelou por taxa. Houve unidades que sabíamos que eram muito ruins e toda vez elas ganhavam um prêmio de melhor. (Entrevista)

Aliada a essa questão, o discurso a seguir chama atenção pela ênfase dada na relação conflituosa entre o nível local e os outros setores da SMS, e pela explicitação de que as equipes desses setores se sentiram inclusive intimidadadas na discussão junto ao nível local.

Houve um momento da Secretaria em que o GERUS causava inveja. Algumas pessoas olhavam para você: "Ah... Você é monitora do GERUS", "Essa daí está em uma situação diferente da gente. Eu gostaria de estar lá e não estou". Muitos setores se sentiram invadidos pelo GERUS.

Muitos setores se sentiram julgados pelo GERUS. Então, naqueles momentos em que nós trazíamos o pessoal a nível central para estar discutindo, muitas vezes, eles vinham achando que iam ser crucificados e esse não era o real objetivo que era discutirmos os problemas sim, mas não era uma arena para se “digladar”. E, hoje, ainda temos muito isso na Secretaria, muitos setores meios se acham fins e esses setores meios não conseguiram entender porque estavam discutindo em alguns momentos. (Entrevista)

Há que se considerar esse discurso, por revelar que mudanças possam causar ruptura e ter conseqüências diversas da planejada. Portanto, a necessidade de ‘cuidar’ das relações na organização torna-se vital para as mudanças organizacionais.

Motta (2000) observa que o equilíbrio não significa síntese entre posições opostas, mas a convivência com as contradições e os paradoxos da realidade. As contradições não necessitam ser totalmente resolvidas para garantir a eficácia, pois a visão paradoxal aceita que elementos opostos sejam igualmente verdadeiros.

Nesse sentido, há reconhecimento de que o nível central não possibilitava que as UBSs pudessem estabelecer prioridades e estratégias de intervenção condizentes com a realidade local, mas, de certa forma, inviabilizava um processo de trabalho mais integrado às necessidades evidenciadas no território das unidades locais, bem como uma atuação mais criativa da equipe.

(...) agora você apoiar o processo de desenvolvimento dentro da Unidade de Saúde, daí houve muitas falhas. Nesse sentido sim. No sentido de você ajudar a Autoridade a praticar o que ela estava desenvolvendo dentro do projeto. Nesse sentido houve muitas falhas, principalmente dos setores meio, seja almoxarifado, os diretores de centro, porque daí víamos o descompasso. Cada um estava trabalhando num passo diferente. (Entrevista)

Por outro lado, emerge no depoimento de alguns entrevistados que efetivamente o desenvolvimento gerencial potencializou o processo de descentralização e que conceitos e instrumentos trazidos pelo processo passaram a fazer parte da organização, apesar de não serem reconhecidos como decorrentes do processo de desenvolvimento gerencial.

Em muitos lugares, sim. Eu vejo até hoje pessoas usando ferramentas do GERUS, elas usam até hoje. Elas não foram reconhecidas como do GERUS. Hoje você vê Autoridades que têm mais experiências fazendo planejamento. [...] Isso é um tanto do espírito todo e que antes não existia tão disseminado. Ele não se tornou um eixo institucional, mas ele absolutamente não foi perdido. (Entrevista)

É uma marca muito forte que foi deixada, todo esse trabalho que foi feito ao longo do tempo. E o GERUS contribuiu sim, para todos nós que estamos na gerência e de como idealizamos um trabalho de melhor qualidade. (Entrevista)

Quem fez o GERUS e que continuou trabalhando como gerente, desenvolveu raciocínio estratégico. (Entrevista)

A eficácia da mudança organizacional depende do compromisso dos dirigentes e de seu envolvimento no processo. Depende da vontade e força política de mudar, de alterar as práticas organizacionais. Da mobilização que consegue da organização, do seu compromisso e do seu envolvimento com o processo de mudança. O novo formato organizacional deve ser consequência desse processo, uma nova maneira de organizar o trabalho, e isso pode significar contrariar interesse de grupos, no interior e fora da organização. A mudança só é possível com o envolvimento dos atores institucionais que acreditam no processo e estão com ele comprometidos (Junqueira, 1992).

Correndo alguns riscos, podemos afirmar que houve um esforço organizacional concentrado em fazer o desenvolvimento gerencial, mas devemos apontar que a organização apresentou limitações para mudar a cultura organizacional e estabelecer um processo gerencial na perspectiva da mudança das práticas sanitárias.

Portanto, reorganizar serviços de saúde significa não apenas formular um novo modelo de atenção à saúde, mas identificar conceitos e ferramentas que possibilitem às unidades de saúde e ao próprio sistema de saúde intervir nos problemas e necessidades de saúde da população com eficiência, eficácia e efetividade.

Cabe ressaltar que, este estudo tem como pressuposto que a gerência é um instrumento de condução do processo de trabalho em saúde, capaz de

possibilitar a construção e transformação das práticas sanitárias. Devemos levar em consideração, entretanto, como afirma Junqueira (1990), que não podemos correr o risco de reificar o conceito ou reduzi-lo a um discurso que transforma a gerência na solução mágica para eficácia do setor. Mas, não resta dúvida de que não há organização eficaz sem gerência, ou seja, sem um trabalho competente de prever, organizar, dirigir, avaliar e controlar. O trabalho de gerência realiza a mediação entre pessoas, tecnologias, materiais e ambiente, e o responsável por essa tarefa deve possuir compromisso com os objetivos organizacionais e com a população.

CONCLUSÕES

Os antecedentes do município de Curitiba possibilitaram o desenvolvimento gerencial, porque o contexto político era favorável à mudança, à experimentação do novo, mesmo que circunstancialmente desafiasse o *status quo* e as estruturas de poder estabelecidas nas décadas anteriores.

Na seqüência do processo de distritalização desencadeado na SMS, com a implantação de distritos regionais (Regional de Saúde) e a criação do cargo de gerência de UBS (Autoridade Sanitária Local), demandou-se a necessidade de profissionalização desses sujeitos organizacionais.

Portanto, torna-se importante ressaltar que a proposta de desenvolvimento gerencial chegou em um momento em que estava sendo estruturada e consolidada a descentralização, constituindo-se os Distritos Sanitários e as gerências de UBS.

No desenvolvimento do projeto, o grupo de condução teve alguns cuidados. Um deles evidencia-se na participação de um assessor do gabinete do Secretário da Saúde, para compor a parceria institucional na condução do processo, com a visão estratégica, de conjunto, de globalidade da instituição, para pactuar todas as decisões na condução com o Conselho Gerencial.

Vale ressaltar que a proposta de desenvolvimento gerencial teve o objetivo de alavancar o desenvolvimento institucional, não sendo, portanto um cardápio de ações para o desenvolvimento gerencial.

É possível afirmar que ocorreu desenvolvimento organizacional, através da evidência de incorporação de conceitos e instrumentos na organização do processo de produção em saúde, apesar da existência de um 'eco' discordante na SMS, causado por atores institucionais que, em suas percepções, afirmam que não ocorreu esse movimento.

A SMS passou a ter uma nova cultura organizacional, independentemente de os atores institucionais negarem o desenvolvimento institucional, porque as condições favoráveis e desfavoráveis à mudança são criadas e se tornam propriedades do meio organizacional.

Uma questão que chamou muito a atenção, foi um certo maniqueísmo em afirmações, como: O GERUS deu certo! Ou: o GERUS não deu certo! Nesse momento, torna-se inevitável afirmar que não é esta a questão colocada pela proposta, mas sim alavancar movimentos institucionais para a reorganização da produção de serviços de saúde na perspectiva da eficiência, eficácia e efetividade do setor saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMEIDA, M. C. P. de. et al. "Gerência na rede básica de serviços de saúde: processo de trabalho". In: *Conferência realizada no Encontro de enfermagem do Nordeste*, 10, Bahia, 1994.
- BARACHO, J. C. G. "Gerar geração "GERUS"" . In: *Espaço para a Saúde*, Curitiba, v.5, n.5, p. 60 -62, set., 1996.
- BARBOSA, P. R. "Gerência de serviços de saúde: competência política ou capacidade administrativa". In: *Saúde Debate*, Curitiba, n. 23, p. 79-81, 1988.
- BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Persona, 1988.
- BERTUSSI, D. C.; FEKETE, M. C. & PETRIS, S. M. "Enfocando o GERUS: elementos para uma análise". *Espaço para a Saúde*, Curitiba, v.5, n.5, p. 23-26, set., 1996a.
- BERTUSSI, D. C et al. "Implantação do Projeto GERUS na Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba - Paraná". *Espaço para a Saúde*, Curitiba, v.5, n.5, p. 48 -56, set, 1996b.

- CARVALHO, M. M. V de. "Desenvolvimento gerencial no setor público" *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v.29, n.4, p. 27-37, out./dez., 1995.
- CASTANHEIRA, E. R. L. "A gerência na prática programática". In: SCHRAIBER, L. B.; NEMES, M. I. B. & MENDES-GONÇALVES, R. B. (Orgs.) *Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica*. 2 ed. São Paulo: HUCITEC, 290p., 2000.
- DUSSAULT, G. A. "A gestão dos serviços públicos de saúde: características e exigências". *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v.26, n.2, p. 8-19, abr./jun., 1992.
- INOJOSA, R. M. "Intersectorialidade e a configuração de um novo paradigma organizacional." *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v.32, n.2, p. 35-48, mar./abr., 1998.
- JACOBI, P. "Participação e gerência dos serviços de saúde: desafios e limites no município de São Paulo". *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v.26, n.2, p. 32-43, abr./jun., 1992.
- JUNQUEIRA, L. A. P. Descentralização e intersectorialidade: a construção de um modelo de gestão municipal. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v.2, n.2, p. 11-22, mar./abr., 1983.
- JUNQUEIRA, L. A. P. Gerência dos serviços de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, p. 247-259, 1990.
- _____ "A mudança organizacional no setor público de saúde: delineamento de uma metodologia." *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v.26, n.2, p. 139-44, abr./jun, 1992.
- JUNQUEIRA, L. A. P. & INOJOSA, R. M. "Gestão dos serviços públicos: em busca de uma lógica da eficácia." *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v.26, n.2, p. 20-31, abr./jun., 1992.
- MELLO, D. C. *A evolução do município no Brasil*. Rio de Janeiro: IBAM, 1988.
- MENDES, E. V. (Org.) *Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. 2. ed. São Paulo, HUCITEC/ABRASCO, 1994.

- MISHIMA, S.M. *Constituição do gerenciamento local na rede básica de saúde em Ribeirão Preto*, 1995. 355f. (Doutorado em Saúde Pública) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1995.
- MOTTA, P. R. *Tendencias sociales contemporaneas y la gestion de la salud*. Washington, D.C.: Organizacion Panamericana de la Salud. 112p., 1991.
- _____ "O processo de mudança organizacional. In: KISIL, M. *Gestão da mudança organizacional*". *Série Saúde & Cidadania*. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, v.4, p. 87-97, 1998.
- _____ *Gestão contemporânea: a ciência e a arte de ser dirigente*. 11 ed. Rio de Janeiro: Record, 2000.
- MULLER NETO, J. S. "Políticas de saúde no Brasil: a descentralização e seus atores." *Saúde em Debate*, Londrina, n.31, p.54-66, mar., 1991.
- NEVES, G. H. *Descentralização ou desconcentração dos serviços de saúde*. Rio de Janeiro: IBAM, 1987.
- PIMENTA, C. C. "A Reforma gerencial do Estado brasileiro no contexto das grandes tendências mundiais." *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 32, n. 5, p. 23-35, set./out., 1998.
- SANTANA, J. P. (Org). *Desenvolvimento gerencial de unidades básicas do Sistema Único de Saúde (SUS)*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 1997.
- SANTANA, J. P. "Desenvolvimento gerencial no SUS: demandas e perspectivas." *Espaço para a Saúde*, Curitiba, v.5, n.5, p. 13-22, set., 1996.
- SILVA, S. F. *Municipalização da saúde e poder local: sujeito, atores e políticas*. São Paulo: Hucitec. 292p., 2001.
- TEIXEIRA, C. F. "Municipalização da saúde: os caminhos do labirinto." *Saúde em Debate*, Londrina, v.33, p.27-32., 1991.
- VELLOSO FILHO, F. "Considerações sobre a criatividade nas organizações." *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 2, p. 12-145, mar./abr., 1999.

TRABALHADORES DE SAÚDE: PROBLEMA OU POSSIBILIDADE DE REFORMULAÇÃO DO TRABALHO EM SAÚDE? – ALGUNS ASPECTOS DO TRABALHO EM SAÚDE E DA RELAÇÃO GESTOR/TRABALHADOR

Silvana Marlins Mishima, Maria José Bistafa Pereira,

Cíntia Magali Fortuna & Sílvia Matumoto

INTRODUÇÃO

No ano de 2001, uma equipe composta por docentes ligados à Universidade de São Paulo, através da Faculdade de Medicina e da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, e trabalhadores de serviços de saúde reuniram-se para ministrar o curso sobre Gestão em Saúde,¹ destinado a gestores municipais, atendendo a uma demanda e solicitação do Ministério da Saúde.

Um dos temas desenvolvidos foi “Política de Recursos Humanos e o trabalho dos gestores municipais”, em relação ao qual consideramos importante registrar neste texto alguns apontamentos e reflexões desenvolvidos com essa clientela específica.

Em cada um dos grupos, as discussões apresentaram tonalidades diferentes, mas, em linhas gerais, as preocupações dos gestores com os trabalhadores apresentaram-se mais próximas de considerá-los como um recurso quantitativamente em falta, assim como os recursos financeiros e materiais.

O ponto de vista para lidar com o tema foi o de considerar a questão dos recursos humanos como estratégia para facilitar as transformações a fim de que tenhamos um sistema de saúde mais voltado para as necessidades da população. Nessa perspectiva, consideramos essencial a discussão de aspectos como a subjetividade dos trabalhadores e a sua compreensão em relação

¹ A coordenação do curso coube a Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, com a colaboração de docentes da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo e técnicos ligados aos serviços de saúde, sendo oferecido para os municípios da Divisão Regional de Saúde - DIR XIII (Franca), DIR XVIII (Ribeirão Preto) e DIR VII (Araraquara).

ao insumo a portadores e viabilizadores de projetos ético-políticos, em especial, do Sistema Único de Saúde - SUS.

Isso nos levou a uma opção pedagógica que envolvia a construção conjunta e a reflexão acerca do tema a partir da realidade de cada município e das necessidades específicas dos gestores.

O presente texto, portanto, emerge de reflexões que se pautam especialmente na constatação de que, para muitos dos gestores, as questões de recursos humanos se restringem às necessidades de contratação e alocação de pessoal para as Unidades de Saúde em função dos limites impostos pela lei de responsabilidade fiscal. A articulação dessa necessidade dos gestores e da ótica apresentada para a discussão da temática propondo uma dada direcionalidade – **trabalhador é gente que cuida de gente** – foi instigante e enriquecedora.

O texto busca retomar alguns desses aspectos. Sabemos ser difícil resgatar a riqueza daquele momento, mas nos motiva sua revisão e a construção de outros e novos significados.

A RELAÇÃO TRABALHADOR DE SAÚDE, GERENTES E GESTORES NO CONTEXTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Como começar a conversar sobre um assunto tão amplo e cheio de particularidades como o tema **Recursos Humanos**? A abordagem mais presente quando se trabalha com a organização dos serviços de saúde, qualquer que seja sua área de aplicação, é encaminhar a discussão para o âmbito da administração de recursos humanos, ou seja, para os processos de **otimização da alocação** (distribuição geográfica, por população, por unidade assistencial, por leito etc.) e **otimização da utilização** (composição das equipes, jornada de trabalho, conformação de carreira, premiação por mérito etc).²

Certamente, tal abordagem é importante, pois conforma um aspecto problemático, que se refere à otimização do trabalhador, visto como mais um insumo no conjunto de recursos necessários ao desenvolvimento do trabalho. Contudo, para áreas como a da saúde, cuja lógica de funcionamento não se dá apenas pela relação custo-benefício em busca da eficiência, essa não é uma abordagem suficiente.

Outros aspectos se fazem presentes ao articularmos a questão dos recursos humanos ao objetivo do trabalho em saúde que se volta para “o cuidar” em suas distintas dimensões, assumindo os seguintes significados:

- envolvimento cuidadoso, zeloso, responsável. “Cuidado significa desvelo, solicitude, diligência, zelo, atenção, bom trato. Cuidar, mais que um ato isolado, é uma atitude constante de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento de ternura com o semelhante.” (Pessini, 2000);
- confiança mútua e necessária por quem cuida e por quem é cuidado. Confiança que significa estabelecer relações singulares, entre o cuidador e quem está sendo cuidado, e que se traduz no estabelecimento de espaços intercessores, que serão diferentes a cada encontro (Merhy, 1997a);
- uma tomada de **atitude** de quem cuida, que demonstre atenção, respeito, solidariedade, não com palavras, mas efetivamente com atitudes;³
- considerar as diferenças sempre colocadas na relação entre as pessoas, e que se traduzem desde a cor da pele diferente, até a expressão de suas subjetividades; assim como nos (pré)conceitos construídos acerca dessas diferenças.

Enfim, o ato cuidador, que se estabelece na relação do recurso humano/trabalhador de saúde, será singular e marcado pela existência de contrastes.

Vivemos situações diárias, cheias de contradições, de dificuldades, de processos de exclusão, de extrema desigualdade no produzir, consumir, no viver das pessoas. Em muitos momentos, acaba por acontecer a banalização da dor e do sofrimento das pessoas, nas mais diversas situações da vida cotidiana, e ao mesmo tempo, o compromisso e certa idolatria à tecnologia cada vez mais avançada (Sá, 2000).

Na área da saúde, a situação não é diferente, onde vemos todos os dias a divulgação dos avanços científicos, com a promessa, nem sempre cumprida, de reduzir ou solucionar os problemas de saúde das pessoas e das

² Comissão Editorial. Gente, trabalho e qualidade de vida. *Saúde em Debate. Divulgação*. n° 14, Agosto de 1996.

³ Atitude como modo de proceder, modo que envolve valores e princípios.

comunidades. Há ainda uma permanente promessa de que as tecnologias sejam incorporadas nos serviços de saúde.

Este quadro constitui-se em um grande paradoxo, uma vez que, ao lado do incremento da tecnologia, teoricamente, disponível para uso da sociedade, há um quadro de grande iniquidade no acesso e no consumo de aspectos básicos e essenciais necessários à saúde e não apenas no oferecimento de serviços médicos.

Ao lado dessa situação, parece que “do ponto de vista do usuário [...] em geral, este não reclama da falta de conhecimento tecnológico no seu atendimento, mas sim da falta de interesse e de responsabilização dos diferentes serviços em torno de si e de seu problema” (Merhy, 1998, p.2).

Quantas e quantas vezes não vemos os usuários buscando, de um serviço de saúde para outro, a satisfação de uma necessidade que em sua avaliação precisa ser atendida. Certamente tal situação aponta para um distanciamento do caráter humano da relação entre os homens, daqueles que portam algum tipo de necessidade que precisa ser satisfeita e daqueles (trabalhadores de saúde, **recursos humanos**) que podem através de suas habilidades e conhecimentos específicos, possibilitar a satisfação dessas necessidades (Mishima et al., 1998).⁴

A direção aqui tomada para a discussão sobre recursos humanos será pautada pelas seguintes questões:⁵ **Recurso humano é gente; Gente que cuida de gente; Gente que trabalha para viver; Gente que tem seus próprios objetivos; Gente que se comunica para superar problemas; Gente que anseia por proporcionar e desfrutar de uma melhor qualidade de vida.**

Essas afirmações poderiam se transformar em perguntas, para problematizar modos alternativos de se trabalhar na saúde, para possibilitar universalidade no acesso aos serviços com qualidade a todos os cidadãos, bem como estabelecer outros parâmetros para se considerar a questão de administração de recursos humanos, que levem em conta a subjetividade presente nos processos de produção.

⁴ MISHIMA, S.M. et al. Reflexões acerca da gerência do cuidado de enfermagem na rede básica de saúde. Anais. 50º Congresso Brasileiro de Enfermagem. Salvador, BA, 1998.

⁵ Os aspectos em negrito foram objeto, no formato como estão apresentados no Editorial – Gente, Trabalho e Qualidade de Vida, da Divulgação em Saúde para Debate, que tratou especificamente das questões de recursos humanos em saúde. Este número temático recebeu o nome de Questões contemporâneas de Recursos Humanos no SUS.

Ao se fazer esta afirmativa: **Recurso humano é gente**, que parece tão óbvia, o que queremos dizer? Estamos chamando a atenção para que consideremos o trabalhador de saúde um homem⁶ que expressa, no desenvolvimento de seu trabalho, não só as questões objetivas a ele inerentes, ou seja, o quê fazer, por quê fazer, como fazer, lidando com a dimensão técnica de seu trabalho. Além disso, imprime seus modos específicos de compreender e realizar seus projetos, coloca em movimento seu jeito particular de enxergar a vida, seus desejos, suas vontades, seus valores, seus medos, aflições, dores da alma, em suma, a **subjetividade** presente em todos seus momentos da vida cotidiana, que o fazem uma pessoa/um ser humano singular.

Estamos tomando essas questões como presentes e inerentes ao trabalho que desenvolvemos? Esta é uma questão importante a ser refletida e pensada, pois significa reconhecer que não trabalhamos com máquinas, com instrumentos duros, vazios de desejos, receios, potencialidades e limitações, e nesse sentido, não podemos tomar o desenvolvimento do trabalho, principalmente o trabalho em saúde, como algo previsível e harmônico, ao contrário, é um trabalho repleto de paradoxos e de imprevisibilidades, de conflitos, de brigas, que se faz com ira/amor/dinheiro.

Paradoxos, pois trabalhamos com vida e morte, com dor e prazer, contradições que se expressam também nos agentes que executam as ações para lidar com a complexidade que é o processo saúde-doença.

A segunda questão, **Recurso humano é gente que cuida de gente**, implica reconhecer os trabalhadores de saúde em função de suas habilidades e de suas necessidades, pessoas que mantêm relações de troca e de convivência com os usuários, situações em que as expressões da subjetividade de ambos os lados se fazem presentes.

Um cuida – o trabalhador de saúde – e um outro é cuidado – o usuário/paciente. Há certamente uma relação de mão dupla que se desenvolve entre trabalhador e usuário. Essas relações de troca desenvolvem-se em um espaço de encontro e de intervenção, espaço intercessor,⁷ onde tanto o trabalhador como o usuário expressa sua necessidade de busca de liberdade e de reconhecimento em seus papéis. Busca ainda a liberdade no sentido de man-

⁶ no sentido genérico de ser humano, pertencente à raça humana

⁷ Espaço intercessor é um termo utilizado por Merhy (1997) a partir dos estudos de Deleuze.

ter sua autonomia no modo de agir, de poder decidir coisas, exercendo seu 'auto-governo'.⁸ É um espaço onde estão presentes conflitos e contradições, de forma explícita e implícita, e que expressam nossas opções ético-morais no transcorrer do trabalho e da vida.

Poderíamos trazer um sem número de exemplos em que a liberdade e a possibilidade de expressão de autonomia se fazem presentes mais na forma de desencontros que encontros. O trabalhador de saúde expressa sua 'orientação' de forma tal que pensa ser a mais correta e adequada, e nem sempre se coloca na posição de 'ouvir' as questões trazidas pelo usuário que poderiam levá-lo a procurar uma orientação mais adequada. Do seu lado, o usuário pode decidir 'não cumprir' a orientação, em função da compreensão dos limites das possibilidades de sua vida, mas principalmente porque a relação de atendimento não se abriu para o encontro de duas pessoas, humanas, vivas, com sofrimentos e aflições. Além disso, muitas vezes dizemos uma coisa querendo dizer outra, dadas as circunstâncias do contexto, do imaginário, da história de vida de cada um. Pode-se assim se fazer um não encontro, um não se ouvir, não se encontrar.

Gente que cuida de gente faz pensar em como lidamos com a liberdade. Liberdade indica um estado do indivíduo, é um valor presente na existência do homem, dono de seu destino e esbarra no limite da liberdade do outro. O direito à liberdade nos remete à questão da igualdade entre esses homens, que serão sempre diferentes, legalmente com os mesmos direitos, portanto, igualdade nos remete a uma relação entre indivíduos (Bobbio, 1997). Nessa direção, parece que o grande desafio que temos vivido é efetivar o conceito de cidadania em todos os âmbitos da vida e do direito à saúde, de forma a sermos livres para podermos decidir como agir nas relações que construímos como trabalhadores e usuários na produção das ações de saúde.

A terceira direção a ser considerada é que **Recurso humano é gente que trabalha para viver**. Sem dúvida, todos trabalhamos para garantir a própria sobrevivência e a de nossa família. A questão que se faz presente, especialmente na área da saúde, que lida com dores e sofrimentos, é pensarmos se podemos articular a sobrevivência e a construção de um projeto de trabalho mais prazeroso.

⁸ Auto-governo enquanto uma dada autonomia que todos nós, trabalhadores de saúde, exercemos em nosso trabalho cotidiano (Merhy, 1997a).

Na atual conformação do trabalho, toda a possibilidade de trabalhar com mais liberdade, com prazer, buscando realização pessoal, estaria descartada. Trocamos liberdade e prazer/satisfação pessoal por dinheiro, em muitos casos por muito pouco dinheiro, sem dúvida necessários a nossa sobrevivência. Como poderíamos construir relações mais afetivas e prazerosas com o trabalho, apesar das dificuldades presentes no cotidiano e do peso do trabalho? Como isto poderia se dar?

A participação dos trabalhadores nos processos decisórios dentro das organizações /serviços de saúde poderia permitir mudanças no sentido de trazerem para o trabalho em saúde, mais interesse, mais satisfação, possibilitando a construção de projetos que tenham a marca dos trabalhadores e não os conduzam a uma ação mecânica e automática.⁹

Essa posição nos remete às afirmações iniciais. **Recurso humano é gente que tem seus próprios objetivos**, portanto, gente que detém sempre autonomia, um certo grau de liberdade para tomar decisões. Gente que porta, que desenvolve projetos que nem sempre são comuns a todos os trabalhadores. Podemos ter como projeto de trabalho apenas o cumprimento do horário, ou o desenvolvimento estrito das tarefas que nos são exigidas, e as ações desenvolvidas se darem nessa direção.

Mas podemos ter como projeto de trabalho a produção do cuidado, buscando formas diferentes de manter uma relação de proximidade e atenção com o usuário, o que implica um repensar constante do trabalhador sobre suas tarefas, sobre o encaminhamento que está dando ao trabalho e seus próprios projetos.

Nesse sentido, aqui é importante pensarmos sobre as relações estabelecidas entre diferentes sujeitos – trabalhadores de diferentes formações atuando a partir de diferentes saberes, exercendo diferentes formas de autonomia e os usuários que necessitam de algum tipo de cuidar, que expressam de diferentes formas suas necessidades de atenção.

As relações estabelecidas no interior desse processo, em função em parte da divisão técnica e social do trabalho, implicam atividades que são

⁹ Esta questão pode ser melhor aprofundada em Campos, Gastão W.S. *Um método para análise e gestão de coletivos*. São Paulo: Hucitec, 2000.

desenvolvidas por diferentes agentes. Agentes esses que detêm parcelas distintas de conhecimento, de poder e de autonomia.

Pensar sobre essas relações, aqui também é fundamental, pois o trabalho em saúde é cooperativo, ou seja, o seu desenvolvimento não se dá de forma isolada, há sempre uma articulação do trabalho do conjunto dos trabalhadores, do médico, do enfermeiro, do psicólogo, do auxiliar, do terapeuta ocupacional e outros. A pergunta que se faz presente e necessária é se estamos dispostos a fazer uma revisão da rede de relações de poder que se tece no trabalho em saúde, de modo que o conjunto de trabalhadores possa construir projetos não só mais articulados, mas também que atendam às necessidades dos usuários (Testa, 1995).

Outro aspecto que precisamos pensar é que **Recurso humano é gente que se comunica para superar problemas** e, nesse sentido, capazes de reconhecer problemas, analisar suas distintas conformações, assumir os conflitos presentes no dia-a-dia do trabalho, e, de forma imperiosa, buscar formas de reinventar / recriar as alternativas de trabalho.

Parece uma tarefa fácil, mas certamente implica reconhecer que o nosso objeto de trabalho na saúde é complexo, ultrapassando o enfoque estritamente biológico, e necessita, portanto, de vários olhares, vários conhecimentos e formas de intervenção que possam viabilizar a produção de cuidados a partir da ampliação do conceito de saúde e doença.

É uma tarefa que faz com que algumas interrogações estejam presentes: O que significa defrontar-se com as contradições e conflitos no pensar / sentir / agir das pessoas na saúde? Como podemos trabalhar com mais flexibilidade? Como podemos ampliar as possibilidades de maior comunicação e construir relações mais horizontais entre os trabalhadores, levando em conta suas diferenças?

Finalmente a última questão, **Recurso humano é gente que anseia por proporcionar e desfrutar de uma melhor qualidade de vida**, e nesse sentido, é importante que possamos reconhecer no outro – usuário – a si mesmo como membro da mesma ‘raça’ / como membro da espécie humana – reconhecer a humanidade em cada um, encaminhando a levar em conta a necessidade de um processo de aprendizagem contínuo, da satisfação com o que se faz e da liberdade e condições para desenvolver melhores estilos de vida.

Portanto, com essas afirmações e reflexões, focar a questão da subjetividade no tema **Recursos humanos**, implica reconhecermo-nos no papel de gestores, gerentes, trabalhadores de saúde e também usuários, como produtores de fatos / projetos que podem alterar a forma de fazer / trabalhar na saúde, estabelecendo um espaço de relações de trabalho em que aparecerão conflitos, competição, cooperação, espaço esse que necessita ser transformado num fórum de explicitação, discussão e lida das diferenças dos interesses e projetos.

Em outras palavras, implica trazer para o âmbito do trabalho em saúde a ampliação das estratégias de envolvimento dos trabalhadores nesse processo, estabelecendo uma agenda de discussão diferenciada, contemplando os seguintes temas: a motivação e o prazer pelo trabalho, o entendimento do processo de cuidar como uma possibilidade de ampliação de direitos dos usuários, a participação dos trabalhadores nos processos decisórios, o exercício da autonomia dentro de uma perspectiva de revisão das relações de poder e da liberdade, a construção e concretização do **princípio da responsabilidade** técnico-científica, social e ética sustentada pela solidariedade, a consideração do outro como parceiro, com a possibilidade de compartilhar e de buscar a diminuição das desigualdades.

A dimensão aqui apontada tem sido desconsiderada pela maioria dos gestores e gerentes no campo da saúde. Podemos pensar que no imaginário desses profissionais, gestores / gerentes, os trabalhadores de saúde são os 'recursos' que 'devem' *a priori* viabilizar as ações por eles traçadas. O autogoverno dos trabalhadores não é reconhecido, seus desejos e anseios são elementos que não devem influir no trabalho que afinal é considerado numa perspectiva 'técnica', para a qual já devem estar preparados desde a contratação, pois aprenderam 'tudo' que deveriam saber em seus cursos de formação, com a previsão de algumas atualizações em treinamentos.

Os trabalhadores, por sua vez, também se relacionam com os gestores e com o próprio trabalho na mesma perspectiva, não se reconhecem autores do trabalho executado, se colocando ora no papel de meros 'recursos', ora no papel de trabalhadores com direitos, ressentindo-se da exploração como máquina de produção de procedimentos, resultando em desresponsabilização pelo trabalho e cuidado do usuário, estabelecendo relações complementares - gestores que pensam e planejam e trabalhadores que executam. Também

se configuram relações de reprodução da subjugação e da desumanização com os demais trabalhadores e com os usuários.

A flexibilização dos direitos trabalhistas com contratações alternativas – cooperativas, organizações não-governamentais, contratos temporários etc. (Nogueira, 2001) –, coloca para o futuro a questão de como esses trabalhadores se manterão ao término da jornada profissional. Muitos passarão trinta anos nesse trabalho de desprazer e lida com dor e sofrimento, para afinal chegarem a uma aposentadoria com expressiva redução de ganhos.

A perspectiva de futuro para os trabalhadores de saúde nesses municípios também não inclui projetos de ascensão profissional (carreiras), que atualmente vêm se pautando num desejo de ascensão para os níveis centrais das secretarias de saúde, numa possível representação não só de valorização da burocracia, de um reconhecimento social de um trabalho mais importante, que exige maior competência, mas também de que o trabalho no nível local é menos nobre, mais penoso, mais 'sujo'.

Então, será que recurso humano em saúde é mesmo **gente que cuida de gente** ou é gente que vive o trabalho como 'não-gente' e que atende gente como 'não gente'?

O PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE – historicamente criando e atendendo necessidades

Para avançarmos nas questões inicialmente colocadas, parece ser necessário demarcarmos uma questão teórica, mas também prática, acerca do processo de trabalho em saúde, objetivando possibilitar a apreensão de como esse trabalho é conformado e conforma o(s) modelo(s) assistencial(is) de saúde e de como os trabalhadores apreendem esse processo no seu cotidiano seguindo a mesma perspectiva: **Recurso humano é gente; Gente que cuida de gente; Gente que trabalha para viver; Gente que tem seus próprios objetivos; Gente que se comunica para superar problemas; Gente que anseia por proporcionar e desfrutar de uma melhor qualidade de vida.**

Desse modo, também desejamos contribuir para o (re)pensar desse processo de trabalho, ou seja, caminhando na direção de refletir sobre o quê,

para quê, o por quê e como estamos produzindo as ações e serviços de saúde. Propomo-nos, até pretenciosamente, disparar uma reflexão e revisão de como temos enfrentado os problemas e desafios cotidianos para a construção de um modelo em defesa do SUS.

Cabe-nos uma pequena ressalva, no sentido de esclarecermos que os conceitos centrais que procuramos apresentar e discutir estão intimamente articulados, mas serão aqui colocados separadamente por questões didáticas.

Começemos mais uma vez com nossas perguntas. Como podemos conceituar e caracterizar o trabalho? Trabalho é designado como uma atividade que altera o estado natural (da natureza), transformando-a para melhor atender necessidades (Santos, 1992). Nessa definição genérica, cabe esclarecermos especificidades, estabelecendo a diferença entre o trabalho humano e dos outros animais. O trabalho humano é marcado por duas características fundamentais: a intencionalidade e a socialidade. Assim, antes da realização do produto final, o homem imagina / desenha o que quer produzir, assim como o arquiteto concebe o projeto de uma construção, e o faz em um movimento de troca com outros homens e com o fruto de seus trabalhos, em um espaço e tempo determinados. Esse processo não está presente na atividade de construção do favo por uma abelha, uma vez que o projeto dessa construção advém dos marcadores genéticos desses insetos.

Dessa forma, o homem ao realizar o trabalho, pode parcelá-lo e decompô-lo; a concepção e a execução do processo podem ser divididas e delegadas a diferentes trabalhadores, enquanto no trabalho animal a unidade não pode ser decomposta. A aranha tece sua teia, não pode delegar essa função a uma outra aranha.

Vamos percebendo que o trabalho ultrapassa a atividade instintiva dos animais. A socialidade do trabalho humano confere vantagens no ato produtivo na perspectiva capitalista. Contudo, retira a humanidade dos homens, que não se reconhecem no trabalho, são tomados apenas como força de trabalho, como recursos e mercadorias. Nessa lógica, o aparelho de RX, a mesa de exame, o computador, os impressos e os homens são considerados como fatores equivalentes na produção.

O ato produtivo tem sempre uma intenção e vai se constituir num contexto social e histórico, expresso em seus componentes operadores, o tra-

balho vivo e o trabalho morto. Merhy (1997) define o trabalho vivo como aquele que se dá no momento de sua execução e, com isso, carregado de possibilidades de criação, de inventividade, de tentativas humanamente colocadas. Por trabalho morto, entendem-se os produtos-meios, instrumentos usados como ferramentas ou como matéria-prima para operacionalizar esse ato produtivo – trabalho anterior materializado como prancheta, lápis, esquadro, papel, régua, tijolo, areia, cimento e outros materiais necessários e, ainda, toda a sistematização e organização do processo para viabilizar o projeto do arquiteto.

Ao trazermos os conceitos de trabalho vivo e trabalho morto, estamos anunciando nossa aposta de que no processo de trabalho em saúde há possibilidade de realização de desejos e satisfação através do trabalho, apesar da lógica capitalista. Entendemos que através da expressão do trabalho vivo, o trabalhador pode se apropriar dos meios / instrumentos para re-criação do trabalho e re-criação de si e dos outros, sentindo-se produto e produtor do trabalho.

Dessa perspectiva, o capitalismo propõe a captura do trabalho vivo através de instrumentos, dentre eles, os processos de gestão. Entretanto, o trabalho vivo não se deixa capturar totalmente, abrindo brechas, linhas de fuga de novas possibilidades. Apostamos então na descaptura, nos processos de realização e de expressão de prazer e de criação no trabalho.

As possibilidades de criação no trabalho em saúde se dão através da construção permanente desse bem que é simbólico,¹⁰ produzido social e historicamente, cujo resultado não se materializa em um objeto, mas é resultante de condições de vida e de existência do grupo social envolvido (Fortuna, 1999).

As questões acima nos remetem a explicitar nossa compreensão de **processo de trabalho** a partir do referencial marxista, que, em seu sentido mais geral, é resultado da combinação do objeto, dos meios / instrumentos e do produto do trabalho. O **objeto de trabalho** é a matéria-prima que será transformada, que para o sapateiro será, por exemplo, o couro, para o trabalhador de saúde será o homem. Os **meios / instrumentos de trabalho** são as

¹⁰ A autora esclarece que toma a saúde como um bem simbólico no sentido trabalhado por Gomes (1999), citando Minayo em aula proferida pelo Prof. Romeu Gomes, ou seja, "saúde- doença é um bem social compartilhado, é antes de tudo uma construção social, que apresenta uma vivência diferenciada para cada sujeito, sendo que em torno de saúde e doença há diferentes concepções/ /significados, onde nem sempre o dado objetivo determina que o indivíduo sinta-se doente ou saudável."

ferramentas, representados pelos conhecimentos utilizados para operar a transformação, e / ou atender as necessidades presentes na sociedade. O trabalhador está aí incluído, com seus saberes, com sua força de trabalho empregada nessa dimensão do processo de transformação, como agente que pode mobilizar transformações.

A combinação da matéria-prima com as ferramentas, por si só, não conforma produtos. Essa transformação não prescinde do trabalhador que possui um saber tecnológico, que pela ação concreta dá à matéria-prima o formato que expressa o desenho imaginado anteriormente, ou seja, aquilo que deseja construir, seu plano, seu projeto de trabalho.

O produto é o valor criado pelo trabalho, representa um valor de uso.¹¹ Em se tratando da saúde, da educação, esse produto se dá em ato, é produzido em um encontro simultâneo entre trabalhador, instrumentos (equipamentos, conhecimentos) e o usuário, isto é, o produto é imediatamente consumido no ato de sua produção.

Essa é uma característica diferenciadora do trabalho em saúde com relação a outros trabalhos: não se armazena saúde como se armazenam carros e outros bens, pois saúde é um bem simbólico e o carro é um bem material.

Para Marx, conforme examina Santos (1992), as relações de produção são “tecidas entre os homens na busca de produção”. Essas relações são técnicas e sociais e determinam as condições de trabalho. Merhy (1997) também tomando Marx afirma que:

o trabalho não é compreendido somente em sua dimensão mais operativa enquanto uma atividade, antes de tudo, como uma práxis que expõe a relação homem / mundo em um processo de mútua produção. E assim o mundo “produz” o homem, mesmo que este seja a fonte daquele e que, em potência, de modo virtual, seja o lugar da criação e o momento de existência e expressão do trabalho vivo, em atividade. (Merhy, 1997, p. 81)

¹¹ Os resultados de um trabalho são produtos, que podem assumir forma de bens ou serviços. No sistema capitalista, pela teoria Marxista, esses produtos carregam o valor de troca e o valor de uso. O valor de uso representa a utilidade daquele produto resultante do trabalho e expressa sua utilidade permitindo seu consumo. Enquanto que o valor de troca é circulação do produto no mercado.

Essas questões nos levam a ressaltar que entendemos a saúde como uma prática social que tem finalidades que se definem social e historicamente, se utiliza de tecnologias diversas, instrumentos e saberes, e toma como objeto de sua ação o homem enquanto sujeito social.

Fortuna (1999, p.12) assinala que a

materialização do trabalho em saúde é o próprio homem em relação com outros homens e com a natureza, numa perspectiva de manutenção e resgate da capacidade de adaptação ativa e crítica à realidade, com processos conscientes e inconscientes, e não necessariamente apenas com resgate de corpos para essas relações de produção.

Assim, aqui estamos reiterando a importância de se considerar a categoria **trabalho**, na discussão e análise das práticas de saúde. A incorporação da categoria **trabalho** possibilita a compreensão de que essas práticas são determinadas pela finalidade social, que se refere a um projeto de ação que traduz uma dada concepção de processo saúde-doença e cuidado. A título de exemplo, na perspectiva biológica e multicausal, a finalidade do processo de trabalho em saúde pode ser a restauração da normatividade biomédica, enquanto na perspectiva da multidimensionalidade – psicossocial, cultural, biológica e, portanto, coletiva – a finalidade poderá ser a promoção da saúde e a emancipação dos sujeitos (Almeida et al., 1999).

Dizendo de outra forma, a categoria trabalho traz importante contribuição para a compreensão do processo de produção das ações de saúde, que inclui uma finalidade, um objeto, instrumentos, processos e o sujeito dessa ação. Este por sua vez trabalha sustentado por uma concepção de homem, processo saúde-doença-cuidado, e esse projeto de ação se apresenta a partir de necessidades individuais e coletivas articuladas a processos políticos e estruturais.

Dessa forma, o projeto vai se direcionar para o atendimento das necessidades que o sustentam, portanto, se molda e é moldado para a finalidade colocada para o processo de trabalho.

Finalmente, é importante se considerarem as afirmações de Merhy (1997), que, comprometido com a construção de um novo projeto assistencial para a saúde, pautado em defesa da vida, nos oferta uma re-conceitualização de tecnologia, contemplando as diversas naturezas das tecnologias na produção de saúde, classificando-as em três tipos: leves, leve-duras e duras. As duras

referem-se ao conjunto de instrumentos e equipamentos materiais do trabalho, como as máquinas, aparelhos, normas e estruturas organizacionais. As leves são saberes estruturados que operam no processo de trabalho em saúde, como a clínica, a epidemiologia, o saber administrativo, o saber de enfermagem e outros saberes da saúde. As leves são aquelas que se dão no trabalho vivo em ato, as relações de interação, de vínculo, de escuta e intersubjetividade.

Segundo este autor, na utilização de tecnologias leves, os recursos tornam-se inesgotáveis, pois assim a organização do trabalho fica centrada no trabalho vivo que possibilita a produção de compromisso com a tarefa de acolher, responsabilizar, resolver e autonomizar a relação trabalhadores de saúde/usuários. Atender nessa perspectiva pode favorecer a criatividade no momento do encontro trabalhador/usuário que sempre é singular.

Destacar esses aspectos é de relevância, uma vez que permite revisitar as práticas contextualizadas no processo de produção em saúde, buscando construir um projeto coerente com os princípios do SUS. Um projeto no qual consideramos o trabalhador um ator social, que porta projetos, intencionalidades, e que está em uma linha de produção de fatos sociais (Matumoto; Mishima & Pinto, 2000).

CONCLUSÕES: agregando as necessidades e demandas dos usuários à lógica econômica de racionalização de recursos na produção de saúde

Pierantoni (2001, p. 343), discutindo as reformas do Estado enfatiza, que as reformas no aparelho do Estado têm sido concebidas “para supostamente prover adequação da máquina pública aos planos do governo.”

A reforma dos anos 90 legislou favoravelmente ao afastamento do Estado das políticas públicas. Como exemplo, podemos citar o movimento que vem se fazendo na política de recursos humanos no setor saúde. Da atual Constituição brasileira que propunha a contratação através do regime jurídico único, dos apontamentos para um plano de cargo salários e carreira, temos hoje legislações que permitem diferentes modos de contratação e de pagamento.¹²

¹² Pierantoni (2001) discute a reforma do Estado e da saúde apontando avanços e retrocessos em relação aos recursos humanos frente a essas reformas.

Os direitos trabalhistas conquistados vêm sendo flexibilizados com a promessa de maior agilidade na distribuição, contratação e eficácia na organização dos serviços de saúde.

Os novos contratos de trabalho, que não conferem estabilidade de emprego, permitem aos gestores municipais repassarem a responsabilidade da administração dos recursos humanos buscando ficar livres de alguns problemas advindos da contratação e administração de pessoal.

Essas promessas, além de não se cumprirem, vêm colocando para o setor público de saúde a presença de trabalhadores com vínculos tão enfraquecidos com a construção do SUS como seus próprios contratos de trabalho. Desse modo, afasta-se a possibilidade de supervisão adequada, uma vez que a mesma se faz pelos grupos contratados que portam projetos tecno-políticos nem sempre compatíveis com os princípios do SUS. O prestador de serviços trabalha na lógica do lucro e o gestor público 'deveria' trabalhar na lógica da atenção voltada para as necessidades da população.

Esse cenário aponta uma conformação de política de recursos humanos na saúde em que se explicitam contradições e conflitos inerentes ao processo de disputas entre pelo menos dois projetos políticos: o neoliberal e o da reforma sanitária brasileira. A busca da superação dessas dificuldades é o desafio posto a todos os trabalhadores de saúde.

Os gestores e gerentes são trabalhadores que portam desejos, interesses e projetos. São solicitados a responderem a problemas imediatos de reclamações de distintas naturezas, solicitações de recursos, prestações de contas, planos diretores, normas operacionais etc.

A lógica predominante é a da racionalidade administrativa que toma as questões do planejamento, diagnóstico, avaliação e controle como centrais nos processos de gestão.

Um bom planejamento, um diagnóstico bem formulado, sistemas de informação adequados, controles das mais distintas naturezas parecem dar contorno para as ações desses trabalhadores. Todos esses aspectos são possíveis ferramentas e instrumentos para a gestão e para a gerência, e, sem dúvida alguma, necessários ao desenvolvimento do trabalho. Contudo, não são suficientes considerando as diferentes dimensões presentes nos serviços de saúde.

E então como romper com essa lógica que hoje é hegemônica? E ainda considerada como irreversível para muitos?

Instrumentos como o planejamento participativo, que incluem os trabalhadores e usuários em proposições e ações de saúde, ainda não estão na agenda da maioria dos gestores e gerentes. Por outro lado, a produtividade é cobrada tanto nas esferas municipais como estaduais e federais.

A lógica do financiamento por ações ainda presentes nas relações do Estado com as diferentes esferas decisórias dá continuidade a uma dinâmica de prestação e compra de serviços: os municípios representados pelos gestores municipais se colocam como prestadores de consultas e procedimentos e alocam os trabalhadores para 'fabricarem' esses produtos que serão 'vendidos' para o Ministério da Saúde. Essa relação também se reproduz na esfera do público com o privado como dos serviços para com o usuário final.

O desafio de articular a produção de saúde à produção de cuidados e não de procedimentos está posto, portanto, para efetivação da implementação do SUS em seus princípios e diretrizes.

A lógica da produção de cuidados requer trabalhadores como **Gente**, se reconhecendo no trabalho, articulando suas ações com as finalidades do trabalho, com as necessidades dos usuários e com as suas próprias necessidades, conjunto esse que se encontra em permanente produção.

Nessa direção, o processo de trabalho deve tomar como objeto o homem em suas múltiplas complexidades e não somente seu corpo biológico, e poderá produzir através de instrumentos, de tecnologias duras, leve-duras e leves.

Ainda há muito para aprender e valorizar no uso das tecnologias leves e dos espaços de consumo e produção de saúde. Precisamos aprender a desenvolver espaços de relações intercessoras entre trabalhadores e usuários e entre trabalhadores e trabalhadores, trabalhadores e gestores, considerando as necessidades, interesses, desejos e projetos tecnopolíticos.

O trabalhador de saúde é aquele que precisa ser contratado, alocado, e que em sua relação com o usuário é o produtor das ações de saúde, é um

sujeito: “um ser biológico, com uma subjetividade complexa, e mergulhado em um conjunto de relações sociais que alteram seus desejos, interesses e necessidades” (Campos, 2000, p. 67).

Essa ênfase no sujeito como ator e autor das ações de saúde requisita reconsiderações nas posições de gestores e gerentes conhecidas e também na própria concepção dos trabalhadores.

A questão da responsabilidade para com o cuidado e da autonomia do trabalhador que porta projetos, desejos e interesses requer discussões e negociações, requer ampliações para além da lei de responsabilidade fiscal e da racionalidade econômica e administrativa.

Caminhar nessa direção requer investimentos de distintas dimensões, conforme propõe Campos (1994, p.29), uma vez que

mais do que nunca há necessidade de nos metermos em uma empreitada filosófica, teórica e prática, que procurasse responder a esses desafios de forma inovadora. Como recuperar a vontade dos indivíduos, grupos e coletividades, de maneira a compor-se uma massa crítica apta a construir projetos novos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANTUNES, R. *Adeus ao trabalho? Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho*. São Paulo: Cortez, 1995.
- BOBBIO, N. *Igualdade e liberdade*. 2.ed. Rio de Janeiro: Ediouro, 1997.
- CAMPOS, G. W. de S. *A saúde pública em defesa da vida*. São Paulo: Hucitec, 1991.
- _____. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas – o caso da saúde. In: CECÍLIO, L. C. de O. (org.). *Inventando a mudança na saúde*. São Paulo: Hucitec, 1994.
- _____. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (org.) *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo/Buenos Aires: Hucitec/Lugar Editorial, 1997.

- ____. *Um método para análise e co-gestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições – o método da roda*. São Paulo: Hucitec, 2000.
- FIGUEIREDO JUNIOR, M. M. Quando se vai um que estava sob nosso cuidado. *Interface - comunicação, saúde, educação*, ano 5, n. 9, p.183-188, ago. 2001.
- FORTUNA, C. M. *O trabalho de equipe numa unidade básica de saúde: produzindo e reproduzindo-se em subjetividades. Em busca do desejo, do devir e de singularidades*. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. 1999.
- GONÇALVES, R. B. M. Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades. *Cadernos CEFOR*, São Paulo, n. 1, 1992.
- MATUMOTO, S. *O acolhimento: um estudo sobre seus componentes e sua produção em uma unidade da rede básica de serviços de saúde*. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. 1998.
- MATUMOTO, S.; MISHIMA, S. M. & PINTO, I. C. Saúde coletiva: um desafio para a enfermagem. *Cadernos de Saúde Pública*, volume 17, n. 1, p. 233-241, jan-fev. 2001.
- MERHY, E. E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente reorganizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde). In: CECÍLIO, L. C. de O. (org.). *Inventando a mudança na saúde*. São Paulo: Hucitec, 1994.
- ____. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: ____; ONOCKO, R. (org.) *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo/Buenos Aires: Hucitec/Lugar Editorial, 1997.
- ____. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: ____ et al. (orgs.). *Sistema único de saúde em Belo Horizonte: Reescrevendo o público*. São Paulo: Xamã, 1998.

- ____; CECÍLIO, L. C. de O.; NOGUEIRA FILHO, R. C. Por um modelo tecno-assistencial da política de saúde em defesa da vida: contribuição para as conferências de saúde. *Saúde em Debate*, n. 33, p. 83-89, 1991
- MISHIMA, S. M. et al. Reflexões acerca da gerência do cuidado de enfermagem na rede básica de saúde. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 50, 1998, Salvador. *Anais...* Salvador, ABEM, 1998.
- NOGUEIRA, R. P. Os recursos humanos e as políticas de gestão do Estado. In: Núcleo de Estudos de Saúde Pública - NESP/CEAM/UNB. Programa de Políticas de Recursos Humanos de Saúde. Disponível em: http://www.pessoalsus.inf.br/Temas/os_rh_e_as_polits_de_gestado2.htm Acesso em: 21 de outubro de 2001.
- PESSINI, L. O cuidado em saúde. *O mundo da saúde*, São Paulo, ano 24, n. 4, p. 1-2, jul.-ago. 2000.
- PIERANTONI, C. R. As reformas do Estado, da saúde e recursos humanos: limites e possibilidades. *Ciência & Saúde Coletiva*, ano 6, n. 2, p. 341-360, 2001
- SÁ, M. de C. Subjetividade e projetos coletivos: mal-estar e governabilidade nas organizações de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, ano 6, n.1, p. 151-164, 2001
- SANTOS, R. V. O processo histórico e social do trabalho e sua repercussão sobre a saúde. *Saúde em Debate*, n 36, p. 51-57, out. 1992.
- TESTA, M. *Pensamento estratégico e lógica da programação: o caso da saúde*. Trad. de Ângela M.Tijiwa. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1995.

CONTRATAÇÃO E QUALIDADE DO EMPREGO NO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO BRASIL *

Sábado Nicolau Girardi & Cristiana Leite Carvalho



INTRODUÇÃO

O Programa de Saúde da Família (PSF) constitui uma das intervenções de maior visibilidade e impacto no campo das políticas de saúde implementadas em nosso país a partir da segunda metade da década de 90. Iniciado em 1994, quando foram implantadas 328 equipes com a meta de cobrir cuidados básicos de saúde para cerca de 1 milhão de pessoas, o PSF encontra-se presente hoje em mais de 4 mil municípios do país, contando com mais de 16 mil equipes com uma meta de cobertura que ultrapassa os 50 milhões de pessoas (dados de setembro de 2002). As equipes, formadas em geral por 1 médico, 1 enfermeira, 1 auxiliar de enfermagem, e 5 a 6 agentes comunitários de saúde, se responsabilizam por uma área que abrange 1.000 famílias, equivalendo a cerca de 3.500 pessoas. A partir de 2001, profissionais de saúde bucal passaram a fazer parte das equipes básicas do programa. Para o presente ano de 2002, estima-se em mais de 1,3 bilhões de reais o volume das transferências financeiras realizadas para o PSF.¹ Estima-se em algo próximo dos 170 mil o número de postos de trabalho envolvidos diretamente na condução do programa, sem contar o pessoal de apoio administrativo.

* Este texto baseou-se na pesquisa "Agentes Institucionais e Modalidades de Contratação de Pessoal no Programa de Saúde da Família no Brasil", demandada pela CGPRH da Secretaria de Políticas do Ministério da Saúde à Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado do NESCON-FMU-FMG, realizada entre os meses de novembro e dezembro de 2001. Além dos autores, participaram da pesquisa, João Batista Girardi Júnior, Jackson Freire Araújo e Mônica Alvim Mendonça, bem como a equipe de estagiários da EPSM-NESCON, aos quais agradecemos.

¹ Este montante inclui as transferências para o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Cf. Saúde da Família: uma estratégia para organização do cuidado primário no Brasil, Departamento de Ações Básicas de Saúde da Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde, 2002.

Propõe-se que o programa seja a porta de entrada para um sistema de saúde unificado, regionalizado e organizado segundo linhas de complexidade hierarquizadas, e que seu funcionamento aconteça em limites geopopulacionalmente predeterminados, sob responsabilidade das unidades do programa. Da mesma forma, propõe-se que o programa atue como um centro de cuidados sobre famílias dentro de ambientes geosocietários reconhecidos, inclusive no que diz respeito à identificação de riscos aos quais as comunidades se encontram expostas – encorajando, assim, o desenvolvimento de atividades intersetoriais.

Em função dessas características presentes na sua concepção normativa, ditas estruturantes (ou instituintes), o PSF tem sido definido em círculos da gestão governamental do setor não propriamente como mais um programa, mas como uma estratégia para reorientar a entrega de serviços e cuidados primários, com potencial para redirecionar o conjunto do modelo assistencial. Nesse sentido, alguns segmentos da saúde pública consideram que o enfoque Saúde da Família traduz-se numa verdadeira “reforma dentro da reforma” representada pela construção do Sistema Único de Saúde (Viana & Dal Poz apud Souza, 2002).

Seja pelas expectativas geradas como estratégia de mudança do modelo assistencial, seja pelas suas potencialidades de ampliar o acesso aos serviços básicos de saúde, seja ainda pelos impactos sobre as dimensões e configurações dos mercados educativos e de trabalho das profissões do setor, essa é uma intervenção que merece um esforço sistemático e constante de conhecimento e pesquisa avaliativa.

O presente texto apresenta os principais resultados de um inquérito nacional que teve por objetivo explorar alguns dos impactos do PSF sobre essa última dimensão referente aos mercados de trabalho em saúde. A prioridade estabelecida foi a do conhecimento dos tipos de instituições e modalidades contratuais e empregatícias utilizadas pelas prefeituras e secretarias municipais na implementação e execução do programa. Três indagações fundamentais orientaram a pesquisa, a saber:

- que tipo de agentes institucionais são utilizados pelas secretarias de saúde e prefeituras dos diversos estados e regiões do país para contratação dos profissionais que atuam no PSF?
- quais são as modalidades de contratação de trabalho e serviços dos profissionais praticadas por tais agentes, nas diversas regiões do país?

- quais são as razões, vantagens e problemas atribuídas pelos gestores com relação às formas encontradas para provisão do trabalho para o desenvolvimento do PSF (agentes utilizados e formas contratuais praticadas), e quais seriam, na opinião dos gestores as formas e meios ideais?

Ao mesmo tempo, o estudo levantou informações sobre o número de profissionais envolvidos no programa bem como sobre salários e esquemas de incentivos praticados, além de outras informações gerais sobre do PSF.

A caracterização do PSF segundo os tipos de agentes institucionais públicos e privados utilizados na condução do programa é importante para o desenho de estratégias e instrumentos de gestão e desenvolvimento dos recursos humanos. Por um lado, a contratação direta pelo poder público de profissionais para a execução do programa, ou, de forma alternativa, a contratação do trabalho dos profissionais via organizações terceiras (públicas ou privadas) implicam a existência de restrições e estruturas de oportunidades distintas. Por outro lado, uma questão fundamental que se coloca é saber sobre a qualidade dos 'empregos' gerados pelo PSF no que diz respeito a graus de formalização/não-formalização da relação de trabalho, durabilidade do emprego, salários, graus de discricionariedade da gerência e do trabalho, esquemas de proteção, benefícios e direitos dos trabalhadores, entre outras características. A construção de um processo de cooperação mais efetivo e permanente entre gerência e trabalho depende em larga medida da qualidade das relações de trabalho instituídas pelo programa.

Tomadas em conjunto, as informações propiciadas pelo estudo permitem tanto uma aproximação no que diz respeito às dimensões quantitativas dos mercados de trabalho gerados pelo programa quanto a inferência sobre o padrão de relações de emprego e de produção de serviços por ele instituído.

METODOLOGIA

O estudo constituiu-se num *survey* realizado por meio de Entrevistas Telefônicas Assistidas por Computador (ETAC) aplicado a uma amostra de 759 municípios, de um universo de 3.225 municípios brasileiros que haviam implantado o PSF até outubro de 2001. As entrevistas foram aplicadas aos

gestores municipais de saúde e coordenadores do Programa de Saúde da Família. Foi realizado um pré-teste por meio da aplicação de um formulário eletrônico em 40 municípios, representando cerca de 5% da amostra.

Para realização das entrevistas telefônicas, foi construído um questionário contendo perguntas 'informativas' e 'opinativas', estruturadas em 5 blocos seguintes:

- Informações cadastrais, relativas à identificação do município e caracterização do PSF, tais como, nome e profissão do respondente, existência de secretaria de saúde no município, existência de coordenação do PSF e identificação do cargo e profissão do coordenador, número de equipes atuando no município, composição das equipes quanto ao tipo e número de profissionais.
- Informações sobre agentes e instituições contratantes de pessoal para o PSF e as modalidades de contratação (tipo de vínculo) adotadas; para as categorias de médico, enfermeiro, técnico/auxiliar de enfermagem, agente comunitário de saúde e dentista.

As categorias discriminadas para **agentes contratantes** foram as seguintes: Prefeitura, Fundação Pública, Fundação Privada, Entidade filantrópica, ONG, Cooperativa, Organização Social (OS), Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), Outros agentes contratantes. Nos casos de ocorrência de mais de 1 (um) agente contratante no mesmo município, a exemplo de contratação direta via prefeitura e contratação de algum profissional por uma outra instituição, todas as informações foram registradas.

Para **modalidades de contratação** (tipo de vínculo) foram selecionados os seguintes tipos agregados: Temporário, Autônomo, Empregado CLT, Estatutário/ Regime Jurídico Único, Outras modalidades de contratação.

Na verdade, esses tipos agregados englobam uma grande variedade de subtipos específicos, tais como:

- Trabalhador empregado regido pela CLT (prazo indeterminado),
- Trabalhador empregado regido pela CLT (prazo determinado),

- Servidor Público efetivo regido pelo Regime Jurídico Único,
 - Servidor Público não efetivo (cargos comissionados, cargos de confiança, contratação por excepcional interesse público baseado em legislação especial da câmara; todos demissíveis *ad nutum*),
 - Trabalhador Temporário (Lei de 1974, de terceirização),
 - Contratos CLT por tempo determinado (Lei de 1998),
 - Autônomos (pessoas físicas) contratados como prestadores de serviços.
- Informações sobre remuneração, gratificação e incentivos, jornadas de trabalho, existência de outros vínculos de trabalho. As perguntas sobre remuneração e jornadas de trabalho foram dirigidas para a totalidade das categorias profissionais citadas. As questões sobre esquemas de gratificação e incentivos foram aplicadas apenas aos médicos. As gratificações correspondem a compensações monetárias, enquanto os incentivos, com exceção da produtividade, correspondem a compensações não monetárias.
 - Informações sobre treinamento e apoio institucional para a educação continuada de profissionais do PSF.
 - Informações de caráter 'opinativo', sobre aspectos relacionados às razões, vantagens e desvantagens atribuídas às formas de contratação adotadas.

As variáveis do questionário foram estruturadas numa máscara (formulário eletrônico) para realização das entrevistas e processamento dos dados por meio informatizado. A maioria das questões recebeu a forma de perguntas fechadas. Foram abertas, entretanto, janelas para exceções e para respostas de variáveis de conteúdo, tais como, montante de recursos, número de profissionais etc. As respostas foram processadas no programa de *software "Sphinx"*, específico para o tipo de pesquisa adotada, que permite a tabulação e análise estatística direta dos dados coletados pela ETAC.

Para coleta dos dados foram utilizadas 6 posições de telepesquisa, ocupadas por 12 operadores e um servidor de rede para supervisão operacional da pesquisa. A fase de coleta de dados teve duração de 2 meses e foi realizada no período de novembro a dezembro de 2001.

Sistema de Amostragem

A moldura de amostragem foi construída a partir dos dados do cadastro de municípios com PSF implantado, do Ministério da Saúde, correspondendo a um universo de 3.225 municípios. Para confecção da amostra adotou-se como parâmetros um intervalo de confiança de 90%, e 5% de margem de erro. A amostra foi estratificada por região geográfica e porte dos municípios, chegando-se a 759 municípios, selecionados por sorteio. As perguntas foram dirigidas aos secretários de saúde, ou aos coordenadores do PSF. Após a coleta dos dados, utilizou-se uma razão de 20% para validação dos questionários aplicados, cuja seleção foi também aleatória.

RESULTADOS

A amostra pesquisada correspondeu a 759 do universo dos 3.225 municípios com PSF implantados por ocasião de realização da pesquisa. Obteve-se resposta completa às entrevistas telefônicas em 91,7% dos casos, totalizando uma amostra final de 696 municípios respondentes. Não foi observada discrepância significativa entre as taxas de resposta obtidas em relação às regiões ou ao porte dos municípios. As menores taxas de resposta foram obtidas entre os municípios da Região Nordeste (89,2%), enquanto os melhores índices corresponderam à Região Centro Oeste (95,0%). Os municípios menores, de até 10 mil habitantes, apresentaram menor taxa de resposta, com 89,4% (Tabelas 1 e 2).

TABELA 1 – MUNICÍPIOS E DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA PESQUISADA SEGUNDO REGIÃO NATURAL

Região Natural	Universo*	Amostra**	Pesquisas Completas	Taxas de Resposta
	N	N	N	%
CO	324	80	76	95,0
N	236	60	56	93,3
NE	1.166	268	239	89,2
S	550	130	120	92,3
SE	949	221	205	92,8
Brasil	3.225	759	696	91,7

Fonte: Pesquisa Telefônica EPSM/NESCON/UFMG.

* número de municípios que possuem equipes do PSF

**amostra estratificada por região e porte populacional; IC= 90%, risco de 5%

TABELA 2 – MUNICÍPIOS E DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA PESQUISADA SEGUNDO FAIXA DE POPULAÇÃO DOS MUNICÍPIOS

Faixa de população	Universo	Amostra	Pesquisas Completas	Taxas de Resposta
	N		N	%
Até 10 mil	1.571	357	319	89,4
De 10 A 20 mil	746	178	167	93,8
De 20 a 50 mil	546	132	125	94,7
De 50 a 100 mil	202	51	46	90,2
De 100 a 500 mil	135	34	32	94,1
Mais de 500 mil	25	7	7	100,0
Brasil	3.225	759	696	91,7

Fonte: Pesquisa Telefônica EPSM/NESCON/UFMG.

* número de municípios que possuem equipes do PSF

**amostra estratificada por região e porte populacional; IC= 90%, risco de 5%

A quase totalidade dos municípios com PSF possuem estruturas de Secretarias de Saúde. Identificou-se a existência de Secretaria de Saúde em 98% dos municípios da amostra. Todos os municípios acima de 100 mil habitantes possuem Secretaria de Saúde. Os poucos municípios que não possuem esse órgão estão distribuídos nas demais faixas de população, sendo que metade desses encontram-se em cidades com menos de 10 mil habitantes. A existência de secretaria de saúde aparece em 100% dos municípios nas Regiões Norte e Nordeste; as regiões Sudeste e Sul apresentam, respectivamente, 5,4% e 3,3% de municípios sem estrutura específica de secretaria de saúde relativamente ao total da amostra; desses municípios, cerca de 69% estão localizados na Região Sudeste.

A existência de um cargo de coordenador e ou responsável pelo PSF é informada em 84% dos municípios, proporção que atinge 100% dos municípios com mais de 500 mil habitantes e cerca de 90% dos municípios com população entre 50 e 500 mil habitantes. Em 16% dos municípios pesquisados não existe um coordenador para o PSF. Essa frequência é menor nos municípios com mais de 50 mil habitantes. Em 67,9% dos municípios que relatam a existência de um cargo específico de coordenador do PSF, o posto é ocupado por enfermeiros; em 9,9% por um médico, e em 22,0% dos municípios o posto é ocupado por outros profissionais. Interessante observar que nem sempre o

responsável pela coordenação do programa é um profissional da área da saúde e, em muitos casos, a função é delegada ao pessoal auxiliar de saúde (particularmente na área de enfermagem) ou ao pessoal administrativo.

Em relação à época de implantação do PSF, até o ano de 1997, apenas 19% dos municípios tinham o programa implantado. A maioria das equipes foi implantada entre 1998 e 2001 (81% dos PSF dos municípios amostrados), sendo 44% no biênio 2000-2001.

Dimensões Quantitativas do PSF

De acordo com a pesquisa, nos municípios que implantaram o PSF, existem 4,5 equipes, em média, por município, atuando no programa em todo o país. O número médio de equipes cresce de 1,5 equipe por município, nas localidades com até 10 mil habitantes, para 19,8 equipes nas cidades com faixa de população de 100 a 500 mil habitantes, e 66 equipes por município, nas cidades com mais de 500 mil habitantes. A Região Norte apresenta maiores índices de equipes implantadas por município, 6,4 equipes por município, seguida pelas Regiões Nordeste e Centro-Oeste com 4,9 e 4,7 equipes por município, respectivamente. A Região Sudeste apresenta o menor índice, de 3,6 equipes por município (Tabelas 3 e 4).

TABELA 3 – BRASIL, DEZEMBRO, 2001

Faixa de população	Número médio de equipes do PSF
	Média de equipes
Até 10 mil	1,5
de 10 a 20 mil	3,3
de 20 a 50 mil	4,8
de 50 a 100 mil	8,2
de 100 a 500 mil	19,8
Mais de 500 mil	66,0
Brasil	4,5

Fonte: Pesquisa Telefônica EPSM/NESCON/UFMG.

TABELA 4 – BRASIL, DEZEMBRO, 2001

Região Natural	Número médio de equipes do PSF
	Média de equipes
CO	4,7
N	6,4
NE	4,9
S	4,0
SE	3,6
Brasil	4,5

Fonte: Pesquisa Telefônica EPSM/NESCON/UFMG.

O único profissional presente em todos os 696 municípios pesquisados é o médico; 694 municípios informaram a existência de Agentes comunitários de Saúde (ACS); 692 informaram trabalhar com enfermeiros e auxiliares de enfermagem; 381 municípios possuem dentistas e 336 contam com auxiliares de saúde bucal.

Com relação ao número de profissionais atuando nas equipes, nos 696 municípios que responderam à pesquisa, foi informada a existência de 3.130 médicos; 3.015 enfermeiros; 4.133 trabalhadores auxiliares de enfermagem; 21.858 agentes comunitários de saúde; 827 dentistas e 713 trabalhadores auxiliares da área de saúde bucal. Na maior parte das vezes, a prefeitura contrata diretamente esses profissionais e é responsável direta pela contratação dos médicos em 83% dos municípios; pela contratação dos enfermeiros, auxiliares de enfermagem e dentistas, respectivamente, em 85%, 86% e 89% dos municípios e pela contratação dos ACS em 74% dos municípios. A utilização pelas Prefeituras e Secretarias de Saúde de outros agentes, públicos ou privados,² para a contratação dos profissionais, tem pequena expressão quantitativa para o conjunto do país e maior importância para os agentes comunitários.

O número médio de postos de trabalho no PSF por município é de 4,5 médicos, índice esse que cresce desde 1,5 médicos, nos municípios com menos de 10 mil habitantes até 72 médicos por município, naqueles com mais de 500 mil

² A exemplo de fundações públicas, universidades, entidades filantrópicas, ONGs, Organizações Sociais, associações constituídas como Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público, associações.

habitantes. O número médio de enfermeiras por PSF segue, em linhas gerais, a tendência dos médicos (média de 4,3 enfermeiras por município), observando-se, no entanto, uma diferença significativa nos municípios com mais de 500 mil habitantes, que informam deter, em média, 52 enfermeiros por município. O número médio de auxiliares de enfermagem por município varia de cerca de 2 por município, naqueles com menos de 10 mil habitantes, à aproximadamente 92 por município, nas cidades com mais de 500 mil habitantes, obtendo uma razão média de 6 auxiliares de enfermagem por município, no conjunto do país (Tabela 5).

TABELA 5 – BRASIL, DEZEMBRO, 2001

Faixa de População	Número médio de profissionais do PSF					
	Médicos	Enfermeiros	Auxiliares de enfermagem	Agentes Comunitários	Dentistas	Auxiliares de Dentistas
Até 10 mil	1,5	1,6	2,0	10,3	0,7	0,7
De 10 a 20 mil	3,3	3,2	3,9	23,1	0,9	1,1
De 20 a 50 mil	4,7	4,9	6,2	36,8	1,3	1,6
De 50 a 100 mil	8,0	8,1	10,8	63,5	2,4	2,6
De 100 a 500 mil	19,8	20,6	29,5	140,1	3,1	3,7
Mais de 500 mil	72,1	52,1	92,3	392,0	13,0	12,5
Brasil	4,5	4,4	5,9	31,5	1,2	1,3

Fonte: Pesquisa Telefônica EPSM/NESCON/UFGM.

Os agentes comunitários de saúde constituem o segmento da força de trabalho mais numeroso no PSF, variando sua participação de cerca de 10 trabalhadores, nos municípios com menos de 10 mil habitantes, a um índice de 392 agentes por município, nas cidades com mais de 500 mil habitantes. Para o conjunto do país, existem cerca de 31 ACS por PSF, o que representa uma relação de 6 ACS por médico. Em contrapartida, os dentistas e o pessoal auxiliar na área de saúde bucal, representam os profissionais que detêm menores contingentes nos programas de saúde da família. Não muito mais que a metade dos municípios pesquisados (55%) afirmaram contar com dentistas nas suas equipes do programa. Em média, existem 1,2 dentistas e 1,3 auxiliares de dentista por município com PSF. Nos municípios menores (com até 20 mil habitantes) a média é menor que 1 dentista por município (Tabela 5).

De uma perspectiva regional, a maior concentração de médicos é encontrada nos PSF dos municípios do Norte (7 médicos por município contra

a média nacional de 4,5). São também os PSF dos municípios do Norte que concentram maiores índices de auxiliares de enfermagem e agentes comunitários por município – 9,3 e 46,2 trabalhadores, respectivamente – contra médias nacionais de 5,9 auxiliares e 31,4 agentes comunitários por município. As enfermeiras detêm índices de concentração ligeiramente maiores nos municípios do Nordeste relativamente às demais regiões do país. Cabe ressaltar que são os municípios do Sul e do Sudeste que apresentam os menores índices médios de participação de dentistas nos PSF (índices menores que 1). Por seu turno, a maior concentração de dentistas por PSF foi encontrada nas regiões Nordeste e Norte.

O PSF e o Mercado de Trabalho das Profissões de Saúde

Projetando-se os dados da pesquisa telefônica, o PSF contava, em dezembro de 2001, com 14,5 mil postos de trabalho para médicos; 14 mil postos para enfermeiras; 19,2 mil postos para auxiliares de enfermagem; cerca de 102 mil postos de trabalho para agentes comunitários de saúde; 3,8 mil postos para dentistas e 4,1 mil postos para auxiliares de saúde bucal, entre outros profissionais.³

O que esses números representam com relação ao mercado de trabalho dessas profissões? Uma forma de responder a essa questão consiste em cotejar os dados da ocupação no PSF com informações sobre a oferta desses profissionais no mercado. Esse tipo de informação permitiria, por exemplo, que se tivesse uma idéia sobre o papel que o programa representa para o conjunto dos trabalhadores ocupados ou que buscam ocupar-se especificamente nessas atividades profissionais e qualificações, noutras palavras, sobre a oferta desse tipo de força de trabalho. A ausência de informações censitárias atualizadas sobre a oferta de tais profissionais não permite considerações mais definitivas a esse respeito. Contudo, a informação sobre número de profissionais em atividade, fornecida pelos registros administrativos dos Conselhos Profissionais, desde que utilizada com a devida reserva, sinaliza sobre a disponibilidade ou oferta potencial desses profissionais nos merca-

³ Os dados reportam a dezembro de 2001. É importante lembrar que a amostra foi estratificada por região geográfica e porte de população dos municípios, com taxa de resposta de 91,7%. Assume-se um IC de 90% a um risco de 5%.

dos.⁴ Dessa perspectiva, os postos oferecidos pelo PSF representariam em torno de 6% do contingente de médicos ativos; pouco mais de 2% do de dentistas; e cerca de 15% do contingente de enfermeiros. Esse tipo de inferência é mais problemático com relação ao pessoal não universitário, em virtude das maiores falhas sobre seu registro.

Uma outra maneira de aquilatar a importância do PSF nos mercados consiste em comparar os dados dos profissionais ocupados no programa com os dados da demanda dessas categorias no mercado. Novamente, há problemas de disponibilidade das fontes de informação e, quando existem, de comparabilidade dos dados. Duas fontes poderiam, entretanto, ser utilizadas sob uma perspectiva aproximativa. Em primeiro lugar, as informações da pesquisa de Assistência Médico-Sanitária (AMS), do IBGE, que reportam o nível da ocupação em atividades do núcleo dos serviços de saúde (estabelecimentos hospitalares, ambulatoriais e serviços de apoio diagnóstico e terapêutico). Em segundo lugar, as informações da RAIS, do MTE, que reportam o número de vínculos formais de emprego dessas categorias. No primeiro caso, pode-se obter alguma idéia sobre o peso do PSF no mercado 'institucional' de serviços de saúde para essas profissões.⁵ No segundo caso, pode-se apreciar o peso do PSF no mercado de empregos formais dessas categorias no conjunto da atividade econômica formal.⁶ A Tabela 6 resume essas informações.

⁴ Existem problemas de atualização dos cadastros com registros de baixas por tipo, novas entradas etc., problemas de duplicação de registros de profissionais entre unidades da federação; sem contar com o fato de que o número de profissionais em atividade não reporta o número efetivo daqueles inseridos ou dispostos a se inserirem em atividades do setor saúde (uma série deles pode estar trabalhando em outros setores de atividade ou mesmo não trabalhando); entre outros fatores.

⁵ Utilizamos o termo mercado de serviços institucionais, pois a AMS não cobre as atividades baseadas em consultórios de autônomos – pessoas físicas. Machado (2000:33) estimou que entre os médicos do PSF, 30% mantêm atividades de consultório, proporção que sobe para 40% na região Sudeste e é da ordem de 20% entre os médicos do PSF da Região sudeste.

⁶ A RAIS reporta o número de vínculos de empregos formais (Celetistas, estatutários, temporários e avulsos) na economia formal.

TABELA 6 – ÍNDICES DE PARTICIPAÇÃO DO PSF EM RELAÇÃO AO NÚMERO DE PROFISSIONAIS EM ATIVIDADE, DE POSTOS DE TRABALHO OCUPADOS EM SERVIÇOS DE SAÚDE E DE VÍNCULOS FORMAIS DE EMPREGO NA ECONOMIA SEGUNDO CATEGORIA

Categoria	Número de profissionais no PSF*	Total de Profissionais em Atividade (oferta) **	PSF/ Oferta	Postos de Trabalho nos serviços de saúde ***	PSF/ Postos de Trabalho	Vínculos de Emprego ****	PSF/ Emprego formal
Médicos	14.513	262.891	5,5	431.282	3,4	152.119	9,5
Enfermeiros	14.061	92.961	15,0	70.175	19,9	69.774	20,0
Aux./Téc. Enf.	19.253	581.242	3,3	389.370	4,9	498.871	3,9
ACS	101.587	153.000	n.d	-	n.d	n.d	n.d
Dentistas	3.838	168.037	2,3	52.551	7,3	38.533	10,0
Aux. Dentista	4.128	27.941	14,8	21.619	19,1	n.d	n.d

Fonte: Pesquisa Telefônica EPSM/NESCON/UFGM.

* Estimativa a partir da pesquisa telefônica (dez 2001)

** fonte: Conselhos Profissionais, dez. 2001; exceto para ACS

*** Número de postos de trabalho em estabelecimentos com e sem internação e SADT,

Pesquisa de Assistência Médico Sanitária, IBGE, 1999

**** fonte: RAIS, MTE, 2000

Dessa perspectiva, pode-se dizer que o PSF representa, respectivamente, algo em torno de 3,4% e 7,3% da demanda 'institucional' de serviços de saúde para médicos e dentistas; 9,5% e 10,0% do estoque de empregos formais de médicos e dentistas existentes na economia. Em contrapartida, para os enfermeiros, o PSF representa 20% tanto da demanda Institucional da saúde quanto do estoque de empregos formais (Tabela 6).

Entretanto, é importante que se tome em conta que as inferências com relação ao peso do PSF na economia do emprego formal devem ser bastante matizadas em função dos níveis acentuadamente elevados de utilização de formas 'precárias' e informais de vinculação de profissionais utilizadas no programa, conforme constatado pela presente pesquisa. No caso dos médicos, por exemplo, os dados revelaram que apenas 16% dos municípios preferem contratá-los via CLT, e menos de 13% os vinculam como servidores públicos (efetivos ou não). A situação das demais categorias não difere muito. Por outro lado, é preciso ter em mente que os mercados institucionais de serviços de saúde não representam o conjunto do 'mercado' de serviços de saúde, observação essa mais importante para médicos e dentistas. Conforme vimos, Machado (2000) observou que cerca de 30% dos médicos que atuam no PSF também mantêm atividades de consultório. Seja como for, uma con-

clusão que se impõe diz respeito à maior importância relativa do PSF com relação aos mercados de trabalho dos enfermeiros.

Agentes Institucionais Utilizados para Contratação no PSF

Os dados da pesquisa revelam que as prefeituras respondem diretamente pela contratação de pessoal na maior parte dos casos, alcançando índices de 83% nos contratos de médicos, 85% nos de enfermeiros e 89% nos de dentistas e de 74% nos contratos de agentes comunitários de saúde. A utilização de agentes terceiros para contratação de pessoal é um expediente relativamente pouco utilizado e é mais expressiva para a contratação dos agentes comunitários, caso em que alcança $\frac{1}{4}$ dos municípios pesquisados. A utilização de outros agentes públicos (secretarias de estado e fundações públicas, principalmente) é mais freqüente para a contratação de ACS (8%). As instituições não-lucrativas filantrópicas respondem por cerca de 4 e 5% dos agentes utilizados pelos municípios para contratação de profissionais para o PSF, exceção feita ao caso dos dentistas (2%). Outras entidades do terceiro setor – a exemplo de ONG's, associações comunitárias, sindicais e profissionais, Organizações Sociais, OSCIP's e consórcios intermunicipais – respondem por cerca de 9% das instituições utilizadas para contratação de ACS; 6% das utilizadas para médicos e 5% para enfermeiros e pessoal auxiliar de enfermagem. As cooperativas, por seu turno, somam 3% dos agentes contratantes de médicos e enfermeiros e 3% dos de ACS. Por fim, cabe comentar a pequena freqüência das citações de empresas e sociedades civis (grupos profissionais) como agentes contratantes.

Contratação Direta pelas Prefeituras por Região e Porte dos Municípios

As tabelas 8 e 9 mostram, respectivamente, os percentuais de participação direta da Prefeitura na contratação dos profissionais do PSF, por região geográfica e porte populacional dos municípios.

TABELA 7 – NÚMERO DE AGENTES CONTRATANTES POR PROFISSÕES, SEGUNDO NATUREZA AGREGADA DOS AGENTES CONTRATANTES DE PROFISSIONAIS PARA O PSF

Agente Contratante	Médico		Enfermeiro		Técnico / Auxiliar de Enfermagem		Agente Comunitário de Saúde		Dentista	
	n	%	n	%	n	%	n	%	N	%
Prefeituras	591	82,9	602	85,4	618	86,1	525	74,2	343	89,1
Outros públicos	17	2,4	13	1,8	18	2,5	58	8,2	11	2,9
Entidades Filantrópicas	32	4,5	30	4,3	26	3,6	36	5,1	6	1,6
Cooperativas	24	3,4	24	3,4	18	2,5	23	3,2	10	2,6
Outro Terceiro Setor	42	5,9	33	4,7	35	4,9	62	8,8	14	3,6
Empresas	5	0,7	1	0,1	1	0,1	1	0,1	1	0,3
Outros	2	0,3	2	0,3	2	0,3	3	0,4	0	0,0
Total	713	100,0	705	100,0	718	100,0	708	100,0	385	100,0

Fonte: Pesquisa Telefônica EPSM/NESCON/UFMG.

TABELA 8 – PERCENTUAIS DE PARTICIPAÇÃO DIRETA DA PREFEITURA NA CONTRATAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DO PSF POR REGIÃO GEOGRÁFICA SEGUNDO CATEGORIA

Profissionais	Centro-Oeste	Norte	Nordeste	Sul	Sudeste	Brasil
Médico	96,2	91,2	95,0	62,1	74,2	82,9
Enfermeiro	97,4	93,0	95,4	67,2	78,6	85,4
Téc./Aux. Enfermagem	96,1	93,1	94,7	72,8	78,6	85,4
ACS	88,5	86,0	77,0	53,6	74,6	74,2
Dentista	98,5	87,1	92,1	76,2	85,5	89,1

Fonte: Pesquisa Telefônica EPSM/NESCON/UFMG.

Do ponto de vista regional, observam-se, como padrão geral, os menores índices de participação das prefeituras nos municípios da Região Sul e, em seguida, nos da Região Sudeste. Por outro lado, os maiores índices de participação das prefeituras são encontrados nos municípios da Região Centro-Oeste, seguidos pelos da Nordeste e Norte.

Com relação ao porte dos municípios – exceção feita à faixa dos com mais de 500 mil habitantes – não se observam variações de monta quanto à participação das prefeituras na contratação direta dos profissionais.

TABELA 9 – PERCENTUAIS DE PARTICIPAÇÃO DIRETA DA PREFEITURA NA CONTRATAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DO PSF POR PORTE DOS MUNICÍPIOS SEGUNDO CATEGORIA

Profissionais	Até 10 Mil	10 a 20 Mil	20 a 50 Mil	50 a 100 Mil	100 a 500 Mil	Mais de 500 Mil	Brasil
Médico	84,3	89,0	80,6	80,9	82,4	45,5	82,9
Enfermeiro	87,7	86,1	84,0	82,6	81,8	45,5	85,4
Téc./Aux. Enfermagem	89,2	83,4	86,2	83,0	84,8	50,0	86,1
ACS	78,7	74,3	69,3	70,2	61,8	44,4	74,2
Dentista	88,4	90,9	90,6	84,8	93,3	75,0	89,1

Fonte: Pesquisa Telefônica EPSM/NESCON/UFMG.

A Presença de Agentes Terceiros

A Tabela 10 apresenta os resultados da distribuição dos agentes institucionais de natureza privada não lucrativa, por categoria, segundo região e tipo de agente. Observa-se que a utilização desses agentes como meio para contratação de pessoal pelas prefeituras das Regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste é muito reduzida, comparativamente à contratação direta dos profissionais pelas próprias prefeituras. Ainda com relação a essas regiões, é interessante levar em conta que os municípios do Nordeste, mais do que os das outras regiões supracitadas, revelam uma maior presença da figura das cooperativas, que respondem por cerca de 4% das contratações de médicos, enfermeiros e dentistas.

Situação bastante distinta encontra-se nos municípios da Região Sudeste e, mais ainda, nos do Sul do país. Nesses municípios, o expediente da contratação de organizações do terceiro setor e cooperativas revela-se importante.

TABELA 10 – PERCENTUAIS DE PARTICIPAÇÃO DE AGENTES INSTITUCIONAIS DO SETOR PRIVADO NÃO-LUCRATIVO NA CONTRATAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DO PSF POR CATEGORIA SEGUNDO REGIÃO E NATUREZA JURÍDICA DO AGENTE

Região	Natureza	Distribuição Percentual dos Agentes Contratantes por Categoria				
		Médico	Enfermeiro	Téc./Aux. Enf.	ACS	Dentista
CO	Filantrópica	0	0	0	1,3	0
	Outro Terceiro Setor	1,3	1,3	1,3	1,3	1,5
	Cooperativa	0	0	0	1,3	0
N	Filantrópica	0	0	0	0	0
	Outro Terceiro Setor	0	0	0	3,5	0
	Cooperativa	0	0	0	0	0
NE	Filantrópica	0	0	0	0	0
	Outro Terceiro Setor	0,4	0,4	0	3,8	0,6
	Cooperativa	4,1	3,8	3,3	1,7	4,3
S	Filantrópica	8,9	7,8	5,6	12,8	6,3
	Outro Terceiro Setor	16,9	14,1	12,8	20,8	11,1
	Cooperativa	4,8	7,0	4,0	9,6	3,2
SE	Filantrópica	9,9	9,7	8,8	9,1	3,2
	Outro Terceiro Setor	8,9	6,8	8,4	11,5	8,1
	Cooperativa	3,8	2,9	2,3	2,9	1,6
Brasil	Filantrópica	4,5	4,3	3,6	5,1	1,6
	Outro Terceiro Setor	5,9	4,8	4,9	8,8	3,6
	Cooperativa	3,4	3,4	2,5	3,2	2,6

Fonte: Pesquisa Telefônica EPSM/NESCON/UFMG.

Na Região Sul, as organizações do terceiro setor e cooperativas representam perto de 30% dos agentes contratantes de médicos e enfermeiros e mais de 40% dos contratantes de agentes comunitários. Por seu turno, nos municípios da Região Sudeste, tais organizações somam em torno de 20% dos agentes contratantes de pessoal para o PSF.

Modalidades de Contratação e Tipos de Vínculos

As formas de contratação temporária de trabalho e o vínculo de prestação de serviços predominam amplamente sobre todas as outras formas de contrato nos municípios pesquisados.

Com relação aos médicos, considerando o conjunto das formas utilizadas, os contratos temporários não especificados e por prestação de serviços chegam a 70% das formas de contratação citadas nos municípios pesquisados, contra 16% de vínculos CLT, 10% de vínculos estatutários e 2,5% de vínculos como servidores não efetivos (cargos comissionados, cargos de confiança e regidos por legislação especial). O quadro dos ACS é um tanto distinto, observando-se, em geral, maior grau de formalização nas contratações. Assim, os contratos temporários não especificados, no caso dos agentes comunitários, são citados em 48% das formas pesquisadas; aparecendo logo em seguida os vínculos celetistas, com cerca de 23% das citações; os vínculos de estatutários, com 14% das citações e os de servidores públicos não efetivos, com 2,7% das citações. A Tabela 11 mostra a distribuição das formas de contratação utilizadas segundo o tipo de agente contratante.

TABELA 11 – DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DAS FORMAS DE CONTRATAÇÃO UTILIZADAS POR CATEGORIA SEGUNDO O TIPO DE AGENTE CONTRATANTE

Agente Contratante	Médico	Enferm.	Téc./Aux. Enf.	ACS	Dentista
Prefeitura					
Temporário / Prestação de Serviços	74,8	69,7	50,1	54,9	70,9
CLT	9,4	10,1	12,5	16,2	6,3
Estatutário	11,2	15,9	35,2	14,8	19,3
Servidor Público não efetivo	3,1	2,9	1,5	3,6	1,6
Outros	1,5	1,4	0,7	10,5	1,9
Total	100	100	100	100	100
Filantrópica					
Temporário / Prestação de Serviços	24,3	18,8	17,2	18,9	20
CLT	64,9	68,7	68,9	64,9	80
Outros	10,8	12,5	10,3	16,2	0
Total	100	100	96,4	100	100
Outro Terceiro Setor					
Temporário / Prestação de Serviços	30	22,9	13,9	21	12,5
CLT	65	71,4	77,8	64,5	56,3
Outros	5	5,7	8,3	14,5	31,3
Total	100	100	100	100	100,1

Fonte: Pesquisa Telefônica EPSM/NESCON/UFMG.

As prefeituras, conforme pode ser visto, utilizam o expediente da contratação temporária e da contratação de serviços, para todas as categorias de trabalhadores, de forma muito mais acentuada que as entidades filantrópicas e as outras organizações do terceiro setor. Observa-se, de fato, que a adoção de contratos mais ‘protegidos’ – contratos CLT, para o caso dos privados e vínculos de estatutário, servidores não efetivos, e contratos CLT, para o caso das prefeituras – é maior nas entidades do terceiro setor comparativamente às prefeituras.

Contratação via Prefeituras

Analisando-se as formas de contratação direta via prefeituras, por região, observa-se que os contratos temporários e de prestação autônoma de serviços têm maiores índices de prevalência nos municípios das Regiões Nordeste, Centro-Oeste e Norte, situando-se em níveis acima da média do Brasil para a maior parte das categorias, excetuando-se os casos dos agentes comunitários – para o qual a média do Nordeste é inferior à do país, e à dos dentistas – com média de contratação temporária inferior à média nacional. A Região Sul é a que menos utiliza a contratação temporária/ prestação autônoma de serviços, seguida pela Região Sudeste (Tabela 12).

A contratação direta de profissionais, em regime celetista, pelas prefeituras é mais utilizada pelos municípios das Regiões Sul – 24% sobre o total das contratações das prefeituras para médicos e 28% para ACS – e Sudeste – 17% do total das contratações de médicos e cerca de 20% do total das contratações de pessoal de enfermagem e ACS. A Região Sul e, em menor escala, os municípios do Sudeste, também se destacam pela maior utilização do regime estatutário nas contratações feitas diretamente pelas prefeituras. Destaca-se que, na Região Sul, os vínculos estatutários somam aproximadamente 26% do total das contratações de médicos pelas prefeituras, 35% das contratações de enfermeiros, 30% das de agentes comunitários, 45% das de dentistas e 60% do total das contratações de pessoal auxiliar de enfermagem pelas prefeituras.

TABELA 12 – CONTRATAÇÃO DIRETA VIA PREFEITURAS

Formas de contratação	Região	Médico N = 635	Enfermeiro N = 646	Téc./Aux. Enf. N = 681	ACS N = 554	Dentista N = 368
Temporário / Prestação de Serviços	CO	86,6	82,1	58,2	73,0	85,3
	N	83,3	74,6	57,4	63,5	66,7
	NE	88,2	83,7	58,5	48,9	80,7
	S	44,9	38,5	22,9	38,0	36,7
	SE	63,4	59,0	46,1	58,1	56,4
	BR	74,8	69,7	50,1	54,9	70,9
CLT	CO	1,2	2,4	2,5	4,1	2,9
	N	3,7	5,1	6,6	11,5	3,3
	NE	3,0	3,4	8,6	13,7	3,6
	S	23,6	19,8	15,6	28,2	18,3
	SE	16,9	19,7	22,8	21,0	9,1
	BR	9,4	10,1	12,5	16,2	6,3
Estatutário	CO	8,5	13,1	35,4	9,5	8,8
	N	11,1	18,6	34,4	9,6	26,7
	NE	4,2	8,4	30,2	10,5	10,2
	S	25,8	35,2	60,4	29,6	44,9
	SE	14,5	16,8	29,4	17,4	32,7
	BR	11,2	15,9	35,2	14,8	19,3
Servidor Público não efetivo	CO	1,2	1,2	3,8	5,4	1,5
	N	1,9	1,7	1,6	1,9	3,3
	NE	2,1	2,1	1,5	4,2	1,8
	S	4,5	5,5	1,0	2,8	0,0
	SE	4,7	4,0	0,6	3,0	1,8
	BR	3,0	2,9	1,5	3,6	1,6
Outros	CO	2,4	1,2	0,0	8,2	1,5
	N	0,0	0,0	0,0	13,5	0,0
	NE	2,5	2,5	1,2	22,6	3,6
	S	1,1	1,1	0,0	1,4	0,0
	SE	0,6	0,6	1,1	0,6	0,0
	BR	1,5	1,5	0,7	10,5	1,9

Fonte: Pesquisa Telefônica EPSM/NESCON/UFMG.

Contratação via Filantrópicas

A Tabela 13 mostra a situação das contratações das entidades filantrópicas por região. Conforme se pode ver, a 'via' filantrópica para contratação de profissionais para o PSF não é praticada nos municípios da amostra pesquisada das regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste.

Analisando-se os dados da Tabela 13 observa-se, em primeiro lugar que a forma CLT prevalece sobre os contratos temporários e os contratos de prestação de autônomos em todas as categorias. Nos municípios do Sudeste, a utilização da forma CLT alcança 67% do total de contratações de médicos e enfermeiros pelas filantrópicas, cerca de 70% das contratações de pessoal auxiliar de enfermagem e agentes comunitários e 100% das formas de contratações de dentistas. Para os municípios da Região Sul os índices de utilização da forma CLT são superiores a 60%, em todos os casos.

TABELA 13 – CONTRATAÇÃO VIA ENTIDADES FILANTRÓPICAS

Formas de Contratação	Região	Médico	Enfermeiro	Téc./Aux. Enf.	ACS	Dentista
		N = 37	N = 32	N = 29	N = 37	N = 5
Temporário / Prestação de Serviços	CO	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0
	N	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	NE	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	S	30,8	18,2	22,2	23,5	33,3
	SE	20,8	19,0	15,0	10,5	0,0
	BR	24,3	18,8	17,2	18,9	20,0
CLT	CO	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	N	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	NE	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	S	61,5	72,7	66,7	64,7	66,7
	SE	66,7	66,7	70,0	68,4	100,0
	BR	64,9	68,7	68,9	64,9	80,0
Outros	CO	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	N	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	NE	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	S	7,7	9,1	11,1	11,8	0,0
	SE	8,4	9,5	10,0	21,1	0,0
	BR	8,1	9,4	10,3	16,2	0,0

Fonte: Pesquisa Telefônica EPSM/NESCON/UFMG.

Contratação via Outras Organizações do Terceiro Setor

A Tabela 14 mostra a situação das formas de contratação prevalentes nas demais entidades do terceiro setor, por região. A tabela, sob muitos aspectos, apresenta semelhanças com o observado para as entidades filantrópicas, mostrando, em linhas gerais, uma preferência dessas organizações pela utilização da forma celetista nos PSF dos municípios do Sul e Sudeste.

TABELA 14 – CONTRATAÇÃO VIA OUTRAS ORGANIZAÇÕES DO TERCEIRO SETOR

Formas de Contratação	Região	Médico N = 42	Enfermeiro N = 35	Téc./Aux. Enf. N = 36	ACS N = 62	Dentista N = 16
Temporário / Prestação de Serviços	CO	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	N	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	NE	100,0	100,0	0,0	22,2	0,0
	S	38,1	29,4	18,8	26,9	14,3
	SE	15,8	12,5	10,5	16,7	14,3
	BR	30,0	22,9	13,9	21,0	12,5
CLT	CO	100,0	100,0	100,0	100,0	0,0
	N	0,0	0,0	0,0	50,0	0,0
	NE	0,0	0,0	0,0	33,3	0,0
	S	57,1	70,6	81,3	69,2	85,7
	SE	68,4	75,0	73,7	70,8	42,9
	BR	65,0	71,4	77,8	64,5	56,3
Outros	CO	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0
	N	0,0	0,0	0,0	50,0	0,0
	NE	0,0	0,0	0,0	44,4	100,0
	S	4,8	0,0	0,0	3,8	0,0
	SE	15,8	12,5	15,8	12,5	42,9
	BR	5,0	5,7	8,3	14,5	31,3

Fonte: Pesquisa Telefônica EPSM/NESCON/UFMG.

JORNADA DE TRABALHO, SALÁRIOS, GRATIFICAÇÕES E INCENTIVOS

Considerando os dados agregados para o Brasil, observa-se que a quase totalidade dos municípios informou contratar jornadas de 40 horas para os profissionais de saúde, não existindo diferenças significativas entre as regiões.

A contratação de jornadas menores de 40 horas semanais é mais freqüente entre os dentistas. Mesmo assim elas atingem menos de 15% dos municípios pesquisados.

Salários

A pesquisa revelou que os maiores salários são reservados aos médicos (aproximadamente R\$ 4 mil, em média). Para enfermeiros e dentistas, os municípios praticam salários médios de aproximadamente R\$ 1,75 mil e, para auxiliares de enfermagem e agentes comunitários são reservados salários médios de R\$ 400 e R\$ 210, respectivamente.⁷

A comparação das médias salariais mostra a existência de diferenças estatisticamente muito significativas entre as regiões, quando se comparam as maiores e menores médias praticadas para as diversas categorias profissionais. As diferenças entre as médias salariais intermediárias mostraram-se estatisticamente pouco ou não significativas.

Para médicos e enfermeiros, a diferença entre as maiores médias de salários praticadas no Centro-Oeste e Norte e a menor, na Região Sul, é muito significativa (1-p = > 99,99%). Da mesma forma, a diferença entre a maior média salarial de dentistas, praticada na Região Norte, e as menores, no Sul e Nordeste, é também estatisticamente muito significativa (1-p = 99,17%). Com relação ao pessoal de enfermagem, a diferença entre as maiores médias informadas no Sul e Sudeste e a menor, no Nordeste, é também muito significativa (1-p = > 99,99%), assim como a diferença entre a maior média salarial de ACS (Sudeste) e as menores médias, no Nordeste e Norte (1-p = > 99,99%).

⁷ Os valores medianos são os seguintes: R\$ 4.000,00 para médicos; R\$ 1.700,00 para enfermeiros; R\$ 1.600,00 para dentistas; R\$ 360,00 para pessoal auxiliar de enfermagem e R\$ 183,00 para agentes comunitários de saúde.

QUADRO 1 – COMPARAÇÃO DE MÉDIAS SALARIAIS POR REGIÃO SEGUNDO PROFISSÃO E DIFERENÇAS ESTATISTICAMENTE SIGNIFICATIVAS

Categoria	Regiões com Maiores Médias Salariais	Regiões com Menores Médias Salariais
Médico	CO, N	S
Enfermeiro	CO, N	S
Dentista	N	S, NE
Pessoal Aux. Enfermagem	S, SE	NE
ACS	SE	NE, N

Fonte: Pesquisa Telefônica EPSM/NESCON/UFMG.

A diferença entre as maiores e menores médias salariais encontradas nas regiões mostrou-se, para todos os casos, muito significativa ($1-p = > 99,99\%$ para médico, enfermeiro, pessoal de enfermagem e ACS, e $1-p = 99,17\%$ para dentistas).

Valores Salariais Mínimos e Máximos

O menor valor salarial encontrado para médicos foi de R\$ 1 mil e o maior de R\$ 9 mil; para enfermeiros, os valores variaram entre R\$ 550 a R\$ 3,5 mil, e para dentistas de R\$ 600 a R\$ 4,5 mil. Para os auxiliares e agentes comunitários, o menor valor encontrado correspondeu a 1 (um) salário mínimo e os valores máximos foram, respectivamente, R\$ 2,4 mil e R\$ 900.

As Médias Salariais do PSF e as do Mercado

A Tabela 15 traz uma comparação entre os salários médios praticados nos municípios do PSF e os salários de contratação de celetistas admitidos em contratos de 31 a 40 horas na economia brasileira entre janeiro e outubro de 2001.⁸

⁸ Os salários de admissão de celetistas são informados pelo Cadastro Geral de Empregados e Desempregados (CAGED) do Ministério do Trabalho e Emprego.

**TABELA 15 – SALÁRIOS MÉDIOS PRATICADOS NO CONJUNTO DA ECONOMIA* E NO PSF
POR CATEGORIA PROFISSIONAL SEGUNDO REGIÃO**

Região Natural	Salário por Categoria, Segmento do Mercado e Índices**											
	Médico			Dentista			Enfermeiro			Pess. Enferm		
	Mercado	PSF	Índice	Mercado	PSF	Índice	Mercado	PSF	Índice	Mercado	PSF	Índice
N	2.391	4.460	187	2.628	2.145	82	1.234	1.883	153	336	416	124
NE	2.070	3.966	192	1.033	1.678	162	927	1.792	193	271	359	132
SE	2.954	4.120	139	2.000	1.813	91	1.489	1.778	119	453	426	94
S	2.867	3.731	130	2.509	1.613	64	1.007	1.363	135	394	437	111
CO	2.559	4.592	179	3.360	1.856	55	1.227	1.999	163	313	411	131
Brasil	2.824	4.980	176	2.134	1.756	82	1.308	1.743	133	413	402	98

Fonte: para os salários de mercado, CAGED – MTE; para o salário do PSF, a pesquisa telefônica.

*salários de admitidos em regime CLT com carga horária de 31 a 40 horas semanais

**Índice = salário PSF/salário do mercado, considerando salários de mercado como base = 100

O PSF paga aos médicos e enfermeiros salários maiores que os do 'mercado', em todas as regiões do país (76% em média a mais para médicos e 33% a mais para enfermeiros). Com relação aos dentistas, observa-se que o PSF remunera menos que o segmento celetista do mercado para todas as regiões, com exceção do Nordeste.

Gratificação e Incentivos

A prática da adoção de esquemas de gratificação monetária revela-se menos freqüente que a da adoção de esquemas de compensação indireta (incentivos) nos municípios pesquisados. Nesse caso, as informações obtidas na pesquisa aplicam-se apenas à categoria dos médicos. Em média, apenas 15% dos municípios afirmam adotar esquemas de gratificação de médicos. A proporção de municípios que adotam esse tipo de prática aumenta em razão direta do aumento do porte dos municípios, alcançando mais de 1/4 dos municípios com mais de 100 mil habitantes. Na região Norte, 41% dos municípios referem seu uso, contra 9% dos municípios da região Sudeste. Nas demais regiões, a adoção de esquemas de gratificação monetária de médicos é feita entre 13 e 14% dos municípios.

Por sua vez, perto de 40% dos municípios brasileiros pesquisados adotam esquemas de incentivos para os médicos. Na Região Nordeste, 59%

dos municípios adotam tais esquemas, contra 22% dos municípios da Região Sul. Os esquemas mais adotados referem-se à tríade de auxílios transporte, alimentação e residência.

Estratégias Utilizadas para Fixação de Médicos no PSF

A Tabela 16 apresenta uma listagem de estratégias referidas pelos gestores para fixação de médicos no PSF. Cerca de 47% dos gestores afirmam não adotar nenhuma estratégia específica para fixar o médico. Os salários praticados, como fator isolado, foram citados em cerca de 24% dos casos.

TABELA 16 – DISTRIBUIÇÃO DO NÚMERO E PERCENTUAL DE MUNICÍPIOS SEGUNDO TIPO DE ESTRATÉGIA ADOTADA PARA FIXAÇÃO DO MÉDICO NO PSF

Tipo de Estratégia	Número de Municípios	
	N	%
Nenhum	326	46,8
Salário	164	23,6
Benefícios marginais	44	6,3
Boas condições de trabalho	30	4,3
Incentivo monetário	17	2,4
Outras oportunidades de trabalho	16	2,3
Salário e boas condições de trabalho	15	2,2
Oferecer capacitação	15	2,2
Salário e benefícios marginais	13	1,9
Salário e outras oportunidades de trabalho	10	1,4
Outras	7	1,0
Qualidades do município	4	0,6
Promessa de estabilidade	3	0,4
Liberdade no trabalho	3	0,4
Incentivos monetários/benefícios marginais	3	0,4
Sem informação	26	3,7
Total	696	100,0

Fonte: Pesquisa Telefônica EPSM/NESCON/UFMG.

RAZÕES, VANTAGENS E DESVANTAGENS ATRIBUÍDAS ÀS FORMAS DE CONTRATAÇÃO DO PSF

Conforme já foi visto, mais de $\frac{3}{4}$ dos municípios referem adotar formas de vínculos distintas do Regime Jurídico Único e do regime CLT, para contratação de trabalho e serviços profissionais para o PSF. A adoção de formas de contratação flexíveis (precárias, dependendo da ocupação e do tipo de contrato, bases salariais etc.) é mais utilizada nas regiões Centro Oeste (88%), Norte (88%) e Nordeste (85%). A proporção da utilização de contratos flexíveis é menor no Sul e no Sudeste, mesmo assim alcançando 63% e 67% dos municípios dessas regiões, respectivamente (Tabela 17).

TABELA 17 – NÚMERO DE MUNICÍPIOS SEGUNDO RESPOSTA À QUESTÃO: “PARA O PSF SÃO ADOTADAS FORMAS DE CONTRATAÇÃO DIFERENTES DO REGIME CLT OU DO REGIME JURÍDICO ÚNICO (ESTATUTÁRIO)?” SEGUNDO REGIÃO NATURAL. BRASIL, DEZEMBRO DE 2001

Região natural	Número de municípios por Adoção de formas de contratação precárias pelo PSF							
	Sim		Não		Não sabe		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
CO	67	88,2	9	11,8	0	0,0	76	100,0
N	49	87,5	7	12,5	0	0,0	56	100,0
NE	204	85,4	32	13,4	3	1,3	239	100,0
S	75	62,5	44	36,7	1	0,8	120	100,0
SE	138	67,3	66	32,2	1	0,5	205	100,0
TOTAL	533	76,6	158	22,7	5	0,7	696	100,0

Fonte: Pesquisa Telefônica EPSM/NESCON/UFMG.

Para o conjunto do país, a metade dos municípios que pratica formas de contratação flexíveis ou precárias para o PSF também a pratica para contratação de trabalho e serviços profissionais em outros setores da prefeitura, além do setor saúde. São os municípios da região Norte que mais referem o

uso geral de contratação flexível nas prefeituras (cerca de 80%), enquanto no Sul apenas 33% dos municípios referem contratos flexíveis em outros programas da prefeitura.

A 'flexibilização' é o primeiro motivo citado entre os municípios para a adoção de formas 'precárias' de contratação de profissionais (58% das citações). Logo em seguida, as restrições impostas pela Lei de Responsabilidade Fiscal são apontadas por 54% dos entrevistados. Menores custos e problemas de instabilidade no financiamento do PSF são citados por 37% e 35% dos municípios, respectivamente (Tabela 18 e 19).

TABELA 18 – NÚMERO DE MUNICÍPIOS POR FAIXA DE POPULAÇÃO, SEGUNDO RAZÃO ATRIBUÍDA PARA UTILIZAÇÃO DE FORMAS "PRECÁRIAS" DE CONTRATAÇÃO DE PROFISSIONAIS PELO PSF. BRASIL. DEZEMBRO DE 2001

Razões Atribuídas	Número de municípios segundo razão atribuída para utilização de formas "precárias" de contratação de profissionais pelo PSF													
	Até 10 mil N = 244		De 10 a 20 mil N = 138		De 20 a 50 mil N = 94		De 50 a 100 mil N = 34		De 100 a 500 mil N = 20		Mais de 500 mil N = 03		Brasil N = 533	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Instabilidade no Financiamento	85	34,8	51	37,0	30	31,9	12	35,3	6	30,0	0	0,0	184	34,5
Flexibilização	149	61,1	76	55,1	59	62,8	13	38,2	9	45,0	2	66,7	308	57,8
Lei Responsab. Fiscal	131	53,7	77	55,8	49	52,1	19	55,9	9	45,0	2	66,7	287	53,8
Menor Custo	99	40,6	45	32,6	35	37,2	9	26,5	6	30,0	2	66,7	196	36,8

Fonte: Pesquisa Telefônica EPSM/NESCON/UFMG.

TABELA 19 – NÚMERO DE MUNICÍPIOS POR REGIÃO NATURAL, SEGUNDO RAZÃO ATRIBUÍDA PARA UTILIZAÇÃO DE FORMAS “PRECÁRIAS” DE CONTRATAÇÃO DE PROFISSIONAIS PELO PSF. BRASIL, DEZEMBRO DE 2001

Razões atribuídas	Número de municípios segundo razão atribuída para utilização de formas “precárias” de contratação de profissionais pelo PSF											
	CO N = 67		N N = 49		NE N = 204		S N = 75		SE N = 138		Brasil N = 533	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Instabilidade no Financiamento	19	28,4	13	26,5	74	36,3	31	41,3	47	34,1	184	34,5
Flexibilização	42	62,7	28	57,1	109	53,4	41	54,7	88	63,8	308	57,8
Lei de Responsabilidade Fiscal	38	56,7	25	51,0	112	54,9	38	50,7	74	53,6	287	53,8
Menor Custo	29	43,3	16	32,7	66	32,4	33	44,0	52	37,7	196	36,8

Fonte: Pesquisa Telefônica EPSM/NESCON/UFMG

As Tabelas 20 e 21 referem-se às vantagens e problemas atribuídos pelos gestores para a utilização de formas de contratação flexíveis no PSF. Em 36% dos municípios que contratam fora do Regime Jurídico Único e do regime CLT, os gestores afirmam não perceberem nenhuma vantagem para a contratação flexível e 31% não reconhecem nela nenhum problema.

TABELA 20 – NÚMERO DE MUNICÍPIOS POR FAIXA DE POPULAÇÃO, SEGUNDO VANTAGENS ATRIBUÍDAS PELO GESTORES PARA UTILIZAÇÃO DE FORMAS DE CONTRATAÇÃO PRECÁRIAS. BRASIL, DEZEMBRO DE 2001

Vantagens	Municípios	
	n	%
Nenhuma	191	35,8
Flexibilidade	101	18,9
Flexibilidade para admitir e contratar	97	18,2
Flexibilidade gerencial - maior controle sobre normas de produção e qualidade	32	6,0
Diminuição de custos/encargos	20	3,8
Salário	17	3,2
Agilidade/ facilidade/ menor restrição para contratação	14	2,6
Flexibilidade e diminuição de custos/encargos	6	1,1
Lei de responsabilidade fiscal	3	0,6
Ausência de descontos e maior salário líquido	2	0,4
Flexibilidade gerencial - mobilidade interna	1	0,2
Sem informação	49	9,2
Total	533	100,0

Fonte: Pesquisa Telefônica EPSM/NESCON/UFMG.

A 'flexibilidade', nas suas diversas formas (numérica, interna, gerencial etc.) é citada como principal vantagem pela metade dos gestores entrevistados. Em contrapartida, a 'instabilidade e a desproteção do trabalho' é vista como principal problema por 48% dos gestores.

TABELA 21 – NÚMERO DE MUNICÍPIOS POR FAIXA DE POPULAÇÃO, SEGUNDO PROBLEMAS ATRIBUÍDOS PELO GESTORES PARA UTILIZAÇÃO DE FORMAS DE CONTRATAÇÃO PRECÁRIAS. BRASIL, DEZEMBRO DE 2001.

Problemas	Municípios	
	nº	%
Instabilidade/Desproteção do trabalho	254	47,7
Nenhum problema	167	31,3
Rotatividade	23	4,3
Descontinuidade do Serviço (problemas de renovação de contrato, perda de pessoal treinado)	20	3,8
Problemas legais	16	3,0
Desmotivação dos profissionais	5	0,9
Ingerência política	4	0,8
Sem informação	44	8,3
TOTAL	533	100,0

Fonte: Pesquisa Telefônica EPSM/NESCON/UFMG.

CONCLUSÕES

Por suas dimensões e pelas características peculiares do emprego por ele gerado, o PSF pode ser incluído no rol das políticas governamentais com grande potencial de impacto sobre os mercados de trabalho das principais profissões do setor saúde.

Os aproximadamente 200 mil postos de trabalho gerados direta ou indiretamente pelo programa representam mais de 20% do emprego público de saúde. Para algumas profissões, como a do enfermeiro, o programa representa uma via significativa de acesso aos mercados de trabalho, não somente em termos quantitativos, mas também pelo lugar que a profissão ocupa no programa. Conforme se viu, cerca de 70% dos cargos de coordenação do PSF nos municípios são ocupados por enfermeiros. Para os agentes comunitários de saúde, o programa pode ser tido, mais que como via de acesso ao mercado, como a via preferencial de reconhecimento de sua utilidade social.

Uma questão que se coloca, no entanto, diz respeito à qualidade dos postos de trabalho criados pelo programa. Os altos níveis de fragilidade dos vínculos de trabalho do PSF - quase 2/3 dos empregos gerados não se revestem dos graus de formalização e institucionalidade de relações de trabalho típicas do setor público e do mercado de trabalho privado formal – desconsideram não apenas direitos trabalhistas consagrados como ameaçam a própria continuidade da prestação de serviços de qualidade.

Do ponto de vista regional, os contratos temporários e de prestação autônoma de serviços têm maiores índices de prevalência nos municípios das regiões Nordeste, Norte e Centro-Oeste. A contratação direta de profissionais em regime celetista pelas prefeituras é mais referida pelos municípios do Sul e, em menor escala, do Sudeste, onde também se destaca a maior utilização do regime estatutário.

Uma outra conclusão que parece se impor diz respeito à existência de variações regionais com relação à utilização de agentes terceiros para contratação de pessoal para o PSF. Os municípios da região sul e sudeste revelaram utilizar mais intensamente agentes terceiros para contratação de pessoal que os das demais regiões, nos quais prevalece amplamente a contratação direta dos profissionais pelo poder público municipal.

A Prefeitura contrata diretamente os profissionais do PSF na maior parte das vezes, sendo responsável direta pela contratação dos médicos em 83% dos municípios; pela contratação dos enfermeiros, auxiliares de enfermagem e dentistas, respectivamente em 85%, 86% e 89% dos municípios, tendo menor participação na contratação direta dos ACS, aparecendo como responsável direta, nesse caso, em 74% dos municípios. Os menores índices de participação das prefeituras estão nos municípios da região Sul e, em seguida, no Sudeste.

As prefeituras utilizam outros agentes institucionais para execução das atividades do programa numa proporção que varia de 10% (dentistas) a 26% (ACS). Para a contratação dos ACS, é mais freqüente a presença de outros agentes públicos (secretarias de estado e fundações públicas principalmente), em 8,2% dos casos, enquanto as entidades do terceiro setor (ONG's, associações comunitárias, sindicais e profissionais, Organizações sociais, OSCIP's e consórcios municipais) respondem por cerca de 9%. Estas últimas são responsáveis pela contratação de médicos em 6% e de enfermeiros e

auxiliar de enfermagem em 5% dos casos. As instituições não lucrativas filantrópicas respondem por cerca de 4 e 5% dos agentes contratantes dos profissionais para o PSF, exceto dos dentistas (1,6% apenas). As cooperativas somam 3,4% dos agentes contratantes de médicos e enfermeiros e 3,2% dos de ACS.

Observou-se nos municípios do Nordeste uma maior presença de cooperativas, que respondem por cerca de 4% das contratações de médicos, enfermeiros e dentistas. Já no Sudeste e, mais ainda, nos municípios do Sul do país, além da presença das cooperativas variando de 3% a 9% das contratações, o expediente de contratação de organizações do terceiro setor e instituições filantrópicas revela-se mais importante, em torno de 10 a 20%, dependendo da categoria profissional.

Relativamente aos salários, o PSF paga a médicos e enfermeiros salários maiores que os do 'mercado' em todas as regiões do país (76% em média a mais para médicos e 33% a mais para enfermeiros). Com relação aos dentistas, observa-se que o programa remunera menos que o segmento celetista do mercado de trabalho, para todas as regiões, com exceção do Nordeste. O menor valor salarial encontrado para médicos foi de 1 mil reais e o maior de 9 mil reais; para os enfermeiros os valores variaram entre 550 reais e 3,5 mil reais; para dentistas, de 600 reais a 4,6 mil reais. Para os auxiliares e agentes comunitários, o menor valor encontrado correspondeu a 1 salário mínimo e os valores máximos foram, respectivamente, de 2,4 mil reais e 900 reais.

A adoção de formas de contratação flexíveis (precárias, dependendo da ocupação e do tipo de contrato, bases salariais etc.) é mais utilizada nas regiões

Centro-Oeste (88,2%), Norte (87,5%) e Nordeste (85,4%). Embora menor no Sul e Sudeste, a proporção de utilização de contratos flexíveis alcança níveis bastante significativos também nessas regiões, respectivamente 62,5% e 67,3%. As razões mais citadas pelos municípios pesquisados, para o uso dessas formas "precárias" de contratação, são a flexibilização (57,8%), a Lei de Responsabilidade fiscal (53,8%), os menores custos (36,8%) e problemas de instabilidade no financiamento do PSF (34,5%).

Os gestores, em 36% dos casos, afirmam que não percebem nenhuma vantagem para a contratação flexível e em 31% não reconhecem nenhum

problema. No entanto, a 'flexibilidade', de maneira geral, é citada como principal vantagem pela metade dos gestores entrevistados. Em contrapartida, a instabilidade e desproteção do trabalho é vista como principal problema por 48% dos gestores.

BIBLIOGRAFIA

MACHADO, M. H., VIEIRA, A. L. S., et al. *O Perfil dos Médicos e Enfermeiros no Programa de Saúde da Família no Brasil e Grandes Regiões*. 2000, v.1. p.80

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO. *Registros Administrativos: Cadastro Geral de Empregados e Desempregados – Lei n.º 4923/65*. Brasília, 1986 – 2001.

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO. *Registros Administrativos: Relação Anual de Informações Sociais*. Brasília, 1986 – 2001.

SOUZA, H. M. "Reforma da Reforma". In: *Revista Brasileira de Saúde da Família*, Ano II, no. 4, jan de 2002, Ministério da Saúde, p. 2-3.

FORMAS INSTITUCIONAIS DE TERCEIRIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE NA REDE HOSPITALAR FILANTRÓPICA*

Sábado Nicolau Girardi, Mariângela Leal Cherchiglia &

Jackson Freire Araújo

INTRODUÇÃO

No Brasil, os estabelecimentos mantidos por instituições *sem fins lucrativos* detêm historicamente um papel proeminente no campo da saúde, especialmente na assistência hospitalar. Nos dias atuais, esse segmento se responsabiliza por cerca de 1/3 da capacidade instalada para atendimento hospitalar da população, além de representar um dos mais importantes agentes empregadores no mercado de trabalho e de serviços da saúde. Cerca de 60% do emprego assalariado em atividades de atendimento hospitalar privadas se localizam nessas instituições. Além disso, a amplitude da propagação geográfica da rede de hospitais não lucrativos e o fato de serem muitas vezes os únicos equipamentos hospitalares presentes nos municípios de menor porte, os credencia a cumprirem um papel de relevo nas políticas de universalização do acesso aos serviços de saúde. Apenas para tomar um exemplo, 614 municípios com até 20 mil habitantes só contam com hospitais 'filantrópicos' para atendimento hospitalar de suas populações. Costuma-se dizer dessas instituições que elas chegam até onde o serviço público não está e onde não existe qualquer oportunidade para o mercado explorar. Não seria afinal, por mero acaso, que a Constituição Federal atribuiu a essas entidades o *status* de parceiros preferenciais na construção do Sistema Único de Saúde.

* Este texto foi desenvolvido a partir do componente IV da Pesquisa "Estudo sobre formas institucionais de terceirização de serviços de saúde e regulação de contratos na rede hospitalar filantrópica", patrocinado pelo Ministério da Saúde/programa REFORSUS e CNPq, desenvolvido em 2001, sob a coordenação institucional da Secretaria de Gestão de Investimentos do MS. A pesquisa foi coordenada por Sábado Nicolau Girardi e Maria Elizabeth Barros (IPEA). Participaram como pesquisadores nas distintas fases e componentes do projeto Cristiana Leite Carvalho (PUC-Minas), Eduardo da Motta e Albuquerque (CEDEPLAR/UFMG), Jeni Vaitzman (ENSP/FIOCRUZ), João Batista Girardi Jr. (NESCON/UFMG), José Ângelo Machado (NESCON/UFMG), Lígia Giovanelli (ENSP/FIOCRUZ) e Mariângela Leal Cherchiglia (DMPS/UFMG).

Num certo sentido, a oposição público-privado, que presidiu as políticas governamentais, e os debates no campo político e ideológico sobre a saúde ao longo das décadas dos setenta, oitenta e mesmo ainda nos anos 90 (Landin, 1993), apesar de que bastante atenuada ao longo dos últimos anos, ainda necessita de ser superada em uma série de aspectos. Pode-se dizer que a construção de termos que especifiquem um processo cooperativo mais efetivo e permanente entre as instituições não governamentais sem fins lucrativos e a gestão pública da saúde constitui-se, ainda, em um desafio para o campo sanitário.

Para alguns setores do governo, é exatamente o fato de essas instituições encontrarem-se numa zona fronteira entre o público e o privado que lhes propicia a vantagem ímpar de poderem, ao mesmo tempo, somar a eficiência e a flexibilidade que se atribui ao mercado – depurada do problema da exclusão dos que podem menos ou dos que não podem pagar pelo serviço (pois que elas não são mercado) – e realizar os objetivos de equidade e justiça sociais das entidades públicas, sem os vícios da ineficiência, do desperdício e da rigidez, atribuídos às burocracias públicas (pois que elas não são governo). Para que tais objetivos se viabilizem, contudo, seria necessário que tais instituições fossem mais permeadas de razão pública. Aliás, foi esse o sentido das proposições de algumas reformas institucionais, presentes nos projetos de reforma do Estado da década de 1990, a exemplo do modelo das organizações sociais (OS) que visava “absorver atividades **publicizáveis** mediante qualificação específica da lei” (Paes, 2001: 80), e do modelo das Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (Oscip).¹

Essa, no entanto, não é uma opinião consensual. Existem setores do governo que ainda vêem o campo filantrópico – apesar de exceções que apenas confirmariam a regra – como um mero “artifício para denominar a coisa privada” (Ribeiro, 1992, cf. Landin); uma espécie de artimanha para usufruir as vantagens tributárias e fiscais, dadas por sua peculiar estrutura de propriedade e finalidade social (impedimento de distribuir lucros e dividendos, restrições severas de alienação e transferências patrimoniais, utilidade pública), e, ao mesmo tempo, acobertar, em seu interior, negócios lucrativos

¹ As OS - organizações sociais, consistem em um modelo de organização pública não estatal criado dentro da reforma administrativa e regulamentado pela Lei no. 9.637 de 1997; as Oscip - organizações da sociedade civil de interesse público foram instituídas pela Lei no. 9.790 de março de 1999.

vinculados a grupos, promovendo dessa forma a privatização de fundos públicos e comprometendo o discurso universalista e igualitário do SUS.

Existem numerosas evidências, não somente no Brasil como também no plano internacional, acerca de que as distinções, outrora muito evidentes entre hospitais filantrópicos **sem fins lucrativos** e hospitais **com fins lucrativos**, vêm se erodindo de forma bastante rápida (Starr, 1982; Kuttner, 1998; Potter, 2000). O serviço desinteressado que prestariam às comunidades não seria uma regra de equação espontânea. A introdução de formas empresariais de gerenciamento, a vinculação a planos e seguros privados de saúde e a incorporação de esquemas de auto-financiamento (planos próprios), assim como o fato de elas estarem submetidas às mesmas pressões de redução de custos e regras gerais de pagamento de serviços prestados, parecem funcionar como um estímulo para que essas instituições, por mecanismo de isomorfismo, mimetizem o comportamento das empresas particulares lucrativas, promovendo discriminação e seleção adversa de usuários. Em contextos de competição por receitas, a pressão eficientista pode levar o setor filantrópico a abandonar a qualidade do cuidado e a prestação economicamente desinteressada de serviços à comunidade, conforme expressam os autores citados.

A questão, no entanto, não tem equação simples. No Brasil, a heterogeneidade estrutural do campo filantrópico – seja do ponto de vista de seus mantenedores e vinculação de origem (Santas Casas de Misericórdia, ordens terceiras, associações beneficentes de cunho social e auxílio mútuo, sindicatos, fundações privadas etc.), seja do ponto de vista de suas estruturas gerenciais e mecanismos de captação de receitas operacionais (filantrópicas “empresariais”, operadoras de planos de saúde próprios, com receitas exclusivas do SUS, doações e órgãos públicos etc.), seja do ponto de vista do tipo de vínculos com a corporação médica – entre outros fatores – aconselha a necessidade da qualificação dos debates em torno ao seu financiamento público e à sua participação na implementação das políticas públicas de saúde, identificando-se os distintos tipos existentes.

Este estudo é subproduto de um projeto de investigação mais ampla², que pretendeu uma primeira aproximação no sentido de subsidiar essa qua-

² Projeto “Estudo sobre formas institucionais de terceirização de serviços de saúde e regulação de contratos na rede hospitalar filantrópica”, patrocinado pelo Ministério da Saúde/programa REFORSUS e CNPq, desenvolvido em 2001, sob a coordenação institucional da Secretaria de Gestão de Investimentos do MS.

lificação do debate tomando inicialmente, por questão de análise, o problema da terceirização da oferta de serviços de saúde na rede hospitalar filantrópica. No contexto da implementação do “Programa de Reestruturação Financeira e Modernização Gerencial das Santas Casas e Hospitais Filantrópicos vinculados ao SUS”, do governo federal, e diante das evidências de um forte componente da dívida dos hospitais filantrópicos com agentes terceiros (grupos médicos contratados, entre outros), bem como da importância numérica desses contratos, pretendia-se avaliar as dimensões, escopo e motivos da terceirização e seu impacto no comportamento do segmento filantrópico e nas políticas de universalização e equidade de acesso.

O presente trabalho analisa, primeiramente, o perfil e as taxas de oferta de especialidades médicas, profissões de saúde e serviços tecnológicos de complementação diagnóstica e terapêutica nos distintos segmentos da rede hospitalar filantrópica; e, em seguida, a propensão dos hospitais da rede filantrópica de “integração vertical” desses serviços ou de contratação, relacionando, nesse caso, as formas institucionais de contratação de serviços profissionais e tecnológicos praticadas pelos distintos tipos de hospitais filantrópicos. Adicionalmente, buscou-se caracterizar a rede filantrópica no que se refere a fontes de receitas operacionais, prestação de serviços a terceiros, existência de planos de saúde do próprio estabelecimento e vinculação ao sistema de ensino e pesquisa. A conclusão reporta os principais achados do estudo, trazendo para consideração algumas recomendações relativas à política para o setor e uma agenda de investigações que permitam uma melhor qualificação da questão **entidades não governamentais sem fins lucrativos**, na construção do SUS.

METODOLOGIA

O estudo quantitativo constituiu-se num survey realizado por meio de Entrevistas Telefônicas Assistidas por Computador (ETAC) a gerentes e administradores hospitalares, em uma amostra de estabelecimentos da rede hospitalar filantrópica no Brasil.

Para construir a moldura da amostragem foram cruzados o Cadastro de Hospitais do DATASUS/MS e o Cadastro de Estabelecimentos Empregadores (CEE)³ do Sistema RAIS/CAGED do Ministério do Trabalho e do Em-

prego/MTE. Do cadastro do SUS foram selecionados 1744 hospitais de natureza filantrópica categorizados das seguintes maneiras: hospital filantrópico (388); hospital filantrópico isento de imposto de renda e contribuição sobre o lucro líquido (172); hospital filantrópico isento de tributos e contribuições sociais (1184).

Para confecção da amostra adotou-se um intervalo de confiança de 90% e 5% de margem de erro, estratificada por região geográfica e porte do estabelecimento (número de leitos ativos) chegando-se a 630 estabelecimentos, ou seja, 36,2% dos hospitais filantrópicos constantes da base de dados do SUS, distribuídos segundo o Quadro 1:

Após sorteio dos estabelecimentos foi confeccionado *mailing* para pesquisa telefônica. Os dados não encontrados no Cadastro, como é o caso da imensa maioria dos números telefônicos, foram coletados de forma complementar através do serviço de busca telefônica disponibilizado via Internet ou via serviço da própria operadora telefônica regional. Dados incompletos, incorretos e informações faltantes foram adicionadas ao Cadastro original.

As perguntas foram dirigidas aos gestores dos estabelecimentos (diretores, provedores e administradores dos hospitais) ou, alternativamente, a um informante por ele indicado. As questões do formulário foram estruturadas em meio digital para coleta e processamento dos dados. A grande maioria das questões foi estruturada na forma de questionário fechado. Foram abertas, entretanto, janelas para questões específicas e explicativas para situações não totalmente previstas no modelo de formulário.

Para operação da pesquisa foram utilizadas 6 (seis) posições de telepesquisa ocupadas por 12 (doze) operadores e um servidor de rede operado pelos supervisores da pesquisa. Aos supervisores foi assinada a tarefa da revisão e validação dos questionários realizados. A validação dos questionários foi efetuada a uma razão de 20% das pesquisas aplicadas, selecionados aleatoriamente.

³ O CEE/MTE contém informações cadastrais sobre todos os estabelecimentos do país que mantiveram contato com os programas sociais do Ministério do Trabalho e Emprego (RAIS, CGC, CEI, CAGED, Seguro-Desemprego). Recortou-se o segmento da base correspondente aos estabelecimentos com atividade de atendimento hospitalar (código 85.111 da Classificação Nacional de Atividade Econômica de 1995 - Atividades e Atendimento Hospitalar), agregando-se as categorias de natureza jurídica Fundação Privada, Associação e Outra organização sem fins lucrativos. Entre outras, constam desse cadastro, que é atualizado mensalmente, as seguintes informações: nome e razão social do estabelecimento; natureza jurídica; endereço completo etc.

QUADRO 1 – DISTRIBUIÇÃO DOS ESTABELECIMENTOS QUE COMPÕEM A AMOSTRA PESQUISADA POR REGIÃO NATURAL SEGUNDO O PORTE DOS HOSPITAIS EM LEITOS

Região Natural	Porte dos Hospitais em Leitos	Universo	Amostra
CENTRO OESTE	1- Até 50	43	16
	2- De 51 a 100	24	9
	3- De 101 a 200	14	6
	4- De 201 a 500	8	3
	Total	89	34
NORDESTE	1- Até 50	202	72
	2- De 51 a 100	94	35
	3- De 101 a 200	47	18
	4- De 201 a 500	23	9
	5- Acima de 500	1	1
	Total	367	135
NORTE	1- Até 50	9	4
	2- De 51 a 100	22	9
	3- De 101 a 200	7	3
	4- De 201 a 500	4	2
	Total	42	18
SUDESTE	1- Até 50	283	97
	2- De 51 a 100	271	93
	3- De 101 a 200	179	64
	4- De 201 a 500	79	30
	5- Acima de 500	12	5
	Total	824	289
SUL	1- Até 50	188	67
	2- De 51 a 100	140	51
	3- De 101 a 200	72	27
	4- De 201 a 500	20	8
	5- Acima de 500	2	1
	Total	422	154
BRASIL	TOTAL	1744	630

Variáveis Pesquisadas

Para uma caracterização mais geral, a pesquisa buscou conhecer entre outras questões, os seguintes aspectos que permitem a caracterização geral do estabelecimento:

- natureza da entidade mantenedora;
- localização geográfica;
- especialidade do estabelecimento;
- número de leitos;
- número de empregados,
- posse de certificado de filantropia;
- prestação de serviços ao SUS;
- prestação de serviços para plano de saúde próprio do estabelecimento;
- prestação de serviços para convênios, planos e seguros de saúde terceiros;
- principais fontes de receitas
- existência de vínculos com instituições do sistema de ensino e pesquisa.

O cruzamento de variáveis relativamente às fontes de receitas e prestação de serviços aos diversos segmentos permitiu a identificação de três segmentos da rede hospitalar filantrópica: o segmento que atende exclusivamente ao SUS; o segmento que possui planos de saúde próprios; o segmento que atende convênios e planos terceiros. Somente o primeiro constituiu-se de forma exclusiva.

Os dados relacionados à oferta, formas de contratação e propriedade dos serviços constituem o 'core' da pesquisa. Esses dados relacionam o leque de oferta de determinados tipos de serviços no estabelecimento às modalidades em que são contratados. Investigou-se a oferta dos seguintes tipos de serviços: (i) serviços de profissionais médicos segundo 19 especialidades selecionadas; (ii) serviços de outros profissionais de saúde segundo profissão – 11 profissões; (iii) 5 (cinco) tipos de serviços de apoio terapêutico; (iv) 11 (onze) tipos de serviços de apoio diagnóstico, selecionados pela combinação

de critérios de essencialidade e complexidade. Basicamente, o que se buscou conhecer com relação aos serviços de especialidades médicas e profissionais de saúde ofertados na rede filantrópica, foi a forma institucional de 'contratação' do serviço pelo hospital, ou seja, (i) se o hospital contratava os profissionais por meio de relação salarial – CLT, Estatutário e Contrato Temporário; (ii) se obtinha o serviço de indivíduos autônomos (pessoas físicas) remunerados *pro labore* pelo próprio hospital ou via SUS pelos mecanismos conhecidos como Código 7 e Código 4; (iii) se para oferecer o serviço o hospital contratava pessoas jurídicas, a exemplo de grupos e empresas de médicos e profissionais organizados como sociedades de quotas por responsabilidade limitada, sociedades civis com fins lucrativos de profissões regulamentadas; de cooperativas e outras formas empresariais.

Com relação à contratação de SADT buscou-se investigar, ademais, se os equipamentos e serviços eram de propriedade do estabelecimento ou de terceiros juridicamente autônomos ou constituídos como pessoa jurídica, e nesse caso, o 'tipo' de pessoa jurídica (agregados como empresa e cooperativa). Ainda com relação aos SADT, investigou-se se o serviço era prestado dentro ou fora do hospital e se a operação dos equipamentos e serviços era feita com pessoal próprio ou pessoal contratado ou terceirizado.

A pesquisa telefônica alcançou uma taxa de pesquisa completa de 84,1% (530 hospitais) para o conjunto dos hospitais da amostra. Recusaram-se a responder à pesquisa ou solicitaram que o questionário fosse enviado por fax 9,4% dos hospitais da amostra. Não foi possível contactar 5,6% dos hospitais e em 6 casos o hospital informou não possuir natureza filantrópica.

Brady & Orren (1992: 64) relatam taxas de recusa da ordem de 28 a 35% para um conjunto de pesquisas telefônicas realizadas nos Estados Unidos e de 15 a 38% em *surveys* telefônicos em estabelecimentos comerciais no Canadá. As taxas de pesquisa completa nesses estudos variaram de 30 a 52% nos Estados Unidos e de 57 a 60% no Canadá.⁴ Entre nós, estudos anteriores realizados junto a hospitais pela Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado do NESCON-UFMG, revelaram taxas de resposta completa girando em torno dos 70% a 90%, dependendo da região e porte do estabelecimento.

⁴ BRADY, H. E. & ORREN, G. R. (1992).

RESULTADOS

Oferta e Formas Institucionais de Contratação de Serviços de Saúde na Rede Hospitalar Filantrópica

A escassez de estudos abrangentes do fenômeno da terceirização no setor saúde no Brasil é um fator que dificulta uma discussão mais rigorosa dos resultados da pesquisa através de comparações pertinentes. Com exceção de alguns estudos realizados em amostras de hospitais no estado de São Paulo, publicados no Boletim de Indicadores do PROAHSA e do Estudo de Formas Institucionais de Terceirização de Serviços nos Hospitais da Região Sudeste realizado pela Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado do Observatório RH/NESCON/FM/UFMG em 1999,⁵ não existem dados quantitativos sistemáticos suficientemente abrangentes publicados sobre o tema para o setor saúde no Brasil (Cherchiglia, 1999).⁶ A discussão realizada a seguir apresenta, portanto, essa limitação.

Os resultados da pesquisa confirmam a hipótese mais geral aventada inicialmente de que a prática da terceirização da contratação de trabalho e de serviços nos hospitais não lucrativos brasileiros ultrapassa as áreas não finalísticas de apoio de serviços gerais de limpeza, vigilância, manutenção, alimentação etc., para atingir áreas (também não finalísticas) da administração/contabilidade e, inclusive, de forma importante, os serviços profissionais e técnicos de saúde. A pesquisa demonstrou que a prática da terceirização mostrou-se relevante, seja para a obtenção de serviços de especialistas médicos como anestesiológicos, ortopedistas e mesmo pediatras, cirurgiões e clínicos gerais, seja para a obtenção de serviços de apoio diagnóstico (como laboratório, radiologia etc.) ou terapêutico especializados (a exemplo da hemodiálise e da hemoterapia, entre outros).

Conforme os estudos publicados pelo PROAHSA para o estado de São Paulo, a prática da terceirização mostra-se mais freqüente em hospitais de grande porte – 49% da mão-de-obra dos grandes hospitais (com 151 a 300 leitos) eram terceirizados, contra 3% de terceirizados em hospitais de pequeno porte (até 50 leitos).⁷ Nossa pesquisa também apontou que os hospitais

⁵ GIRARDI, S. N.; CARVALHO, C. L. & GIRARDI Jr, J. B. (1999).

⁶ CHERCHIGLIA M.L. (1999).

⁷ CHERCHIGLIA, M. L. (1999).

de maior porte são os que mais contratam serviços de especialistas médicos, serviços de apoio diagnóstico e serviços de apoio terapêutico a terceiros.

Nesta seção, analisa-se, primeiramente, a oferta de serviços de saúde – especialidades médicas e outros profissionais de saúde e serviços de apoio diagnóstico e terapêutico (SADT) pelos hospitais filantrópicos e, num segundo momento, as formas institucionais de contratação desses profissionais e serviços. A análise foi desagregada abrangendo os segmentos de atendimento (hospitais que atendem exclusivamente ao SUS; que operam planos de saúde próprios da instituição e que atendem convênio com terceiros); o porte do estabelecimento e a região natural onde se localiza. Um dos objetivos deste tipo de análise é a identificação da existência de desigualdades na oferta de serviços profissionais e tecnológicos para os distintos segmentos de clientela de usuários das filantrópicas (segmentação de clientela) bem como a identificação de desigualdades inter-regionais.

Serviços de Especialidades Médicas e de Outras Profissões de Saúde

As taxas de oferta de especialidades médicas por segmentos de atendimento (hospitais que atendem exclusivamente ao SUS, que têm planos próprios e que atendem convênio com terceiros) são apresentadas na Tabela 1.

TABELA 1 – HOSPITAIS FILANTRÓPICOS QUE OFERECEM SERVIÇOS DE MÉDICOS ESPECIALISTAS POR SEGMENTO SEGUNDO ESPECIALIDADE. BRASIL, AGOSTO, 2001

Especialidades Médicas	Hospitais		SUS Exclusivo		Plano Próprio		Convênio com Terceiros	
	N = 530		N = 89		N = 56		N = 438	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Cardiologia	306	57,7	23	25,8	48	85,7	283	64,6
Cirurgia	448	84,5	53	59,6	55	98,2	394	90,0
Clinica Médica	514	97,0	86	96,6	55	98,2	426	97,3
Gastroenterologia	228	43,0	9	10,1	47	83,9	217	49,5
Ginecologia	442	83,4	59	66,3	55	98,2	381	87,0
Hematologia	130	24,5	6	6,7	27	48,2	124	28,3
Nefrologia	110	20,8	3	3,4	25	44,6	107	24,4
Neurologia	179	33,8	8	9,0	36	64,3	170	38,8
Obstetrícia	447	84,3	57	64,0	54	96,4	389	88,8
Oncologia	72	13,6	3	3,4	21	37,5	69	15,8
Ortopedia	310	58,5	21	23,6	49	87,5	287	65,5
Otorrinolaringologia	197	37,2	5	5,6	41	73,2	192	43,8
Pediatria	440	83,0	57	64,0	55	98,2	381	87,0
Psiquiatria	107	20,2	17	19,1	17	30,4	90	20,5
Urologia	201	37,9	5	5,6	41	73,2	195	44,5
Neurocirurgia	104	19,6	3	3,4	28	50,0	101	23,1
Anestesiologia	399	75,3	35	39,3	52	92,9	364	83,1
Medico de CTI	110	20,8	3	3,4	29	51,8	107	24,4
Plantonista	465	87,7	75	84,3	54	96,4	388	88,6

Fonte: Pesquisa telefônica "Formas de Contratação de Serviços de Saúde na Rede Hospitalar Filantrópica", EPSM/NESCON/UFMG.

Para o total dos hospitais pesquisados (530 estabelecimentos), os dados da Tabela 1 revelam que as clínicas básicas são as de oferta mais universal nos hospitais e que a maior taxa de oferta corresponde à clínica médica (97%), seguida pela cirurgia, obstetrícia, ginecologia e pediatria, todas com

índices ao redor de 84%. Chama atenção o fato de que 87,7% dos hospitais filantrópicos oferecem pronto atendimento (plantonistas), configurando-se como a única especialidade a quebrar a hegemonia das clínicas básicas. É interessante observar que cerca de 25% dos estabelecimentos não disponibilizam serviços de anestesia. Apenas 1/5 dos hospitais oferecem serviços de nefrologia, neurocirurgia e possuem médicos de CTI. O serviço menos ofertado é o de oncologia, apenas 13,6% informaram oferecer esse serviço.

Quando se analisa a oferta de especialidades médicas por segmento de atendimento (Tabela 1), nota-se uma polarização na abrangência da oferta de serviços. De um lado, encontram-se os estabelecimentos que atendem exclusivamente ao SUS com percentual de oferta, para todos os serviços – mesmo os das clínicas básicas – abaixo da média, e do outro, os hospitais que têm plano próprio com oferta de serviços de especialidades médicas acima da média dos estabelecimentos pesquisados. Os estabelecimentos que atendem convênios e seguros de terceiros ocupam a posição intermediária. O segmento que opera planos próprios apresenta maiores taxas de oferta de serviços de especialidades de maior complexidade como oncologia, otorrinolaringologia, urologia, hematologia, nefrologia, neurocirurgia e médicos de CTI. Os níveis de oferta desses serviços nesse segmento situam-se em patamares entre 12 a 15 vezes maiores do que o segmento dos hospitais sem fins lucrativos que atendem exclusivamente ao SUS. O dado é sugestivo de uma iniquidade de acesso aos serviços dessas especialidades pelas clientela atendidas nos distintos segmentos.

Com relação às demais profissões de saúde, a Tabela 2 revela que os maiores índices de oferta correspondem ao pessoal de enfermagem. Apenas 3,8% dos estabelecimentos não têm enfermeiros e 1,3% não contam com auxiliares de enfermagem. Em proporção semelhante à da oferta das especialidades médicas de maior frequência, 81,9% dos hospitais contratam farmacêuticos. A taxa de oferta de bioquímicos é de 76,6% e a de operadores de equipamento de 68,3%. Os serviços de fisioterapia estão presentes em 54% dos estabelecimentos (índice semelhante ao encontrado para médicos ortopedistas). As menores ofertas correspondem aos serviços de terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo e dentista com menos de 20% dos estabelecimentos oferecendo serviços desses profissionais.

A exemplo das especialidades médicas percebe-se a mesma polarização, ainda que não na mesma intensidade e com algumas peculiaridades, ao

analisar a distribuição de profissionais de saúde por segmento de atendimento. É interessante notar que os estabelecimentos que atendem exclusivamente ao SUS têm maior oferta de dentistas e a mesma de terapeutas ocupacionais do que os que têm plano próprio. Por outro lado, as taxas de oferta são duas vezes menores para psicólogos e operadores de equipamento, três vezes para fisioterapeutas e quatro vezes menores para fonoaudiólogos.

**TABELA 2 – HOSPITAIS FILANTRÓPICOS QUE OFERECEM SERVIÇOS DE OUTRAS
PROFISSÕES DE SAÚDE POR SEGMENTO SEGUNDO PROFISSÃO. BRASIL,
AGOSTO, 2001**

Outras Profissões de Saúde	Hospitais		SUS Exclusivo		Plano Próprio		Convênio com Terceiros	
	N = 530		N = 89		N = 56		N = 438	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Farmacêutico	434	81,9	61	68,5	51	91,1	372	84,9
Psicólogo	154	29,1	18	20,2	30	53,6	134	30,6
Fisioterapeuta	286	54,0	21	23,6	42	75,0	264	60,3
Fonoaudiólogo	85	16,0	7	7,9	20	35,7	78	17,8
Terapeuta	57	10,8	13	14,6	8	14,3	43	9,8
Enfermeiro	510	96,2	78	87,6	56	100,0	430	98,2
Aux de Enferm	523	98,7	88	98,9	56	100,0	433	98,9
Dentista	96	18,1	27	30,3	16	28,6	68	15,5
Op. de Equip	362	68,3	38	42,7	48	85,7	323	73,7
Bioquímico	406	76,6	56	62,9	48	85,7	349	79,7
Nutricionista	241	45,5	21	23,6	39	69,6	220	50,2

Fonte: Pesquisa telefônica "Formas de Contratação de Serviços de Saúde na Rede Hospitalar Filantrópica", EPSM/ NESCON /UFMG.

A Tabela 3 apresenta as taxas de oferta de especialidades médicas distribuídas por região. Pode-se dizer, de maneira geral, que existe um escalonamento da oferta de serviços na rede hospitalar filantrópica por região – Centro Oeste < Nordeste < Sul < Norte < Sudeste. Chama atenção que os maiores percentuais de oferta de serviços médicos estejam localizados nas Regiões Norte e Sudeste (9 maiores taxas de oferta de especialidades para

cada uma). Na Região Norte, destacam-se como especialidades de maior oferta pelos hospitais, a nefrologia, a otorrinolaringologia e médicos de CTI. Na Região Sudeste, as mais ofertadas são cardiologia, oncologia e pediatria. A Região Nordeste tem a maior oferta de serviços de obstetrícia e a clínica médica é oferecida por todos os estabelecimentos nas regiões Centro Oeste e Norte. Por outro lado, a região Norte não oferece nenhum serviço de oncologia e a Região Nordeste apresenta a mais baixa oferta de serviços de psiquiatria (6,5%). É importante destacar que não existe diferença significativa de porte dos estabelecimentos entre as regiões considerando-se o número de leitos, o que reforça a hipótese de desigualdades de acesso de caráter genuinamente regional.

TABELA 3 – HOSPITAIS FILANTRÓPICOS QUE OFERECEM SERVIÇOS DE MÉDICOS ESPECIALISTAS, POR REGIÃO NATURAL. BRASIL, AGOSTO, 2001

Especialidades Médicas	Centro Oeste N = 26		Nordeste N = 92		Norte N = 13		Sudeste N = 270		Sul N = 129	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Cardiologia	9	34,6	39	42,4	7	53,8	183	67,8	68	52,7
Cirurgia	20	76,9	76	82,6	13	100,0	227	84,1	112	86,8
Clínica Médica	26	100,0	85	92,4	13	100,0	264	97,8	126	97,7
Gastroenterologia	9	34,6	27	29,3	6	46,2	129	47,8	57	44,2
Ginecologia	18	69,2	74	80,4	11	84,6	234	86,7	105	81,4
Hematologia	6	23,1	19	20,7	3	23,1	70	25,9	32	24,8
Nefrologia	3	11,5	13	14,1	5	38,5	63	23,3	26	20,2
Neurologia	6	23,1	18	19,6	5	38,5	115	42,6	35	27,1
Obstetrícia	18	69,2	80	87,0	10	76,9	227	84,1	112	86,8
Oncologia	3	11,5	9	9,8	0	0,0	45	16,7	15	11,6
Ortopedia	13	50,0	31	33,7	8	61,5	193	71,5	65	50,4
Otorrinolaringologia	6	23,1	18	19,6	8	61,5	122	45,2	43	33,3
Pediatria	19	73,1	76	82,6	10	76,9	234	86,7	101	78,3
Psiquiatria	5	19,2	6	6,5	6	46,2	59	21,9	31	24,0
Urologia	8	30,8	19	20,7	5	38,5	121	44,8	48	37,2
Neurocirurgia	4	15,4	13	14,1	4	30,8	62	23,0	21	16,3
Anestesiologia	14	53,8	63	68,5	11	84,6	215	79,6	96	74,4
Médico de CTI	5	19,2	13	14,1	5	38,5	63	23,3	24	18,6
Plantonista	22	84,6	80	87,0	12	92,3	246	91,1	105	81,4

Fonte: Pesquisa telefônica "Formas de Contratação de Serviços de Saúde na Rede Hospitalar Filantrópica", EPSM/ Nescon /UFMG.

Quando analisamos a oferta dos outros profissionais de saúde por região, Tabela 4, observamos que o Nordeste tem a maior oferta de serviços de fisioterapia, terapia ocupacional e dentistas. No entanto, nessa região, cerca de 15% dos estabelecimentos não possuem enfermeiros. Enquanto isso, a Região Norte oferece serviços de enfermeiro em 100% dos seus estabelecimentos. É interessante observar que as Regiões Centro Oeste e Nordeste oferecem serviços de auxiliar de enfermagem em todos os seus estabelecimentos. O contrário acontece com os serviços de fonoaudiologia e terapia ocupacional, que não são ofertados por nenhum hospital da Região Norte.

TABELA 4 – HOSPITAIS FILANTRÓPICOS QUE OFERECEM SERVIÇOS DE OUTRAS PROFISSÕES DE SAÚDE, POR REGIÃO NATURAL. BRASIL, AGOSTO, 2001

Profissões de Saúde	Centro Oeste N = 26		Nordeste N = 92		Norte N = 13		Sudeste N = 270		Sul N = 129	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Farmacêutico	18	69,2	63	68,5	11	84,6	227	84,1	115	89,1
Psicólogo	11	42,3	19	20,7	6	46,2	79	29,3	39	30,2
Fisioterapeuta	16	61,5	33	35,9	7	53,8	160	59,3	70	54,3
Fonoaudiólogo	7	26,9	11	12,0	0	0,0	49	18,1	18	14,0
Terapeuta Ocup	7	26,9	7	7,6	0	0,0	30	11,1	13	10,1
Enfermeiro	22	84,6	86	93,5	13	100,0	264	97,8	125	96,9
Aux.de Enferm.	26	100,0	92	100,0	12	92,3	265	98,1	128	99,2
Dentista	11	42,3	29	31,5	2	15,4	44	16,3	10	7,8
Op. de Equip	16	61,5	51	55,4	12	92,3	201	74,4	82	63,6
Bioquímico	18	69,2	68	73,9	9	69,2	208	77,0	103	79,8
Nutricionista	8	30,8	35	38,0	8	61,5	117	43,3	73	56,6

Fonte: Pesquisa telefônica "Formas de Contratação de Serviços de Saúde na Rede Hospitalar Filantrópica", EPSM/ NESCON /UFMG.

Na Tabela 5, apresentamos a oferta de especialidades médicas segundo o porte do estabelecimento. Notamos que a oferta de serviços médicos cresce com o aumento do número de leitos hospitalares, com pequenas variações negativas entre os estabelecimentos de 100 a 200 para os de 200 a 500

leitos. Os estabelecimentos com até 20 leitos e os de 20 a 50 leitos têm ofertas semelhantes, disponibilizando, principalmente, serviços das clínicas básicas. Os serviços médicos mais especializados e com maior incorporação tecnológica são encontrados em maior abundância em hospitais de maior porte, com mais de 100 leitos.

TABELA 5 – HOSPITAIS FILANTRÓPICOS QUE OFERECEM SERVIÇOS DE MÉDICOS ESPECIALISTAS, POR PORTE DO ESTABELECIMENTO (LEITO). BRASIL, AGOSTO, 2001

Especialidades Médicas	Até 20 N = 26		De 20 a 50 N = 171		De 50 a 100 N = 178		De 100 a 200 N = 115		De 200 a 500 N = 37		Mais de 500 N = 3	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Cardiologia	7	26,9	54	31,6	113	63,5	99	86,1	31	83,8	2	66,7
Cirurgia	14	53,8	131	76,6	166	93,3	103	89,6	32	86,5	2	66,7
Clinica Médica	25	96,2	165	96,5	172	96,6	112	97,4	37	100,0	3	100,0
Gastroenterologia	4	15,4	36	21,1	72	40,4	87	75,7	27	73,0	2	66,7
Ginecologia	18	69,2	127	74,3	164	92,1	101	87,8	30	81,1	2	66,7
Hematologia	4	15,4	14	8,2	31	17,4	56	48,7	23	62,2	2	66,7
Nefrologia	1	3,8	8	4,7	19	10,7	58	50,4	22	59,5	2	66,7
Neurologia	3	11,5	19	11,1	45	25,3	80	69,6	29	78,4	3	100,0
Obstetrícia	20	76,9	138	80,7	162	91,0	96	83,5	29	78,4	2	66,7
Oncologia	2	7,7	4	2,3	10	5,6	33	28,7	22	59,5	1	33,3
Ortopedia	9	34,6	59	34,5	119	66,9	93	80,9	28	75,7	2	66,7
Otorrinolaringologia	4	15,4	24	14,0	58	32,6	81	70,4	28	75,7	2	66,7
Pediatria	18	69,2	125	73,1	161	90,4	103	89,6	31	83,8	2	66,7
Psiquiatria	4	15,4	16	9,4	31	17,4	34	29,6	20	54,1	2	66,7
Urologia	3	11,5	19	11,1	63	35,4	87	75,7	27	73,0	2	66,7
Neurologia	1	3,8	7	4,1	17	9,6	53	46,1	24	64,9	2	66,7
Anestesiologia	10	38,5	102	59,6	153	86,0	101	87,8	31	83,8	2	66,7
Medico de CTI	3	11,5	5	2,9	15	8,4	61	53,0	25	67,6	1	33,3
Plantonista	22	84,6	135	78,9	159	89,3	110	95,7	36	97,3	3	100,0

Fonte: Pesquisa telefônica "Formas de Contratação de Serviços de Saúde na Rede Hospitalar Filantrópica", EPSM/ NESCON /UFMG.

O perfil da oferta de profissionais de saúde acompanha a lógica dos serviços médicos, ou seja, existe uma relação diretamente proporcional entre o número de leitos e o grau de universalidade da oferta de serviços das outras profissões de saúde, exceto para enfermeiro e auxiliar de enfermagem, cujas taxas de oferta são semelhantes para todos os portes de hospitais filantrópicos, situando-se entre 93 a 100%, como se pode ver na Tabela 6.

TABELA 6 – HOSPITAIS FILANTRÓPICOS QUE OFERECEM SERVIÇOS DE OUTRAS PROFISSÕES DE SAÚDE, POR PORTE DO ESTABELECIMENTO (LEITO). BRASIL, AGOSTO, 2001

Profissões de Saúde	Até 20 N = 26		De 20 a 50 N = 171		De 50 a 100 N = 178		De 100 a 200 N = 115		De 200 a 500 N = 37		Mais de 500 N = 3	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Farmacêutico	18	69,2	122	71,3	147	82,6	107	93,0	37	100,0	3	100,0
Psicólogo	3	11,5	23	13,5	35	19,7	60	52,2	31	83,8	2	66,7
Fisioterapeuta	7	26,9	57	33,3	95	53,4	91	79,1	34	91,9	2	66,7
Fonoaudiólogo	2	7,7	11	6,4	24	13,5	34	29,6	13	35,1	1	33,3
Terapeuta	2	7,7	10	5,8	15	8,4	17	14,8	11	29,7	2	66,7
Enfermeiro	25	96,2	159	93,0	172	96,6	114	99,1	37	100,0	3	100,0
Aux.de Enferm.	26	100,0	167	97,7	175	98,3	115	100,0	37	100,0	3	100,0
Dentista	7	26,9	22	12,9	17	9,6	28	24,3	19	51,4	3	100,0
Op. De Equip	11	42,3	88	51,5	131	73,6	102	88,7	28	75,7	2	66,7
Bioquímico	14	53,8	125	73,1	143	80,3	94	81,7	28	75,7	2	66,7
Nutricionista	5	19,2	31	18,1	71	39,9	95	82,6	36	97,3	3	100,0

Fonte: Pesquisa telefônica "Formas de Contratação de Serviços de Saúde na Rede Hospitalar Filantrópica", EPSM/ NESCON /UFMG.

Oferta de Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêuticos (SADI)

A Tabela 7 apresenta a distribuição da oferta geral de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico selecionados no setor não lucrativo hospitalar e por segmento de atendimento. Como se pode observar, os serviços tecnológicos de maior oferta correspondem aos serviços de laboratório (90,6% dos hospitais oferecem o serviço); radiologia (74,9%) ultrassonografia (68,1%) e anatomia patológica, com taxa de oferta de 59,4%. Por outro lado, os serviços com menor

cobertura pelos hospitais filantrópicos foram os de medicina nuclear (3,2%); ressonância magnética (5,8%) radioterapia e urodinâmica (ambos com 6,6%).

Os filantrópicos que atendem exclusivamente ao SUS ofertam bem menos serviços tecnológicos, não somente em relação à média do conjunto, mas principalmente em relação aos hospitais que têm planos próprios. Pode-se dizer que os que atendem também convênios ocupam a posição intermediária entre os segmentos polares – financiamento exclusivo do SUS *versus* Plano Próprio. Mesmo os serviços de tecnologia mais difundidos como radiologia (taxa de oferta de 74,2%) encontram oferta abaixo da média do total dos hospitais (90,6%). Alguns serviços chegam a ter oferta quase 20 vezes maior nos hospitais filantrópicos que operam plano próprio comparativamente aos que atendem somente ao SUS, a exemplo da hemodiálise.

TABELA 7 – HOSPITAIS FILANTRÓPICOS QUE OFERECEM SERVIÇOS DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO (SADT), POR SEGMENTO DE ATENDIMENTO. BRASIL, AGOSTO, 2001

Serviço	Amostra N = 530		SUS Exclusivo N= 89		Plano Próprio N = 56		Convênio com Terceiros N = 438	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Anatomia	267	50,4	19	21,3	44	78,6	247	56,4
Audiometria	48	9,1	3	3,4	17	30,4	45	10,3
CTI	127	24,0	5	5,6	30	53,6	122	27,9
Ecocardiografia	133	25,1	12	13,5	24	42,9	121	27,6
Endoscopia	247	46,6	10	11,2	45	80,4	237	54,1
Hemodiálise	81	15,3	2	2,2	23	41,1	79	18,0
Hemodinâmica	34	6,4	2	2,2	15	26,8	32	7,3
Hemoterapia	170	32,1	7	7,9	32	57,1	163	37,2
Laboratório	480	90,6	66	74,2	55	98,2	413	94,3
Medicina Nuclear	17	3,2	2	2,2	7	12,5	15	3,4
Quimioterapia	52	9,8	2	2,2	14	25,0	50	11,4
Radiologia	397	74,9	36	40,4	54	96,4	360	82,2
Radioterapia	35	6,6	2	2,2	8	14,3	33	7,5
Ressonância	31	5,8	2	2,2	9	16,1	29	6,6
Tomografia	106	20,0	5	5,6	26	46,4	101	23,1
Ultrassonografia	361	68,1	37	41,6	49	87,5	323	73,7
Urodinâmica	35	6,6	2	2,2	10	17,9	33	7,5

Fonte: Pesquisa telefônica "Formas de Contratação de Serviços de Saúde na Rede Hospitalar Filantrópica", EPSM/ NESCON /UFMG.

A distribuição espacial por região natural não demonstrou concentração dos serviços de apoio diagnóstico e terapêutico – Tabela 8. No entanto, não encontramos oferta, por hospitais filantrópicos, de alguns serviços como a Medicina Nuclear, nas Regiões Centro Oeste e Norte. É interessante observar, entretanto, assim como ocorreu com as especialidades médicas, que os hospitais filantrópicos localizados na Região Norte apresentaram maior cobertura para 8 serviços (47%) (anatomia patológica, CTI, ecocardiografia, endoscopia digestiva, hemodiálise, hemoterapia, radiologia, ultrassonografia) do que as outras regiões.

TABELA 8 – HOSPITAIS FILANTRÓPICOS QUE OFERECEM SERVIÇOS DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO (SADT) SELECIONADOS, POR REGIÃO NATURAL. BRASIL, AGOSTO, 2001

Serviço	Centro Oeste N = 26		Nordeste N = 92		Norte N = 13		Sudeste N = 270		Sul N = 129	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Anatomia	13	50	32	34,8	8	61,5	162	60	52	40,3
Audiometria	3	11,5	8	8,7	0	0	24	8,9	13	10,1
CTI	6	23,1	17	18,5	5	38,5	75	27,8	24	18,6
Ecocardiografia	5	19,2	16	17,4	5	38,5	75	27,8	32	24,8
Endoscopia	9	34,6	29	31,5	8	61,5	141	52,2	60	46,5
Hemodiálise	3	11,5	9	9,8	3	23,1	45	16,7	21	16,3
Hemodinâmica	0	0	6	6,5	1	7,7	21	7,8	6	4,7
Hemoterapia	6	23,1	20	21,7	6	46,2	89	33	49	38
Laboratório	23	88,5	76	82,6	12	92,3	251	93	118	91,5
Medicina Nuclear	0	0	5	5,4	0	0	9	3,3	3	2,3
Quimioterapia	3	11,5	10	10,9	0	0	28	10,4	11	8,5
Radiologia	18	69,2	49	53,3	12	92,3	220	81,5	98	76
Radioterapia	2	7,7	8	8,7	1	7,7	18	6,7	6	4,7
Ressonância	1	3,8	4	4,3	0	0	17	6,3	9	7
Tomografia	4	15,4	12	13	2	15,4	64	23,7	24	18,6
Ultrassonografia	18	69,2	66	71,7	11	84,6	185	68,5	81	62,8
Urodinâmica	0	0	6	6,5	1	7,7	19	7	9	7

Fonte: Pesquisa telefônica "Formas de Contratação de Serviços de Saúde na Rede Hospitalar Filantrópica", EPSM/ NESCON /UFMG.

Quando se analisam os serviços de apoio à diagnose e terapia segundo o número de leitos do estabelecimento (Tabela 9), observa-se correlação positiva entre número de leitos e oferta de serviços, ainda que esta não seja linear. Dessa forma, os hospitais filantrópicos de maior porte tendem a oferecer um leque maior de serviços tecnológicos. Como essa relação não é simétrica, ocorre, na maioria dos serviços, uma diminuição de oferta de serviços entre hospitais que têm menos de 20 leitos para os que têm entre 20 e 50 leitos. Além disso, geralmente, existe um aumento significativo na cobertura oferecida por hospitais entre 50 a 100 leitos para os de 100 a 200 leitos ou mais.

TABELA 9 – HOSPITAIS FILANTRÓPICOS QUE OFERECEM SERVIÇOS DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO (SADT) SELECIONADOS, SEGUNDO NÚMERO DE LEITOS. BRASIL, AGOSTO, 2001

Serviço/Leitos	Até 20 N = 26		De 20 a 50 N = 171		De 50 a 100 N = 178		De 100 a 200 N = 115		De 200 a 500 N = 37		Mais de 500 N = 3	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Anatomia	7	26,9	61	35,7	92	51,7	79	68,7	26	70,3	2	66,7
Audiometria	2	7,7	5	2,9	15	8,4	15	13	10	27	1	33,3
CTI	2	7,7	8	4,7	26	14,6	65	56,5	24	64,9	2	66,7
Ecocardiografia	5	19,2	27	15,8	42	23,6	40	34,8	17	45,9	2	66,7
Endoscopia	5	19,2	31	18,1	89	50	91	79,1	29	78,4	2	66,7
Hemodiálise	2	7,7	4	2,3	14	7,9	41	35,7	19	51,4	1	33,3
Hemodinâmica	2	7,7	4	2,3	2	1,1	11	9,6	13	35,1	2	66,7
Hemoterapia	4	15,4	24	14	58	32,6	57	49,6	26	70,3	1	33,3
Laboratório	21	80,8	148	86,5	167	93,8	110	95,7	31	83,8	3	100
Medicina Nuclear	1	3,8	1	0,6	1	0,6	4	3,5	10	27	0	0
Quimioterapia	1	3,8	2	1,2	6	3,4	23	20	19	51,4	1	33,3
Radiologia	10	38,5	97	56,7	152	85,4	107	93	29	78,4	2	66,7
Radioterapia	1	3,8	4	2,3	5	2,8	9	7,8	15	40,5	1	33,3
Ressonância	3	11,5	2	1,2	3	1,7	14	12,2	9	24,3	0	0
Tomografia	2	7,7	10	5,8	17	9,6	53	46,1	22	59,5	2	66,7
Ultrassonografia	13	50	88	51,5	132	74,2	95	82,6	31	83,8	2	66,7
Urodinâmica	1	3,8	4	2,3	6	3,4	15	13	8	21,6	1	33,3

Fonte: Pesquisa telefônica "Formas de Contratação de Serviços de Saúde na Rede Hospitalar Filantrópica", EPSM/ NESCON /UFMG.

Formas Institucionais da Contratação de Serviços na Rede Hospitalar Filantrópica

Serviços de especialidades médicas e de outras profissões de saúde

Na contratação dos profissionais médicos especialistas, podemos constatar (Tabela 10), a prevalência da vinculação do médico ao hospital, em suas diversas especialidades, como autônomo, ou seja, como pessoa física que recebe por serviços sem configuração de vínculo empregatício formal, com índices variando de 59,1% (médicos de CTI) a 85,7% (cirurgiões). A forma do emprego assalariado, apesar de não predominar, é significativa para médicos de CTI (26,4%); psiquiatria (24,3%) e plantonistas (22,2%) e menos para otorrinolaringologia (6,1%); gastroenterologia (7,0%) e ortopedia (7,7%). Os maiores índices de terceirização registrados são observados, respectivamente, para a contratação de hematologistas (20,8%); nefrologista (16,4%) e oncologista (15,3%). A proporção das demais especialidades terceirizadas varia de 3,6% para a ginecologia à 12,7% para médicos de CTI.

Em contraste, nas outras profissões de saúde, percebemos que algumas categorias são essencialmente assalariadas como os auxiliares de enfermagem (97,5%); enfermeiros (93,1%); nutricionistas (85,1%) e farmacêuticos (77,4%). Por outro lado, encontramos os fonoaudiólogos, dentistas e fisioterapeutas com alto índice como autônomos (48,2%; 45,8 e 45,5% respectivamente), apesar de ainda estar em patamares abaixo do dos médicos. Quando analisamos a terceirização das outras profissões notamos sua relevância para os bioquímicos (34,7%); os fisioterapeutas (23,1%) e os fonoaudiólogos (18,8%) (Tabela 11).

Analisando as formas institucionais de contratação das especialidades médicas e dos outros profissionais de saúde segundo o segmento de atendimento, observa-se o crescimento do assalariamento, para todas as categorias profissionais nos hospitais que atendem exclusivamente ao SUS, ainda que a vinculação dos médicos como autônomo permaneça predominante. O percentual de especialidades médicas assalariadas varia de 14% para pediatras e anestesistas e de até 100%, surpreendentemente, para os neurocirurgiões. A forma do emprego assalariado é a prevalente para os outros profissionais de saúde (entre 52% para dentistas até 96,6 para auxiliares de enfermagem). Os baixíssimos índices de terceirização de profissionais da área de enfermagem corroboram alguns achados anteriores. Numa pesquisa telefônica realizada em 3.406 hospitais cobrindo todas as regiões do país encontramos

TABELA 10 – HOSPITAIS FILANTRÓPICOS QUE OFERECEM SERVIÇOS DE MÉDICOS ESPECIALISTAS SEGUNDO A FORMA DE CONTRATAÇÃO. BRASIL, AGOSTO, 2001

Especialidades Médicas	Amostra N = 530		Assalariado		Autônomo		Terceirizado		Outros	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Cardiologia	306	57,7	36	11,8	248	81,0	22	7,2	0	0,0
Cirurgia	448	84,5	42	9,4	384	85,7	20	4,5	2	0,4
Clinica Médica	514	97,0	67	13,0	419	81,5	23	4,5	5	1,0
Gastroenterologia	228	43,0	16	7,0	192	84,2	18	7,9	2	0,9
Ginecologia	442	83,4	39	8,8	376	85,1	16	3,6	11	2,5
Hematologia	130	24,5	17	13,1	85	65,4	27	20,8	1	0,8
Nefrologia	110	20,8	9	8,2	80	72,7	18	16,4	3	2,7
Neurologia	179	33,8	21	11,7	141	78,8	13	7,3	4	2,2
Obstetricia	447	84,3	39	8,7	379	84,8	18	4,0	11	2,5
Oncologia	72	13,6	11	15,3	47	65,3	11	15,3	3	4,2
Ortopedia	310	58,5	24	7,7	257	82,9	26	8,4	3	1,0
Otorrinolaringologia	197	37,2	12	6,1	163	82,7	18	9,1	4	2,0
Pediatria	440	83,0	46	10,5	366	83,2	20	4,5	8	1,8
Psiquiatria	107	20,2	26	24,3	72	67,3	7	6,5	2	1,9
Urologia	201	37,9	19	9,5	165	82,1	15	7,5	2	1,0
Neurologia	104	19,6	17	16,3	77	74,0	8	7,7	2	1,9
Anestesiologia	399	75,3	34	8,5	321	80,5	40	10,0	4	1,0
Medico de CTI	110	20,8	29	26,4	65	59,1	14	12,7	2	1,8
Plantonista	465	87,7	103	22,2	320	68,8	34	7,3	8	1,7

Fonte: Pesquisa telefônica "Formas de Contratação de Serviços de Saúde na Rede Hospitalar Filantrópica", EPSM/ NESCON /UFMG.

que apenas 1,7% e 1,5% dos hospitais contratavam, respectivamente, enfermeiros e auxiliares de enfermagem via terceiros (Girardi, 1999).⁸ A terceirização nestes hospitais é residual, exceto para ortopedistas, bioquímicos, fisio-terapeuta e fonoaudiólogos. Uma oposição a esse quadro é a forma de vinculação institucional dos médicos que trabalham em hospitais que têm planos próprios. A vinculação ocorre, majoritariamente, como autônoma, em patamares acima de 77% para todas as especialidades, variando pouco a terceirização. Para as outras profissões observamos comportamento similar

⁸ GIRARDI, S. N. (1999) "Dossiê Mercado de Trabalho em Enfermagem no Brasil", Brasília: PROFÆ – Ministério da Saúde. Parte do estudo correspondeu a um *survey* telefônico aplicado em 3406 hospitais.

**TABELA 11 – HOSPITAIS FILANTRÓPICOS QUE OFERECEM SERVIÇOS DE OUTRAS
PROFISSÕES DE SAÚDE, SEGUNDO A FORMA DE CONTRATAÇÃO. BRASIL,
AGOSTO, 2001.**

Profissões de Saúde	Amostra N = 530		Assalariado		Autônomo		Terceirizado		Outros	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Farmacêutico	434	81,9	336	77,4	67	15,4	15	3,5	16	3,7
Psicólogo	154	29,1	90	58,4	43	27,9	13	8,4	8	5,2
Fisioterapeuta	286	54,0	83	29,0	130	45,5	66	23,1	7	2,4
Fonoaudiólogo	85	16,0	25	29,4	41	48,2	16	18,8	3	3,5
Terapeuta	57	10,8	37	64,9	14	24,6	5	8,8	1	1,8
Enfermeiro	510	96,2	475	93,1	23	4,5	2	0,4	10	2,0
Aux de Enferm	523	98,7	510	97,5	8	1,5	3	0,6	2	0,4
Dentista	96	18,1	39	40,6	44	45,8	10	10,4	3	3,1
Op. De Equip	362	68,3	294	81,2	15	4,1	51	14,1	2	0,6
Bioquímico	406	76,6	170	41,9	88	21,7	141	34,7	7	1,7
Nutricionista	241	45,5	205	85,1	22	9,1	8	3,3	6	2,5

Fonte: Pesquisa telefônica "Formas de Contratação de Serviços de Saúde na Rede Hospitalar Filantrópica", EPSM/ NESCON /UFMG

ao quadro geral descrito para a amostra. Nos hospitais que atendem convênios com terceiros, as formas institucionais de contratação de profissionais de saúde são mais próximas daqueles que têm plano próprio.

As formas institucionais de contratação em hospitais filantrópicos apresentam algumas peculiaridades conforme a região natural, apesar de manter o perfil geral da amostra, ou seja, a vinculação dos médicos como autônomos é predominante, e é alta a percentagem de assalariamento para enfermagem e auxiliar de enfermagem. Na Região Nordeste, o assalariamento é maior para as profissões selecionadas do que a média. O contrário ocorre na Região Norte, com aumento do vínculo autônomo, sendo acima de 80% nas especialidades médicas, e de 30,8% para enfermeiros e de 25% para auxiliares de enfermagem, profissões que são historicamente assalariadas. Chama atenção na Região Centro Oeste, não se ter encontrado nenhum psiquiatra assalariado (80% são autônomos) e o baixo percentual de assalariamento dos plantonistas (4,5%), enquanto 100% dos auxiliares de enfermagem são assalariados. A região Sudeste apresenta quadro similar ao da amostra com pequenas variações entre as categorias profissionais selecionadas. Na Região Sul, observamos queda do assalariamento e aumento do vínculo autônomo para médi-

cos, fisioterapeutas; fonoaudiólogos; terapeutas ocupacionais e dentistas. A terceirização aumenta na Região Nordeste para as especialidades mais 'tecnológicas' como nefrologia, otorrinolaringologia e neurocirurgia, e não ocorre em várias especialidades médicas na Região Norte. Em relação à terceirização das outras profissões de saúde, destacamos a Região Sul, onde notamos os maiores percentuais (51,5% para dentistas, 38,9% para fonoaudiólogos e 37,1% para fisioterapeutas) e a Região Centro Oeste, que contrata serviços de terceiros somente de fisioterapeutas (12,5%); dentistas (9,1%) e bioquímicos (5,6%).

Ao analisarmos as formas de vinculação institucional segundo o número de leitos do hospital, observamos que a autonomia e a terceirização dos profissionais de saúde, especialmente da categoria médica, são predominantes nos hospitais com até 20 leitos. A terceirização é expressiva para neurologista e urologista (ambos com 66,7%); otorrinolaringologista (50%); ortopedista (44,4%). Por outro lado, somente vamos encontrar nefrologista; oncologista e neurocirurgião como autônomos. Nas demais profissões de saúde, 50% dos fonoaudiólogos e dos terapeutas ocupacionais são autônomos e/ou terceirizados, e 71,4% dos fisioterapeutas e 66,7% dos psicólogos são terceirizados. Na outra ponta, nos hospitais entre 200 a 500 leitos, notamos aumento do assalariamento e da terceirização para todas as categorias profissionais em relação à média da amostra. O vínculo assalariado nas especialidades médicas varia de 17,9% para a os otorrinolaringologistas até 50% para os plantonistas. A terceirização se destaca para os oncologistas (22,7%) e anestesiolistas (22,6%). O assalariamento é ainda mais expressivo nas outras profissões de saúde, situando-se entre 60,7% para os bioquímicos e 100% para os terapeutas ocupacionais.

Para as especialidades médicas, desagregamos as formas institucionais de contratação assalariada, autônoma e terceirizada, buscando entender melhor como se dão os rearranjos dentro de cada forma. Além disso, seria importante observar, dentro dos autônomos, a relevância do Código 7, que é a forma de pagamento aos médicos pelos serviços prestados ao Sistema Único de Saúde (SUS) em hospitais. O pagamento é feito diretamente ao médico sem a interveniência do hospital onde o serviço foi realizado.

Dentro dos assalariados, a contratação através da CLT é predominante com percentuais acima de 75% (Tabela 12). No entanto, é interessante observarmos que a presença da forma estatutário é bastante signifi-

cativa, especialmente para médicos de CTI (26,4%); psiquiatras (24,3%) e plantonistas (22,2%). A presença de estatutário se deve, em parte, às fundações públicas como os institutos estaduais de assistência médica, mas, também, é devida à contratação de médicos pelas prefeituras que os colocam à disposição de hospitais filantrópicos. Esse fato revela uma estreita parceria entre o setor público e hospitais filantrópicos, especialmente naqueles hospitais que atendem exclusivamente ao SUS, onde o percentual de estatutário é bastante significativo. É interessante observarmos que encontramos o maior percentual de estatutários nas regiões Sudeste e Nordeste e em hospitais entre 20 a 50 leitos. Os contratos temporários são residuais, não ultrapassando 10%.

O pagamento dos médicos através do Código 7 é a principal forma de vinculação para todas as especialidades médicas. Entre os autônomos, essa forma destaca-se ainda mais, situando-se em patamar superior a 51% (Tabela 13). As especialidades com maior proporção de Código 7 são as denominadas clínicas básicas, todas ao redor dos 70% – obstetrícia (74,4%); cirurgia (74,2%); pediatria (73%); clínica médica (71,4%); ginecologia (71,3%). Ainda que em patamar acima de 50%, as especialidades médicas com menores índices de utilização de Código 7 são a psiquiatria (51,4%), plantonista (52,2%) e oncologia (55,3%).

Entre os terceirizados a contratação de médicos via empresa é a principal forma, com percentuais que variam entre 70% (pediatria) até 100% (cardiologia e médicos de CTI) (Tabela 14). Apesar de ser residual e até mesmo inexistir para várias especialidades, a contratação através de cooperativa médica é significativa para os pediatras (30%); plantonistas (26,5%) e anestesistas (25%). Assim, as cooperativas que tiveram seu auge no início da década de 90 perderam espaço para as empresas médicas neste final de século.

TABELA 12 – HOSPITAIS FILANTRÓPICOS QUE OFERECEM SERVIÇOS DE MÉDICOS ESPECIALISTAS ASSALARIADOS, SEGUNDO FORMA DE CONTRATAÇÃO. BRASIL, AGOSTO, 2001

Especialidades Médicas	Amostra N = 530		Assalariado							
			Total Assalariado		CLT		Estatutário		Temporário	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Cardiologia	306	57,7	36	11,8	29	80,6	6	16,7	1	2,8
Cirurgia	448	84,5	42	9,4	35	83,3	5	11,9	2	4,8
Clinica Médica	514	97,0	67	13,0	54	80,6	10	14,9	3	4,5
Gastroenterologia	228	43,0	16	7,0	12	75,0	4	25,0	0	0,0
Ginecologia	442	83,4	39	8,8	31	79,5	7	17,9	1	2,6
Hematologia	130	24,5	17	13,1	15	88,2	1	5,9	1	5,9
Nefrologia	110	20,8	9	8,2	7	77,8	2	22,2	0	0,0
Neurologia	179	33,8	21	11,7	17	81,0	4	19,0	0	0,0
Obstetricia	447	84,3	39	8,7	31	79,5	6	15,4	2	5,1
Oncologia	72	13,6	11	15,3	11	100,0	0	0,0	0	0,0
Ortopedia	310	58,5	24	7,7	18	75,0	6	25,0	0	0,0
Otorrinolaringologia	197	37,2	12	6,1	10	83,3	1	8,3	1	8,3
Pediatria	440	83,0	46	10,5	36	78,3	8	17,4	2	4,3
Psiquiatria	107	20,2	26	24,3	24	92,3	1	3,8	1	3,8
Urologia	201	37,9	19	9,5	15	78,9	4	21,1	0	0,0
Neurocirurgia	104	19,6	17	16,3	14	82,4	3	17,6	0	0,0
Anestesiologia	399	75,3	34	8,5	27	79,4	5	14,7	2	5,9
Medico de CTI	110	20,8	29	26,4	28	96,6	1	3,4	0	0,0
Plantonista	465	87,7	103	22,2	79	76,7	21	20,4	3	2,9

Fonte: Pesquisa telefônica "Formas de Contratação de Serviços de Saúde na Rede Hospitalar Filantrópica", EPSM/ NESCON /UFMG.

TABELA 13 – HOSPITAIS FILANTRÓPICOS QUE OFERECEM SERVIÇOS DE MÉDICOS ESPECIALISTAS AUTÔNOMOS, SEGUNDO FORMA DE CONTRATAÇÃO. BRASIL, AGOSTO, 2001

Especialidades Médicas	Amostra N = 530		Autônomo					
			Total Autônomo		Autônomo		Código 7	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Cardiologia	306	57,7	248	81,0	81	32,7	167	67,3
Cirurgia	448	84,5	384	85,7	99	25,8	285	74,2
Clinica Médica	514	97,0	419	81,5	120	28,6	299	71,4
Gastroenterologia	228	43,0	192	84,2	62	32,3	130	67,7
Ginecologia	442	83,4	376	85,1	108	28,7	268	71,3
Hematologia	130	24,5	85	65,4	28	32,9	57	67,1
Nefrologia	110	20,8	80	72,7	24	30,0	56	70,0
Neurologia	179	33,8	141	78,8	48	34,0	93	66,0
Obstetrícia	447	84,3	379	84,8	97	25,6	282	74,4
Oncologia	72	13,6	47	65,3	21	44,7	26	55,3
Ortopedia	310	58,5	257	82,9	92	35,8	165	64,2
Otorrinolaringologia	197	37,2	163	82,7	63	38,7	100	61,3
Pediatria	440	83,0	366	83,2	99	27,0	267	73,0
Psiquiatria	107	20,2	72	67,3	35	48,6	37	51,4
Urologia	201	37,9	165	82,1	49	29,7	116	70,3
Neurocirurgia	104	19,6	77	74,0	24	31,2	53	68,8
Anestesiologia	399	75,3	321	80,5	108	33,6	213	66,4
Medico de CTI	110	20,8	65	59,1	25	38,5	40	61,5
Plantonista	465	87,7	320	68,8	153	47,8	167	52,2

Fonte: Pesquisa telefônica "Formas de Contratação de Serviços de Saúde na Rede Hospitalar Filantrópica", EPSM/ NESCON /UFMG.

TABELA 14 – HOSPITAIS FILANTRÓPICOS QUE OFERECEM SERVIÇOS DE MÉDICOS ESPECIALISTAS TERCEIRIZADOS, SEGUNDO FORMA DE CONTRATAÇÃO. BRASIL, AGOSTO, 2001

Especialidades Médicas	Amostra N = 530		Terceirizado					
			Total Terceiriz.		Cooperativa		Empresa	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Cardiologia	306	57,7	22	7,2	0	0,0	22	100,0
Cirurgia	448	84,5	20	4,5	3	15,0	17	85,0
Clinica Médica	514	97,0	23	4,5	2	8,7	21	91,3
Gastroenterologia	228	43,0	18	7,9	3	16,7	15	83,3
Ginecologia	442	83,4	16	3,6	1	6,3	15	93,8
Hematologia	130	24,5	27	20,8	1	3,7	26	96,3
Nefrologia	110	20,8	18	16,4	1	5,6	17	94,4
Neurologia	179	33,8	13	7,3	1	7,7	12	92,3
Obstetria	447	84,3	18	4,0	1	5,6	17	94,4
Oncologia	72	13,6	11	15,3	1	9,1	10	90,9
Ortopedia	310	58,5	26	8,4	2	7,7	24	92,3
Otorrinolaringologia	197	37,2	18	9,1	3	16,7	15	83,3
Pediatria	440	83,0	20	4,5	6	30,0	14	70,0
Psiquiatria	107	20,2	7	6,5	1	14,3	6	85,7
Urologia	201	37,9	15	7,5	2	13,3	13	86,7
Neurocirurgia	104	19,6	8	7,7	1	12,5	7	87,5
Anestesiologia	399	75,3	40	10,0	10	25,0	30	75,0
Medico de CTI	110	20,8	14	12,7	0	0,0	14	100,0
Plantonista	465	87,7	34	7,3	9	26,5	25	73,5

Fonte: Pesquisa telefônica "Formas de Contratação de Serviços de Saúde na Rede Hospitalar Filantrópica", EPSM/ NESCON /UFMG.

Forma de contratação de serviços de apoio diagnóstico e terapêuticos (SADT)

A Tabela 15 mostra a distribuição dos serviços de apoio diagnóstico e terapêutico nos hospitais filantrópicos. Do ponto de vista da propriedade do serviço notamos que os serviços próprios nos hospitais filantrópicos predominam em CTI, ecocardiografia, quimioterapia, radiologia e radioterapia, 'empatando' em hemoterapia e ultrassonografia. Todos os demais são predominantemente contratados e/ou terceirizados. Surpreendente, é o local onde o serviço está instalado (dentro ou fora do hospital). Em nossa pesquisa

somente encontramos o serviço de anatomia patológica sendo realizado fora do estabelecimento. Todos os outros estão internalizados. Esse dado parece refletir a já conhecida simbiose entre hospitais filantrópicos e a categoria médica.

Em relação aos operadores, percebemos que a maioria dos serviços é operada por pessoal não próprio, isto é, o vínculo de trabalho se dá com o terceiro que é proprietário do serviço e não com o hospital. Esse resultado reflete a predominância da terceirização dos serviços ofertados pelas filantrópicas. Dessa maneira, aqueles serviços de propriedade do hospital filantrópico são operados por pessoal próprio, como os serviços de CTI, ecocardiografia, quimioterapia, radiologia e radioterapia.

O crescimento da terceirização e a entrada de empresas com fins lucrativos em serviços vitais como os serviços de transfusão de sangue nos Estados Unidos é um aspecto de preocupação crescente. Autores como Szama (1999) recomendam que avaliações acerca da qualidade dos serviços de transfusão deveriam ser realizadas antes da decisão de adoção dessas novas formas relacionais. Para o autor, preocupações com a viabilidade fiscal não deveriam minimizar considerações sobre a segurança e a disponibilidade dos serviços oferecidos aos pacientes.⁹ No nosso estudo, encontramos que 50% dos hospitais mantinham serviços próprios de hemoterapia; 25% eram de terceiros mas realizados dentro do hospital e 20% eram de terceiros fora do estabelecimento hospitalar.

⁹ SAZAMA, K. (1999). The changing relationships in transfusion medicine, *Arch Pathol Lab Med*; 123(8):668-71, aug. 1999.

TABELA 15 – HOSPITAIS FILANTRÓPICOS QUE OFERECEM SERVIÇOS DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO (SADT) SELECIONADOS, SEGUNDO A PROPRIEDADE, LOCALIZAÇÃO E FORMA DE CONTRATAÇÃO DOS OPERADORES DO EQUIPAMENTO. BRASIL, AGOSTO, 2001

Serviços	Amostra N = 530		Próprio, dentro do estabelecimento, com pessoal próprio		Próprio, dentro do estabelecimento, com pessoal não próprio		Próprio, fora do estabelecimento, com pessoal próprio		Próprio, fora do estabelecimento, com pessoal não próprio		Não próprio, dentro do estabelecimento, com pessoal próprio		Não próprio, dentro do estabelecimento, com pessoal não próprio		Não próprio, fora do estabelecimento, com pessoal próprio		Não próprio, fora do estabelecimento, com pessoal não próprio		Não sabe/SI	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Anatomia Patológica	267	50,4	37	13,9	2	0,7	2	0,7	0	0,0	1	0,4	32	12,0	3	1,1	185	69,3	5	1,9
Audiometria	48	9,1	19	39,6	1	2,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	9	18,8	2	4,2	16	33,3	1	2,1
CTI	127	24,0	114	89,8	6	4,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5	3,9	0	0,0	1	0,8	1	0,8
Ecocardiografia	133	25,1	71	53,4	5	3,8	0	0,0	0	0,0	3	2,3	28	21,1	0	0,0	26	19,5	0	0,0
Endoscopia	247	46,6	87	35,2	3	1,2	0	0,0	0	0,0	10	4,0	106	42,9	1	0,4	36	14,6	4	1,6
Hemodialise	81	15,3	28	34,6	3	3,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	38	46,9	0	0,0	11	13,6	1	1,2
Hemodinâmica	34	6,4	13	38,2	2	5,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	9	26,5	0	0,0	7	20,6	3	8,8
Hemoterapia	170	32,1	80	47,1	3	1,8	2	1,2	1	0,6	6	3,5	42	24,7	0	0,0	34	20,0	2	1,2
Laboratório	480	90,6	201	41,9	17	3,5	4	0,8	0	0,0	5	1,0	137	28,5	0	0,0	110	22,9	6	1,3
Medicina Nuclear	17	3,2	5	29,4	1	5,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	23,5	0	0,0	7	41,2	0	0,0
Quimioterapia	52	9,8	30	57,7	1	1,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	13	25,0	0	0,0	8	15,4	0	0,0
Radiologia	397	74,9	287	72,3	21	5,3	4	1,0	0	0,0	3	0,8	62	15,6	0	0,0	15	3,8	5	1,3
Radioterapia	35	6,6	19	54,3	1	2,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	8	22,9	0	0,0	7	20,0	0	0,0
Ressonância Magnética	31	5,8	8	25,8	1	3,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	9	29,0	0	0,0	12	38,7	1	3,2
Tomografia	106	20,0	37	34,9	3	2,8	0	0,0	0	0,0	2	1,9	36	34,0	0	0,0	26	24,5	2	1,9
Ultrassom	361	68,1	165	45,7	12	3,3	0	0,0	0	0,0	5	1,4	120	33,2	0	0,0	54	15,0	5	1,4
Urodinâmica	35	6,6	11	31,4	1	2,9	0	0,0	0	0,0	1	2,9	12	34,3	0	0,0	10	28,6	0	0,0

Fonte: Pesquisa telefônica "Formas de Contratação de Serviços de Saúde na Rede Hospitalar Filantrópica", EPSM/ NESCO UFMG.

CONCLUSÕES

A denominação genérica de filantrópicas acoberta um conjunto bastante heterogêneo de instituições, por vezes com finalidades, formas de controle social, financiamento e cobertura de serviços e clientela bastante diferenciadas. Cerca de 50% dessas entidades vinculam-se a comunidades católicas (sendo 25% Santas Casas de Misericórdia), 98,3% atendem a pacientes do SUS e 90,3% referem possuir certificado de filantropia. Cerca de 82% referem atender a convênios com planos e seguros de terceiros; 81% recebem desembolso direto de particulares e apenas 10% operam planos de saúde próprios. A maior parte dos planos de saúde próprios foi criada no decorrer dos anos 90 (50% no biênio 1995-96), e a maior parte desses planos concentram-se nos estados da região Sudeste – no estado de São Paulo, 20% dos hospitais não-lucrativos possuem esse tipo de arranjo. Os planos de saúde próprios concentram-se mais nos municípios de maior porte, acima de 200 mil habitantes.

Talvez, a característica comum mais importante entre eles seja o veto à distribuição de lucros e resultados a seus associados e as restrições em termos do conceito de direito de propriedade e a imunidade e isenções dela decorrentes, que os faz situarem-se como instituições quase públicas (ou quase mercado?) (Potter 2000).

Os dados revelam a existência de uma complementariedade entre as redes hospitalares pública e não-lucrativa. Pode-se dizer que os hospitais filantrópicos estão muitas vezes onde o hospital público está ausente e não interessa para a iniciativa privada, constituindo-se na única alternativa de atendimento para a população de baixa renda nesses municípios.

Os estabelecimentos do segmento não-lucrativo têm amplamente, por principal fonte de receita, os convênios com o Sistema Único de Saúde, mas se mostram mais dependentes da complementação de suas receitas com convênios junto a planos e seguros terceiros e com o recebimento de desembolso direto de particulares à medida que aumenta o porte dos municípios em que se localizam.

Aqueles que adotam planos próprios de saúde são mais significativos entre os de maior porte, notadamente os que detêm acima de 100 leitos, e se concentram na região Sudeste, principalmente no estado de São Paulo.

A oferta de programas de residência médica é pequena, abrangendo apenas 6,2% dos hospitais, dos quais 60% localizados no Sudeste. Mais de 1/4 dos hospitais oferecem cursos para técnicos e auxiliares de saúde, a maior parte na área de enfermagem.

Seus estabelecimentos estão concentrados nos estados das regiões Sul e metade deles na Sudeste. A distribuição dos leitos hospitalares desse segmento segue esse mesmo padrão, ou seja, essas duas regiões respondem por três quartos dos leitos desse segmento. Já a distribuição dos empregos formais é ainda mais concentrada, com 80% deles agregando-se em torno das duas regiões, nas quais apenas os estados de São Paulo e Minas Gerais agregam metade deles.

Os estabelecimentos empregadores não-lucrativos concentram 57% da força de trabalho assalariada dos hospitais privados do país e 60% dos vínculos formais de médicos do setor privado. Apenas 13% dos hospitais filantrópicos afirmam contratar médicos, preferencialmente, na condição de assalariado, índice que atinge 93% e 98%, respectivamente, com relação a enfermeiro e pessoal de enfermagem. Esses empregos médicos assalariados são remunerados acima da média percebida para os demais segmentos hospitalares – ou seja, os públicos e os lucrativos – o que também ocorre, em geral, no caso dos empregos pertinentes a funções gerenciais. Cabe lembrar ainda que sua remuneração geral também se situa acima da média nacional para todo o segmento hospitalar, embora seja superada em muitas categorias, como ocorre no caso dos enfermeiros, farmacêuticos e pessoal de enfermagem, em relação ao setor público.

Os dados da pesquisa parecem apontar uma espécie de polaridade no leque de abrangência da oferta de especialidades médicas, profissões de saúde e serviços de apoio diagnóstico e terapêutico pelos hospitais filantrópicos. Com relação às especialidades médicas, de um lado, encontram-se as clínicas básicas, que alcançam taxas de cobertura superior aos 80% e, de outro, se encontram as especialidades de maior complexidade/ custo, como a nefrologia, a neurocirurgia, ou a oncologia, oferecidas em 20% da rede filantrópica. O mesmo acontece com os SADT, serviços de laboratório, radiologia, e ultrassonografia oferecidos, respectivamente, por 90 e 70% dos hospitais filantrópicos, enquanto a taxa de cobertura de serviços de medicina nuclear, ressonância magnética e urodinâmica não supera 10% nesses hospitais. Pode-se

dizer que as taxas de oferta variam, diminuindo com a intensidade e modernidade da tecnologia incorporada ao serviço e ao custo. Por outro lado, viu-se que o leque de especialidades e serviços oferecidos, incluídos os mais tecnológicos, varia pelo tipo de clientela atendida preferencialmente pelo hospital, ou seja, pelos financiadores desses serviços, sendo invariavelmente maior nos hospitais filantrópicos que operam seus próprios planos e seguros e menor nos hospitais com financiamento exclusivo do SUS.

Com relação às formas institucionais da entrega de serviços, a integração vertical de profissionais, através de contrato assalariado formal, é preva-
lente para pessoal de enfermagem, nutricionistas, farmacêuticos, psicólogos e terapeutas. A forma autônoma prevalece em todas as especialidades médicas, variando de 59,1% (CTI) a 86,0% (Cirurgia). A contratação externa via empresas de profissionais liberais (sociedades por quotas de responsabilidade Ltda. e sociedades civis de profissões regulamentadas) e cooperativas vem ganhando importância crescente entre as especialidades médicas, especialmente as de maior complexidade, bem como entre fisioterapeutas, fonoaudiólogos e bioquímicos. As sociedades por quotas de responsabilidade Ltda. e sociedades civis de profissões regulamentadas superam, em muito, as cooperativas.

Com relação à contratação de SADT, o serviço de anatomia patológica é o que apresenta maior grau de contratação externa ou de terceirização “pura”: eles são de propriedade de terceiro e realizados fora dos estabelecimentos. Os serviços de CTI, ecocardiografia, radiologia e radioterapia são de propriedade do estabelecimento, são realizados preferencialmente dentro do estabelecimento e são operados por pessoal vinculado ao hospital filantrópico. Os demais serviços, ressonância magnética, hemodiálise, tomografia, ultrassonografia, medicina nuclear etc., também obtidos através de contratação externa; são de propriedade do terceiro, operados com pessoal vinculado ao terceiro, mas realizados dentro do próprio hospital.

Caberia por fim, apontar para as fortes evidências de uma segmentação entre os hospitais filantrópicos, representada de um lado por aqueles que operam planos próprios que apresentam maiores taxas de oferta para todos os tipos de serviços profissionais e SADT, particularmente para aqueles de maior complexidade tecnológica e custos e, de outro, pelos que dependem quase exclusivamente de receitas operacionais do SUS, que apresentam as

menores taxas de oferta desses serviços. Posição intermediária é ocupada pelos não lucrativos que prestam serviços para clientes de planos e seguros terceiros. Paralelamente, é no segmento dos hospitais que operam planos próprios em que se observam os maiores índices de contratação externa (terceirização) de serviços de especialidade e tecnológicos e, conseqüentemente, a maior presença de relações entre as instituições filantrópicas e grupos profissionais constituídos como empresas de profissionais liberais com finalidade lucrativa. São esses hospitais, também, que apresentam maior propensão ao refugo de pacientes do SUS, conforme apontam as informações obtidas em entrevistas com provedores e administradores. Estas questões sugerem um debate sobre a necessidade de agendas diferenciadas para essas instituições, seja no que diz respeito a mecanismos de financiamento e controle / regulação, seja no estabelecimento de pautas de cooperação mais estreitas com o governo, tendo em vista a implementação de políticas de universalização e equidade do acesso.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BRADY, H. E. Orren; G. R. Polling Pitfalls. In: MANN, T. E.; ORREN, G.R (eds.) *Sources of error in public opinion surveys, media polls in American politics* Washington, DC: The Brookings Institution, 1992.
- CHERCHIGLIA, M. L. Terceirização do trabalho nos serviços de saúde: alguns aspectos conceituais, legais e pragmáticos. In: SANTANA, J. P.; CASTRO, J. L. (orgs.). *Capacitação em desenvolvimento de recursos humanos de saúde* Natal: EDUFRN, 1999.
- GIRARDI, S. N. *Dossiê Mercado de Trabalho em Enfermagem no Brasil*, Brasília: PROFAE – Ministério da Saúde, 1999.
- GIRARDI, S. N. (coord.) *Rede hospitalar filantrópica no Brasil: perfil institucional e ofertas de serviços*. Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde/SIS/Ministério da Saúde. Relatório de Pesquisa, Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
- GIRARDI, S. N.; CARVALHO, C. L.; GIRARDI Jr., J. B. *Formas institucionais da terceirização de serviços em hospitais da região sudeste do Brasil: um estudo exploratório*. 1999.

- KUTTNER, R. *Tudo a venda: as virtudes e os limites do mercado*. São Paulo: Companhia das Letras, 1998.
- LANDIM, L. "Para Além do Mercado e do Estado? Filantropia e Cidadania no Brasil". Núcleo de Pesquisas do ISEB. Convênio ISEB/IAF, Projeto Filantropia e Cidadania, Rio de Janeiro, Junho de 1993 (Mimeogr.).
- PAES, J. E. *Fundações e Entidades de Interesse Social: aspectos jurídicos, administrativos, contábeis e tributários*. 3ª ed., Brasília: Brasília Jurídica, 2001.
- POTTER, S. J. *Can Efficiency and Community Service be Symbiotic? A longitudinal analysis of not-for-profit and for-profit Hospitals in the United States*. New York & London: Garland Publishing, Inc. 2000.
- RIBEIRO, H. P. *O Hospital: história e crise*. São Paulo: Cortez, 1993.
- SAZAMA, K. The changing relationships in transfusion medicine. *Arch Pathol Lab Med*; 123(8):668-71, aug., 1999.
- STARR, P. *The Social Transformation of American Medicine: The Rise of a sovereign profession and the making of a vast industry*. Basic Books, 1982.



INTRODUÇÃO

Estudos realizados nas décadas de 80 e 90 mostram que o mercado de trabalho em saúde no Brasil representa uma importante parcela da economia de prestação de serviços, com crescimento constante, seja no setor público seja no setor privado. Na opinião de Machado (1999:99),

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 Donnangelo 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.

Mais tarde, já na década de 90, surgem estudos sobre mercado de trabalho com ênfase em análises sociológicas, dedicados aos 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; Belisário (1993), sobre os médicos sanitaristas; Santos (1993), sobre os farmacêuticos; Falcão (1993), sobre os médicos e a ética profissional; Schraiber (1989 e 1993); Rego (1994), Ribeiro (1995), sobre formação profissional e autonomia médica; Pereira Neto (1997), sobre o movimento médico numa perspectiva histórica, entre outros. (Machado, 1999:100)

Mais recentemente, no final da década de 90, novas pesquisas sobre mercado de trabalho passam a ser realizadas por Machado, buscando entender as diversas formas de inserção do profissional no mundo do trabalho. “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” (Machado, 1999:100).¹ Inaugura-se, assim, um nova linha de pesquisas de mercado de trabalho, as quais buscam entender e diagnosticar a situação dos profissionais de saúde no Brasil.

Este artigo visa a apresentar, particularmente, alguns resultados desta nova linha de pesquisas realizada pelo Núcleo de Estudos e Pesquisas Recursos Humanos em Saúde/FIOCRUZ.²

ANALISANDO O MERCADO DE TRABALHO

O setor saúde, como já foi salientado por outros estudiosos (Nogueira, Girardi, Campos, entre outros), é um setor de grande importância não só pela natureza dos serviços prestados, como e principalmente pelo volume de empregos que são gerados diretamente. Com quase 60 mil estabelecimentos de saúde (públicos e privados) e aproximadamente 600 mil leitos hospitalares, esse setor gera na ordem de 2 milhões de empregos diretos em saúde. Este setor continua sendo, em plena era tecnológica, que se caracteriza pela redução do uso de mão-de-obra, um setor gerador de empregos. Como analisam Machado et al. (1999, p. 84), “No Brasil, a forma como foi historicamente estruturado o modelo de assistência à saúde provocou uma efetiva divisão de “mercados de serviços” entre as esferas pública e privada”. Tomando os dados recentes disponíveis do IBGE, observamos que essa rede de prestação de serviços pública e privada sofreu uma pequena alteração na sua composição, ou seja, percebe-se um crescimento da esfera pública municipal (Tabela 1). O setor privado reduz sua importância e passa a representar 41,3% do total dos estabelecimentos de saúde e, o setor público 58,7%, sendo que a esfera

¹ Ver: Machado, M. H. (coord.) Os médicos no Brasil: um retrato da realidade, Ed. FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 1999 (1 reimpressão)

² O Observatório de RH/ENSP, da Rede de Observatórios em RH, está inserido no Núcleo de Estudos e Pesquisas em Recursos Humanos em Saúde, e está voltado a fornecer estudos e pesquisas que permitam traçar perfis profissionais, nos seus vários aspectos, sejam, de mercado de trabalho, formação profissional, ético-profissional etc.

municipal representa 54,2%, configurando assim, o real processo de municipalização do sistema de saúde brasileiro.

TABELA 1 – ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE POR ESFERA ADMINISTRATIVA SEGUNDO GRANDES REGIÕES/BRASIL -1999

Brasil e Grandes Regiões	Federal		Estadual		Municipal		Privada		Total
	Abs	(%)	Abs	(%)	Abs	(%)	Abs	(%)	
Brasil	628	1,1%	1930	3,4%	30404	54,2%	23171	41,3%	56133
Região Norte	220	4,7%	596	12,8%	2916	62,8%	913	19,7%	4645
.. Rondônia	22	2,4%	3	0,3%	800	85,8%	107	11,5%	932
.. Acre	4	1,1%	113	32,2%	171	48,7%	63	17,9%	351
.. Amazonas	27	4,3%	185	29,3%	269	42,6%	151	23,9%	632
.. Roraima	36	18,8%	118	61,8%	17	8,9%	20	10,5%	191
.. Pará	94	5,0%	131	7,0%	1243	66,5%	402	21,5%	1870
.. Amapá	31	14,3%	43	19,8%	103	47,5%	40	18,4%	217
.. Tocantins	6	1,3%	3	0,7%	313	69,2%	130	28,8%	452
Região Nordeste	151	0,9%	648	4,0%	10409	64,0%	5057	31,1%	16265
.. Maranhão	21	1,3%	42	2,5%	1194	71,5%	412	24,7%	1669
.. Piauí	6	0,5%	106	8,5%	908	72,9%	225	18,1%	1245
.. Ceará	17	0,7%	68	2,6%	1718	65,7%	811	31,0%	2614
.. Rio Grande do Norte	38	3,0%	36	2,9%	818	65,1%	364	29,0%	1256
.. Paraíba	8	0,6%	121	8,5%	883	62,3%	406	28,6%	1418
.. Pernambuco	16	0,7%	101	4,2%	1429	59,7%	848	35,4%	2394
.. Alagoas	6	0,8%	22	2,8%	615	77,7%	148	18,7%	791
.. Sergipe	5	0,7%	37	5,0%	439	59,0%	263	35,3%	744
.. Bahia	34	0,8%	115	2,8%	2405	58,2%	1580	38,2%	4134
Região Sudeste	105	0,5%	461	2,1%	9564	44,5%	11353	52,8%	21483
.. Minas Gerais	36	0,5%	81	1,1%	4173	58,4%	2853	39,9%	7143
.. Espírito Santo	6	0,5%	19	1,5%	696	55,2%	540	42,8%	1261
.. Rio de Janeiro	47	1,1%	54	1,3%	1404	33,1%	2735	64,5%	4240
.. São Paulo	16	0,2%	307	3,5%	3291	37,2%	5225	59,1%	8839
Região Sul	56	0,6%	108	1,1%	5629	57,3%	4026	41,0%	9819
.. Paraná	12	0,3%	41	1,0%	2254	55,5%	1754	43,2%	4061
.. Santa Catarina	11	0,5%	23	1,0%	1366	58,9%	921	39,7%	2321
.. Rio Grande do Sul	33	1,0%	44	1,3%	2009	58,5%	1351	39,3%	3437
Região Centro-Oeste	96	2,4%	117	3,0%	1886	48,1%	1822	46,5%	3921
.. Mato Grosso do Sul	23	3,4%	8	1,2%	330	48,4%	321	47,1%	682
.. Mato Grosso	41	3,6%	6	0,5%	739	65,0%	351	30,9%	1137
.. Goiás	24	1,4%	18	1,0%	817	47,6%	858	50,0%	1717
.. Distrito Federal	8	2,1%	85	22,1%	0	0,0%	292	75,8%	385

Fonte: IBGE, Pesquisa Assistência Médico-Sanitária, 1999.

No entanto, dois pontos merecem nossa atenção especial: primeiro, analisando-se os dados na perspectiva das políticas de saúde, constata-se a inquestionável predominância da esfera privada e o 'encolhimento progressivo' do poder público na constituição da estrutura hospitalar do sistema de saúde brasileiro nestas últimas décadas, configurando-se uma dependência do setor público em relação ao privado na prestação dessa modalidade de assistência à população (Machado et al., 1999, p. 86)

segundo,

as recentes mudanças sócio-econômicas ocorridas no Brasil nesta última década alteraram de forma marcante a dinâmica do mercado de trabalho. O mercado de trabalho em saúde, com ênfase no setor público, representa uma alternativa importante para a absorção de mão-de-obra excedente de outros setores da economia. Em decorrência dessa característica, nos períodos recessivos há uma certa "expansão" de serviços, em especial naqueles de baixa complexidade técnica. (Machado et al., 1999, p. 87).

A Tabela 2 mostra essa enorme capacidade de absorção de profissionais de saúde, chegando a quase 2 milhões de empregos, diretamente vinculados ao setor saúde.

Por outro lado, a natureza do trabalho em saúde e a complexidade dos atos profissionais que envolvem a saúde exigem sempre o binômio conhecimento técnico atualizado e profissional qualificado, tornando, assim, a presença do profissional, insubstituível. Por essa razão, a cada nova tecnologia, a cada novo conhecimento registrado nas ciências da saúde, são gerados inúmeros empregos, novas profissões, novas ocupações e novas especialidades. A lista de ocupações e profissões que passam a compor as equipes de saúde é, progressivamente, ampliada.

A saúde é um campo inesgotável de conhecimento e de prática profissional, e é inconcebível, na atualidade, que equipes de saúde não incluam terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, psicólogos, nutricionistas, técnicos nas diversas áreas da saúde. A saúde incorpora também novas áreas do conhecimento, requisitando, freqüentemente, a presença na sua equipe de trabalho de profissionais na saúde até então de áreas inimagináveis, tais

**TABELA 2 – TOTAL DE EMPREGOS DE SAÚDE POR SETOR DE ATUAÇÃO
SEGUNDO GRANDES REGIÕES / BRASIL – 1980, 1987, 1992, 1999**

PÚBLICOS		Variação nos períodos				
Grandes Regiões	1980	1987	1992	1999	80/87	92/99
Brasil	265.956	411319	537688	804907	54,7	49,6
Norte	13.480	21545	31804	51613	59,8	62,3
Nordeste	68.893	110451	141229	212135	60,3	50,2
Sudeste	137.427	202687	263480	386090	47,5	46,5
Sul	29.931	46374	66225	97214	54,9	46,7
Centro-Oeste	16.225	30262	34950	57855	86,5	65,5
PRIVADOS		Variação nos períodos				
GRANDES REGIÕES	1980	1987	1992	1999	80/87	92/99
Brasil	307.673	331240	496.680	744931	7,7	49,9
Norte	6.400	7164	10.021	22554	11,9	125,0
Nordeste	44.277	53626	82.861	130590	21,1	57,6
Sudeste	179.362	196289	280.722	422443	9,4	50,5
Sul	63.002	55881	94.002	122998	-11,3	30,8
Centro-Oeste	14.632	18280	29.074	46346	24,9	59,4
TOTAL		Variação nos períodos				
GRANDES REGIÕES	1980	1987	1992	1999	80/87	92/99
Brasil	573629	742559	1034368	1549838	29,4	49,8
Norte	19880	28709	41825	74167	44,4	77,3
Nordeste	113170	164077	224090	342725	45,0	52,9
Sudeste	316789	398976	544202	808533	25,9	48,6
Sul	92933	102255	160227	220212	10,0	37,4
Centro-Oeste	30857	48542	64024	104201	57,3	62,7

Fonte: IBGE, Pesquisa de Assistência Médico Sanitária- 1980, 1987, 1992, 1999.

como, engenharia, serviço social, economia, sociologia, arquitetura, pedagogia, entre outras. Na medicina, essa complexidade de ações é ainda mais contundente. A nova tabela de especialidades médicas, recentemente divulgada pelas entidades da corporação, reflete essa realidade. Nessa tabela, pode ser visto que poucas são as especialidades médicas que não agregam 'áreas de atuação', ou seja, subespecialidades. Algumas especialidades, a exemplo da pediatria que reaparece com um elenco de mais de 30 áreas de atuação, anexadas à própria especialidade ou incluídas em outras, acabam se tornando quase uma 'profissão' à parte, com autonomia e conhecimentos

próprios e sólidos de aplicabilidade no mercado de trabalho. Outro exemplo, é a tradicional saúde pública, que, ao contrário da maioria das especialidades médicas, sempre advogou favoravelmente à generalização, apresenta-se nessa nova ordem, com 4 áreas de atuação, demonstrando uma clara especialização da saúde pública. Se, então, somarmos as especialidades com as áreas de atuação, vamos ter mais de 150 especialidades e subespecialidades atuando em nome da profissão médica.

Esse é um fato da maior relevância para a formulação de políticas e planejamento de Recursos Humanos, uma vez que as equipes de saúde, cada vez mais diversificadas, vivem dilemas quanto à especificidade de sua atuação no processo de trabalho. Essas profissões deparam com dilemas cruciais no seu cotidiano de trabalho, quanto ao papel, as funções e as responsabilidades individuais e coletivas de cada uma delas.

Estarão essas profissões preparadas para estes novos desafios?

Por outro lado, o exponencial crescimento das possibilidades tecnológicas que se apresentam na saúde acaba seduzindo os usuários a consumir serviços especializados, criando em muitos casos, conflitos difíceis de serem resolvidos entre a acessibilidade e as reais necessidades da população que, sequer, tem acesso ao básico da assistência à saúde. A especialização do usuário, ou melhor, as crescentes 'necessidades especializadas' dos usuários do sistema de saúde, acompanham a especialização das profissões de saúde. Oferta e demanda por serviços de saúde estão, intrinsecamente, comprometidos e ambas precisam ser revistas quando se tem em vista a acessibilidade e a equidade do atendimento e da assistência.

Dessa forma, são pouco elucidativos estudos de mercado de trabalho que visam a conhecer apenas os dados quantitativos sobre a dinâmica do mercado de trabalho. É preciso ir além desse conhecimento e buscar a compreensão do mundo específico das profissões e das especialidades médicas. Conhecer o perfil das profissões em saúde e até mesmo das especialidades médicas ajuda a compreender a real situação e o mundo em que se desenvolvem essas atividades.

CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS

As pesquisas de perfis profissionais de saúde realizadas pelo NERHUS e disponíveis no *site* do Observatório de RH/ENSP (perfil dos médicos em geral, dos pediatras, dos urologistas, dos ortopedistas e dos médicos e enfermeiros do PSF),³ buscaram caracterizar, através de um levantamento amostral, o contingente de profissionais em atividade no país, enfocando aspectos sócio-demográficos, formação profissional, o mundo do trabalho e aspectos político-ideológicos. Para isso, foram utilizados dados das unidades da federação, e, posteriormente, de cada região brasileira, para então ser traçado o Perfil Profissional.

Para definição dos universos pesquisados, foram utilizados os dados cadastrais das sociedades brasileiras por especialidades dos pediatras (SBP), dos ortopedistas (SBOT), dos médicos e enfermeiros do PSF (DAB/MS), dos urologistas (SBU), dos nefrologistas (SBN), bem como as informações do banco de dados da Pesquisa Perfil dos Médicos no Brasil (Machado et al., 1996). As projeções realizadas foram estimadas a partir das variáveis gênero, idade, localização geográfica (capital/interior), número médio de médicos formados/ano, proporção de médicos segundo unidades da federação, ser sócio/não sócio da respectiva sociedade de especialista.

Após a determinação do tamanho das amostras, procedeu-se à fase de seleção, dividindo os universos pesquisados em dois subconjuntos – um de médicos residentes nas capitais e outro nos interiores –, seguindo-se à divisão das microrregiões definidas pelo IBGE e listando-se os especialistas dos mais velhos para os mais novos, por data de nascimento e gênero. Além disso, foram enviados questionários para os participantes de diversos congressos científicos ocorridos durante a realização da pesquisa de campo dos anos de 1999 e meados de 2000. O material coletado foi analisado minuciosamente segundo as variáveis definidas no plano de amostragem, tendo sido considerado, na amostra final realizada, apenas aqueles questionários que se enquadravam na tipologia definida neste plano.

Em muitos casos, especialmente, dos especialistas, utilizou-se também do recurso de envio de questionário por Internet, permitindo, assim,

³ Em andamento: Perfil dos Dermatologistas no Brasil (FIOCRUZ/SBD); Perfil dos Radiologistas no Brasil (FIOCRUZ/CBR); Necessidades de Especialistas no Brasil (FIOCRUZ/CPERH-MS). Em negociação: Perfil dos Gineco-obstetras no Brasil (FIOCRUZ/FEBRASGO).

maior agilidade na coleta dos dados empíricos. Como pode ser observado, a metodologia aplicada não obedeceu a um único critério e linha metodológica, objetivando criar uma sistemática de trabalho capaz de manter a coerência científica e a agilidade e eficiência possíveis, considerados o tamanho geográfico do país e os recursos financeiros disponíveis. O resultado que ora apresentamos neste texto é apenas uma parte bastante resumida do volumoso banco de dados que se produziu a partir desses *surveys*.

PERFIL DOS MÉDICOS

A análise feita por Machado (1996),⁴ sobre o perfil dos médicos no Brasil, mostra os seguintes resultados:

- poucos são aqueles que abandonam o ofício da medicina (92,6% estão exercendo a profissão);
- a maioria da profissão é constituída por médicos do sexo masculino, ou seja, 67,3% dos médicos são homens; proporção essa que, se analisados os números relativos ao contingente de médicos mais velhos, é ainda maior;
- a constituição etária da profissão aponta para um contingente jovem, o que representa dizer que 65,8% têm menos de 45 anos de idade;
- a formação desses profissionais é de forte responsabilidade do poder público, seja na graduação (66,4% são oriundos de escolas públicas), seja na formação pós-graduada (residência médica; curso de especialização, mestrado e doutorado) que, em sua maioria, é oferecida por instituições públicas;
- a tendência à especialização verificada entre os médicos, ou seja, 74,1% têm residência médica e 58,9% possuem o título de especialista – a profissão médica, por natureza do ofício, requer do praticante rigoroso e constante processo de atualização de seus conhecimentos técnico-científicos;

⁴ Ver relatório final: Perfil dos Médicos no Brasil, 28 v, Rio de Janeiro, FIOCRUZ/CFM/MS-PNUD, 1996. (Coleção Médicos em Números)

- a necessidade de aprimoramento profissional em 96,3% dos médicos e 98,3% estão filiados a alguma sociedade científica – dado de grande relevância não só pela natureza do trabalho médico mas e principalmente pela inexistência de programas regulares de educação-continuada em nosso País;
- a forte dependência do médico em geral à estrutura dos serviços públicos (69,7% têm pelo menos um vínculo com o setor);
- a predominância de convênios estatais entre aqueles que hoje mantêm a atividade liberal na medicina;
- a vinculação dos médicos a várias atividades, ou seja, 75,6% têm no mínimo três atividades, quase sempre no setor público (69,7%), no setor privado (59,3%) e no consultório particular (74,7%, apesar de essa atividade ser mantida por convênios, 79,1%).

Em resumo, o perfil do mercado de trabalho médico hoje é o seguinte: serviços médicos especializados; atividade em consultório dependente de convênios; multiemprego; baixos salários, com renda mensal inferior a US\$ 1.500 dólares.

PERFIL DOS PEDIATRAS

A pesquisa realizada pelo NERHUS/FIOCRUZ, em 1999, em parceria com a Sociedade Brasileira de Pediatria, com o contingente de pediatras que atuam no Brasil, mostra as seguintes características desses profissionais (Machado et al., 2000):⁵

- na Região Sudeste concentram-se 58,1%, mais especificamente nos estados de São Paulo e Rio de Janeiro, e as capitais do país respondem por 60% do total desses especialistas;
- no Brasil, as mulheres pediatras representam a maioria dos profissionais, ou seja, quase 60%, oscilando em 50% para a Região Sul e 75% para a Região Nordeste;

⁵ Ver Relatório final: Perfil dos Pediatras no Brasil, Rio de Janeiro, FIOCRUZ/SBP, 2000.

QUADRO-RESUMO – PERFIL DOS MÉDICOS NO BRASIL - 1995

Sociodemográfico	Descrição	(%)
• Situação profissional	• ativo	92,6
	• abandono/afastamento	2,0
	• aposentado	2,0
• Sexo	• homens	67,3
	• mulheres	32,7
• Faixa etária	• menos de 45 anos	65,8
	• mais de 60 anos	8,6
Formação	Descrição	(%)
• Graduação	• instituição pública	66,4
	• instituição privada	32,7
• Residência médica	• sim	74,1
• Título de especialista	• sim	58,9
• Necessidade de aprimoramento profissional	• sim	96,3
Inserção no mercado de trabalho	Descrição	(%)
• Especialidade principal	• pediatria	13,5
	• ginecologia e obstetrícia	11,8
	• medicina interna	8,0
	• cirurgia geral	5,5
	• anestesiologia	5,2
• Atividade no setor público	• sim	69,7
• Atividade no setor privado	• sim	59,3
• Atividade em consultório	• sim	74,7
• Mantém convênios	• sim	79,1
• Trabalha em regime de plantão	• sim	48,9
• Número de atividades profissionais médicas	• até 3 atividades	75,6
	• mais de 3 atividades	24,4
Renda mensal com trabalho médico	• valor modal (em dólares)	US\$1.280
• Opinião sobre desgaste profissional	• sim	78,9

Fonte: Machado, M. H. (coord). Os médicos no Brasil - um retrato da realidade, p:220-221, 1997.

- os pediatras pertencem a duas gerações, 50% têm menos de 40 anos, e 50% têm 40 anos ou mais, mostrando a formação constante de novos profissionais.;
- cerca de 75% dos pediatras cursaram ou estão cursando algum Programa de Residência Médica e apenas 40% fizeram algum Curso de Especialização;

- a regulação do mercado dos pediatras é bastante grande, 70% deles têm título de especialista, dos quais a maioria o obteve através do TEP da Sociedade Brasileira de Pediatria, seguido pelo Programa de Residência Médica;
- a grande maioria (90%) dos pediatras tem participado de eventos e de encontros científicos de Pediatria nos últimos dois anos;
- esses especialistas, além da 'Pediatria Geral', atuam principalmente em Neonatologia;
- 80% estão satisfeitos com a área em que exercem a Medicina, tanto homens como mulheres, sendo maior a satisfação entre aqueles com mais de 49 anos;
- o médico pediatra típico é aquele que atua no setor público, embora, em sua prática diária, atuem em média em três atividades, combinando o setor público (80%), a atividade em consultório (70%), e em menor frequência, o setor privado (50%);
- os homens atuam com maior frequência nos consultórios (81,5%) do que as mulheres (63,4%), embora seja uma especialidade fortemente feminina;
- as pediatras estão presentes em maior proporção no setor público (84,5%) do que os homens (76,5%). No setor privado, proporcionalmente ao total de profissionais, os pediatras aparecem em maior frequência (57,8%) que as pediatras (50,9%);
- 90% dos que atuam em consultório participam de alguma cooperativa e/ou mantêm convênios, sendo o mais freqüente a UNIMED;
- o plantão é outra atividade desenvolvida por cerca de 80% dos pediatras, sob um regime de 12 a 24 horas, por profissionais com menos de 30 anos de ambos os sexos;
- a atividade profissional é desgastante para 80% dos pediatras;
- a maioria dos pediatras (65%) conhece o Programa de Saúde da Família e considera que o profissional deveria ser incorporado à equipe de Saúde da Família;

- os profissionais que conhecem o Programa consideram que: (a) o mercado de trabalho irá melhorar; (b) a remuneração não se alterará para um grupo e aumentará para outro; (c) as condições de trabalho irão melhorar para um grupo e não se alterarão para outro; (d) o prestígio profissional aumentará.

PERFIL DOS UROLOGISTAS

O perfil dos urologistas no Brasil foi traçado de forma peculiar, associando a base de dados da Pesquisa Nacional sobre os médicos (Machado et al., 1999)⁶ e a pesquisa realizada pela Sociedade Brasileira de Urologia com enfoque mais de educação e formação médica. Sendo assim, de um modo geral, pode-se falar que:

- os urologistas que trabalham nas capitais, são homens, têm em média 43 anos,⁷ além de a maioria absoluta ter cursado programa de residência médica e possuir título de especialista. Esses especialistas que atuam no mercado de trabalho realizaram a graduação em escolas públicas (72,6%) e têm, em média, 17 anos de formados;
- a formação técnico-científica tem a seguinte conformação: (i) lato-sensu – 91,3% fizeram residência médica; 30,9% realizaram algum curso de especialização; (ii) *strictu-sensu* – 6,6% possuem mestrado e 4,6% doutorado; (iii) 78,3% têm título de especialista. No ano de 1997, a Região Sudeste detinha a maioria absoluta dos programas de residência credenciados pela Sociedade Brasileira de Urologia;
- 75 % dos urologistas desenvolvem paralelamente atividade profissional no serviço público e no privado;
- a atividade em consultório é uma prática comum entre estes especialistas, ou seja, mais de 90% declaram ter consultório. Entretanto, os

⁶ Ver Relatório final: Perfil dos Urologistas no Brasil, Rio de Janeiro, FIOCRUZ/SBU, 1999.

⁷ Reforçando a característica de 'jovialidade' do perfil nacional do médico, a metade dos urologistas tem menos de 40 anos, ou seja, 50,8%, havendo poucos especialistas em faixas etárias superiores a 60 anos. Poderíamos dizer que os urologistas no Brasil são jovens, fruto destas últimas gerações.

QUADRO-RESUMO – PERFIL DOS PEDIATRAS NO BRASIL - 1999

Sociodemográfico	Descrição	(%)
• Local de moradia	• Capital	60,40
	• Interior	39,60
	• Norte	2,71
	• Nordeste	17,74
	• Sul	14,29
	• Sudeste	58,14
	• Centro-Oeste	7,11
• Sexo	• homens	40,20
	• mulheres	59,80
• Faixa etária	• menos de 50 anos	84,91
	• 60 anos e mais	5,10
Formação	Descrição	(%)
• Graduação	• instituição pública	64,51
	• instituição privada	33,45
• Tempo de Formado	• menos de 15 anos	49,53
• Residência médica	• sim	75,23
• Curso de especialização	• sim	42,56
• Título de especialista	• sim	70,79
• Adequada a formação profissional	• sim	75,73
Inserção no mercado de trabalho	Descrição	(%)
• Especialidade principal	• Neonatologia	21,86
	• Homeopatia	6,21
	• Terapia intensiva	5,13
	• Medicina sanitária	4,91
	• Medicina interna	4,77
	• Alergia e imunoterapia	4,58
• Atividade no setor público	• sim	81,29
• Atividade no setor privado	• sim	53,68
• Atividade em consultório	• sim	70,70
• Mantém convênios	• sim	87,33
• Trabalha em regime de plantão	• sim	79,49
Político-ideológico	Descrição	(%)
• Atividade profissional desgastante	• sim	77,61
• Satisfação com a especialidade que exerce	• sim	78,72
• Satisfação no setor privado	• sim	90,81
• Satisfação no setor público	• sim	38,20
• Satisfação no consultório	• sim	60,00
• Inclusão do pediatra no PSF	• sim	93,65

Fonte: Perfil dos pediatras no Brasil. FIOCRUZ/SBP.

consultórios são mantidos, como ocorre com a maioria dos médicos, por convênios das empresas de saúde, medicina de grupo, cooperativas médicas, uma vez que 89,7% dos urologistas atestam essa realidade e, 56,9% desenvolvem atividade de plantão.

QUADRO RESUMO – PERFIL DOS UROLOGISTAS SEGUNDO ATRIBUTOS SELECIONADOS / BRASIL – 1995 (N=2.406)

Características Gerais	Descrição	(%)
Sociodemográficas		
• Local de moradia	• Sudeste	61,6
	• Sul	17,8
	• capitais	61,8
• Sexo	• homens	97,3
	• mulheres	2,7
• Idade	média = 43 anos	
Formação técnico-científica		
• Natureza da instituição formadora (graduação)	• pública	72,6
• Tempo de formado	média = 17 anos	
• Residência médica	• sim	91,3
• Especialização	• sim	30,9
Inserção no mercado de trabalho		
• Atividade em consultório	• sim	93,0
• Mantém convênios	• sim	89,7
• Atividade no setor público	• sim	75,1
• Atividade no setor privado	• sim	72,2
Trabalho em regime de plantão	• sim	56,9
Político-ideológico		
• Atividade profissional desgastante	• sim	80,8

Fonte: Pesquisa "Perfil dos Médicos no Brasil". FIOCRUZ/CFM.

PERFIL DOS ORTOPEDISTAS

A pesquisa nacional realizada pelo NERHUS/Fiocruz, juntamente com a SBOT,⁸ sobre os ortopedistas revela as seguintes particularidades:

- são em sua maioria do sexo masculino e a idade média observada é de 44 anos, superior à média nacional das demais especialidades (40 anos);
- atuam principalmente nos estados de São Paulo, Rio de Janeiro, Minas Gerais, Rio Grande do Sul e Paraná, correspondendo a 75% do total de profissionais. As capitais do país respondem por cerca de 60% do total dos especialistas;
- praticam com regularidade algum esporte a maioria dos ortopedistas (60%), principalmente Jogging/Cooper/Caminhada, e 62% dos profissionais tiram férias regularmente;
- cursaram ou estão cursando algum Programa de Residência Médica cerca de 90% dos ortopedistas, e a metade fez alguma subespecialização;
- obtiveram o título de especialista através da SBOT 85% dentre os profissionais que cursaram ou estão cursando algum programa de residência médica;
- são favoráveis à exigência do título de especialista para atuar 87% e 75% são favoráveis ao sistema de recertificação do título de especialista, de cinco em cinco anos;
- frequentam em média três Congressos/Jornadas Científicas por ano e preferem assistir aulas em multimídia e/ou slides;
- têm acesso à Internet, em suas residências, utilizando-a principalmente para correio eletrônico e navegação na *web* em *sites* da Saúde, aproximadamente, 85% dos profissionais;
- atuam em outra especialidade ou subespecialidade, além da 'Ortopedia Geral', 40%;

⁸ Ver Relatório final: Perfil dos ortopedistas no Brasil, Rio de Janeiro, Fiocruz/SBOT, 2001.

- declararam estar satisfeitos com a área em que atuam na Ortopedia/ Traumatologia 90% dos profissionais;
- trabalham em média em três atividades, combinando o setor público (65%), a atividade em consultório ou clínica (90%), e o setor privado(62%) em sua prática diária, ou seja, o ortopedista típico é aquele que atua em consultório ou em clínica privada;
- participam de convênios e/ou cooperativas 88% dos que têm atividade em consultório;
- desenvolvem plantão 68% dos especialistas;
- consideram a atividade profissional desgastante 77% dos ortopedistas;

PERFIL DOS MÉDICOS E ENFERMEIROS DO PSF

A pesquisa realizada pelo NERHUS/FIOCRUZ, em 2000, juntamente com o Ministério da Saúde, sobre o perfil dos médicos e enfermeiros do Programa Saúde da Família mostra a seguintes questões interessantes⁹:

- o PSF era um programa de interiores (a maioria das equipes estava concentrada em municípios com menos de 50.000 habitantes). Dos que atuam no programa, 55% dos médicos e 91% dos enfermeiros são do sexo feminino. Os médicos e enfermeiros não são jovens como se imaginava, estão a mais de 10 anos no mercado de trabalho;
- estes profissionais têm pouca qualificação, ou seja, cerca de 70% dos médicos e enfermeiros que atuam no PSF não possuem nenhuma formação após sua graduação, seja ela a residência médica, a habilitação em enfermagem ou alguma especialização em áreas básicas.;
- as áreas de atuação no PSF para a medicina são as seguintes: 1) medicina interna (28,38%); 2) medicina geral comunitária (14,39%); 3) pediatria (13,38%); 4) gineco-obstetrícia (5,88%); 5) cirurgia geral (3,51%);

⁹ Ver relatório final: Perfil dos médicos e enfermeiros do Programa Saúde da Família, Brasília, FIOCRUZ/DAB-MS, 2000. 6 v.

QUADRO-RESUMO – PERFIL DOS ORTOPEDISTAS NO BRASIL - 2000

Sociodemográfico	Descrição	(%)
• Local de moradia	• Capital	56,95
	• Interior	43,05
	• Norte	1,76
	• Nordeste	9,80
	• Sul	15,11
	• Sudeste	66,66
	• Centro-Oeste	6,67
• Sexo	• Homens	96,00
	• mulheres	4,00
• Faixa etária	• menos de 50 anos	78,48
	• 60 anos e mais	21,52
Formação	Descrição	(%)
• Graduação	• instituição pública	
	• instituição privada	
• Residência médica	• Sim	91,20
• Curso de especialização	• Sim	91,63
• Título de especialista	• Sim	92,00
Inserção no mercado de trabalho	Descrição	(%)
Trabalha em outra especialidade/subespecialidade	• Sim	38,00
• Atividade no setor público	• Sim	66,29
• Atividade no setor privado	• Sim	62,31
• Atividade em consultório	• Sim	86,80
• Mantém convênios	• Sim	80,70
Trabalha em regime de plantão	• Sim	66,60
Político-ideológico	Descrição	(%)
• Desgaste profissional	• Sim	76,62
• Satisfação com a especialidade que exerce	• Sim	87,97

Fonte: Perfil dos Ortopedistas no Brasil, 2000. FIOCRUZ/SBP.

- as áreas de atuação para a enfermagem são as seguintes: 1) enfermagem em saúde pública (21,93%); 2) enfermagem de unidade de saúde (11,69%); 3) gerenciamento de serviços de enfermagem (11,14%); 4) enfermagem médico-cirúrgica (10,90%); 5) enfermagem obstétrica (3,15%), o que mostra um perfil médico mais clínico e um perfil de enfermagem mais da saúde pública;
- apesar de seus salários terem atingido níveis sustentáveis, médicos e enfermeiros vivem objetivamente a precarização do trabalho, traduzida na falta de garantias trabalhistas e nas condições ainda precárias de alguns dos municípios que implantaram o PSF. Os dados que atestam essa situação de precarização são os seguintes: em torno de 70% dos médicos e enfermeiros têm seus contratos temporários e, apenas, 15% têm garantias trabalhistas da CLT e o mesmo percentual por meio do estatuto do servidor público. Trabalho temporário, contratos de prestação de serviços, cargo em comissão, cooperativas são exemplos do cotidiano no ambiente de trabalho destes profissionais;
- o valor salarial do trabalho desses dois profissionais no sistema de saúde precisa ser revisto: enfermeiros continuam trabalhando nas equipes com jornadas semelhantes e salários inferiores àqueles percebidos pelos médicos.

TABELA-RESUMO – PERFIL DOS MÉDICOS DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO BRASIL

Sociodemográfico	Descrição	(%)
♦ Local de moradia	♦ Norte	5,6
	♦ Nordeste	41,7
	♦ Sudeste	38,4
	♦ Sul	10,7
	♦ Centro-Oeste	3,7
♦ Sexo	♦ homens	56,0
	♦ mulheres	44,0
♦ Faixa etária	♦ menos de 40 anos	57,7
	♦ 60 anos e mais	3,2
Formação Técnico-científica	Descrição	(%)
♦ Natureza da instituição formadora	♦ públicas	73,8
	♦ privadas	26,3
♦ Tempo de formado	♦ menos de 15 anos	63,4
♦ Residência médica	♦ sim	37,4
	♦ pediatria	20,5
	♦ medicina geral	14,9
	♦ comunitária	14,2
♦ Curso de especialização	♦ sim	39,5
	♦ medicina do trabalho	18,1
	♦ medicina sanitária	10,8
	♦ saúde da família	9,4
♦ Título de especialista	♦ sim	23,6
♦ Necessidade de aprimoramento profissional	♦ sim	96,4
Inserção no mercado de trabalho	Descrição	(%)
♦ Atividade médica anterior à contratação no PSF	♦ sim	83,0
♦ Modalidade de contratação no PSF	♦ estatutário	14,0
	♦ contrato temporário	69,75
	♦ CLT	15,5
♦ Condições de trabalho	♦ más condições (péssimas, precárias, regulares)	69,3
♦ Atividade profissional desgastante	♦ sim	67,9
♦ Renda mensal obtida com o trabalho médico	♦ média (em dólares)=2.229	...

Fonte: Pesquisa "Perfil dos Médicos e Enfermeiros do Programa de Saúde da Família no Brasil". FIOCRUZ/DAB-MS.

TABELA-RESUMO – PERFIL DOS ENFERMEIROS DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO BRASIL - BRASIL - 1999 (N=1651)

Sociodemográfico	Descrição	(%)
♦ Local de moradia	♦ Norte	6,5
	♦ Nordeste	45,3
	♦ Sudeste	30,2
	♦ Sul	13,1
	♦ Centro-Oeste	5,0
♦ Sexo	♦ homens	9,1
	♦ mulheres	90,9
♦ Faixa etária	♦ menos de 40 anos	77,8
	♦ 60 anos e mais	0,8
Formação técnico-científica	Descrição	(%)
♦ Natureza da instituição formadora	♦ públicas	70,7
	♦ privadas	29,3
♦ Tempo de formado	♦ menos de 15 anos	80,9
♦ Habilitação	♦ sim	37,1
	♦ enfermagem saúde pública	39,5
	♦ enfermagem obstétrica	15,0
	♦ enfermagem médico-cirúrgica	11,8
♦ Curso de Especialização	♦ sim	35,5
	♦ enfermagem em saúde pública	38,4
	♦ enfermagem do trabalho	10,1
	♦ saúde da família	8,2
♦ Necessidade de aprimoramento profissional	♦ sim	97,0
Inserção no Mercado de Trabalho	Descrição	(%)
♦ Atividade médica anterior à contratação no PSF	♦ sim	77,2
♦ Modalidade de contratação no PSF	♦ Estatutário	18,9
	♦ contrato temporário	64,4
	♦ CLT	11,2
♦ Condições de trabalho	♦ más condições (péssimas, precárias, regulares)	62,0
♦ Atividade profissional desgastante	♦ sim	58,9
♦ Renda mensal obtida com o trabalho na área da saúde	♦ média (em dólares)=1123	...

Fonte: Pesquisa "Perfil dos Médicos e Enfermeiros do Programa de Saúde da Família no Brasil". FIOCRUZ/DAB-MS

CONCLUSÕES

Os dados que ora apresentamos, fruto de pesquisas qualitativas e quantitativas, permitem não somente traçar o **Perfil Profissional** como também permitem apontar para um quadro de necessidades de políticas próprias para os segmentos específicos, sem deixar de levar em consideração o perfil das profissões em geral e as necessidades da população. Entre outras, as seguintes questões, no entanto, merecem ser pensadas e formuladas: necessidade de valorização do trabalho; necessidade de se traçarem adequados programas de capacitação e reciclagem profissionais; fixação de profissionais em centros menores; estímulo às especialidades básicas; valorização e reintegração de seu *status quo*; reestruturação das formas e condições de trabalho desses profissionais. A emergência de tais medidas representa uma resposta ao quadro de crise em que as profissões de saúde em geral se encontram, colocando em risco não só esse contingente de milhões de profissionais qualificados, mas e especialmente pelo que representam esses profissionais no contexto mais geral do Sistema de Saúde brasileiro.

Ao analisar os dados por exemplo dos médicos e enfermeiros do PSF, podemos dizer que esses profissionais realçam como dificuldades os seguintes aspectos:

- dificuldade e despreparo de conviver com o cotidiano difícil das comunidades carentes, tais como, violência, fome, pobreza, desnutrição, falta de saneamento básico etc;
- precariedade de infra-estruturas e instalações do ambiente de trabalho nas comunidades;
- distância e difícil acesso às comunidades;
- excesso de trabalho, por vezes burocráticos, que médico e principalmente enfermeiros têm que excetuar diariamente;
- pouca ou nenhuma qualificação, mais especificamente dos médicos, em lidar com questões da saúde pública;
- o despreparo é geral e torna-se um elemento crucial a ser resolvido pelos gestores em curto prazo.

Por outro lado, os médicos e enfermeiros que atuam no PSF realçam os seguintes aspectos positivos:

- restauração da relação profissional – paciente. Médicos e enfermeiros passaram a ter uma relação mais estreita e dialógica com seus pacientes;
- convívio com as famílias de seus pacientes, possibilitando melhor relacionamento e conhecimento da realidade local;
- elevação do prestígio social desses profissionais junto à comunidade;
- restabelecimento da confiança, do crédito social, da ética e do bom convívio entre esses profissionais e seus pacientes;
- possibilidade de criar vínculos de responsabilização entre aqueles que produzem os serviços de saúde, aqueles que utilizam esses serviços e os que gerenciam o Sistema de saúde.

Por fim, vale ressaltar que o PSF precisa ficar atento à necessidade de se construir de fato um perfil profissional de médicos e enfermeiros, que busquem uma adequação entre a clínica e a saúde pública

O PSF precisa elevar os patamares das condições de trabalho dos médicos e enfermeiros, reduzindo assim a precarização do trabalho

O PSF precisa resolver a questão da formação profissional daqueles que já estão atuando, chegando a eles um efetivo programa de capacitação. No entanto, o maior desafio que hoje se impõe ao PSF é a adequação dos perfis das equipes de saúde da família das áreas urbanas e rurais no processo de expansão do Programa, bem como associar cuidadosamente o processo de especialização crescente dos serviços de saúde e a defesa por uma assistência integral e resolutiva para a população.

Esses estudos que aliam aspectos quantitativos e qualitativos da vida cotidiana desses profissionais e/ou especialistas são estudos preciosos que auxiliam, em muito, o conhecimento da sua realidade, permitindo, assim, a formulação de políticas de recursos humanos adequadas à realidade e às necessidades da população.

UM BANCO DE DADOS A SER EXPLORADO NA PERSPECTIVA DOS RECURSOS HUMANOS PARA O SUS: A EXPERIÊNCIA DO OBSERVATÓRIO DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE

Heleny de Oliveira Pena Machado, Kátia Rejane de Medeiros,
Paulette Cavalcante de Albuquerque & Garibaldi Dantas Gurgel Junior



A TEMÁTICA RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE

No final da década de 1990, o Ministério da Saúde e gestores das esferas estaduais e municipais do Sistema Único de Saúde promoveram o que se chamou de Reforma da Reforma Sanitária Brasileira (Dal Poz & Viana, 2000).

Dentre os cinco pontos centrais desse redirecionamento do sistema, um aponta para a questão da gestão e desenvolvimento dos Recursos Humanos. De fato, num contexto de constantes demandas, o gestor do SUS, em particular o gestor municipal, lida com dificuldades variadas, tais como, a fixação de profissionais de saúde em municípios de pequeno porte e necessidade de adoção de novas tecnologias em saúde (Freese De Carvalho, 2000).

A preocupação com os Recursos Humanos para o setor saúde não é nova, pode-se dizer que é crônica a constatação de que esse é um nó crítico dos sistemas de saúde no país. O tema é analisado na I Conferência Nacional de Saúde na década de 40 (Barrios, 1930), retomado pela III Conferência, em 1963, e reiterado na década de 70, como um dos principais problemas que afeta a produção dos serviços de saúde. Continua, nas décadas seguintes, sendo considerado tema de central importância para a consolidação das políticas nacionais de saúde, tanto que são produzidas duas Conferências Nacionais de Recursos Humanos no país (Brasil, 1993).

A primeira, ainda na década de oitenta (1988), discute a distribuição geográfico-social dos recursos humanos; composição das equipes de saúde e formação de recursos humanos, entre outros (Sayd, J. D. et al., 1988). A segunda, realizada em 1993, discutiu a Ética no SUS, Mercado de trabalho em saúde no Brasil e a Gestão dos Recursos Humanos e a municipalização da saúde (Brasil, 1993).

Confirmando a tendência, desde a criação do SUS, vem-se mostrando a necessidade de rever a gestão dos recursos humanos, tanto no que se refere à sua distribuição geográfico-espacial, quanto nas formas de gestão de pessoal. Os recortes dados nas publicações vão desde as abordagens da gestão dos recursos humanos até à sociologia das profissões que pertencem ao setor saúde.

Zucchi (1998) e Santana (1996) afirmam que no Brasil os recursos humanos em saúde são caracterizados por graves insuficiências qualitativas e quantitativas com uma distribuição desigual, o que impõe a um número cada vez maior de gestores o envolvimento com tal questão.

Essa temática reveste-se de especial importância dada a natureza das organizações de saúde, fortemente dependentes de seus operadores, já que são classificadas como organizações profissionais (Dussault, 1992).

Tomando-se a categoria médica, central para as organizações de saúde, e analisando-se a história da formação das escolas médicas, vê-se que tal história contribui para a distribuição não programada da categoria, uma vez que a formação dessas escolas no Brasil atende a conjunturas e interesses políticos, econômicos ou técnico-científicos (Dal Poz Varella, 1995). Esses autores apresentam um quadro situacional da oferta de vagas, condições de ingresso nas escolas e exercício profissional dos cursos na área de saúde. No que tange à oferta de vagas para a categoria médica, observa-se que há uma concentração de oportunidades nas Regiões Sudeste e Sul do país.

Já, tomando a distribuição dessa mesma categoria, Bittar (1999) analisa o número de médicos por regiões e estados do Brasil, tendo como ano de referência o de 1996. O autor reforça os achados de Dal Poz e Varella, pois aponta estarem no sul e sudeste o maior contingente de vagas para o curso médico, ocupando o Nordeste o terceiro lugar no rol de oferta de vagas. Chama atenção que, dos sete estados que compõem o norte do Brasil, cinco

deles não dispõem de escola médica (Amapá, Acre, Tocantins, Roraima e Rondônia). O artigo reflete que a distribuição de médicos, de vagas e mesmo de escolas médicas, repete a concentração nos estados do Sudeste, Sul e Centro-Oeste, ou seja, além do crescimento de profissionais estar ocorrendo em números superiores às necessidades da população, há ainda a concentração para as regiões e cidades economicamente mais bem sucedidas, o que num futuro próximo implica um estrangulamento de oferta de profissionais nessas regiões.

Nesse contexto, o autor sugere que pesquisas sejam desenvolvidas, no sentido do conhecimento da real necessidade de profissionais, tanto no geral, como de acordo com as especialidades médicas, como forma de melhor entender o problema da carência de profissionais médicos no país (Bittar, 1999).

Visando a potencializar o trabalho das instituições de ensino e pesquisa e instrumentalizar o processo de tomada de decisão acerca dos Recursos Humanos no País, a OPAS, apoiada pelo Ministério da Saúde, cria a Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde nas Américas. Uma delas, a estação pernambucana, desenvolve seus trabalhos no Núcleo de estudos em Saúde Coletiva do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães-NESC/CPqAM/FIOCRUZ.

Uma das linhas de pesquisa da Estação de Trabalho no NESC/CPqAM/FIOCRUZ, em Pernambuco, busca caracterizar a distribuição dos Recursos Humanos em diferentes serviços de saúde nos diversos municípios e estados da federação, utilizando de dados dos Sistemas de Informações Assistenciais. Isto é, partindo dos dados dos Sistemas de Informação, busca-se uma relação entre possíveis vazios de Recursos Humanos, onde se apresentarem vazios assistenciais e, em caso contrário, onde houver boa dispersão assistencial deverá ocorrer boa distribuição de Recursos Humanos.

Buscando colaborar com o desenvolvimento de pesquisa que aponte para o acompanhamento temporal do quantitativo da necessidade de profissionais médicos, através dos dados dos Sistemas de Informações e do seu elenco de variáveis disponíveis, a estação aposta, assim, no potencial presente nos Sistemas de Informações em Saúde, manejando o conjunto de informações disponíveis nos Sistemas de Informações Assistenciais - Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS), Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA /SUS).

Esse dimensionamento pode ser estimado a partir da caracterização da oferta/não oferta de serviços de saúde nos municípios, tendo como pressuposto que a disponibilidade de profissionais de saúde está ligada a essa oferta ou não-oferta.

SOBRE A POTENCIALIDADE DOS SISTEMAS NACIONAIS DE INFORMAÇÕES EM SAÚDE

Os Sistemas de Informação em saúde, sejam eles assistenciais ou epidemiológicos, têm sido apontados como ferramentas importantes para o diagnóstico de situações de saúde, com vistas a intervenções mais aproximadas do quadro de necessidades da população, possibilitando a identificação de áreas onde há uma escassez na oferta de serviços e profissionais de saúde.

Nesse contexto, busca-se dinamizar as bases de dados nacionais, que, alimentadas regularmente por municípios e estados, tendem a ser subutilizadas no seu potencial de instrumentalizar a tomada de decisões e de produção científica. Observa-se que os gestores de sistemas de saúde têm demonstrado uma preocupação em conhecer e apropriar-se do elenco de recursos existentes nos bancos de dados, o que possibilitaria definições mais acertadas na alocação de recursos e na priorização de ações no setor saúde.

Por outro lado, nota-se também entre as instituições de pesquisa uma preocupação em agilizar e ampliar a função desses sistemas, considerando-se que, apesar dos esforços destinados em utilizar com maior frequência tais recursos, identifica-se ainda a existência de subutilização das bases de dados, perante seu potencial de variáveis e informações disponibilizadas.

Na produção científica, esses Sistemas de Informações têm merecido atenção. Vale destacar que, nos estudos, são identificadas algumas limitações dos Sistemas de Informações em Saúde como seu nível de desagregação e a falta de unicidade ou diálogo entre os sistemas, uma vez que são de responsabilidade de distintas agências nacionais e de diversos setores do próprio Ministério da Saúde (Baldijão, 1992; Carvalho, 1997).

Entretanto, ressalvadas as restrições, a capacidade dos Sistemas de Informações Assistenciais é considerada como elucidativa e com muitas

outras possibilidades, além daquelas relacionadas à remuneração da produção de serviços.

Os bancos de dados dos Sistemas de Informações representam ferramenta fundamental para esse trabalho e são hoje pouco explorados no que se refere à área de Recursos Humanos em saúde com enfoque na necessidade de reorganização da assistência. São bancos de dados que dispõem de informações de 12 milhões de internações e 1,3 trilhões de procedimentos ambulatoriais, num país que carece de informações.

Os aspectos positivos – montante de variáveis – disponíveis no sistemas SIH/SUS, como identificação do paciente, caracterização do hospital e gestor (número de leitos, clínicas disponíveis, meios diagnósticos e terapêuticos), entre outros (Levcovitz, 1993); sua agilidade (disponíveis na Internet em até 60 dias) e sua característica de ser a única fonte regular e universal sobre morbidade no país (Almeida, 1996; Baldijão, 1992; Buss, 1993), fazem desse sistema uma importante ferramenta para avaliação e criação de indicadores de desempenho da rede assistencial e de avaliação de sistemas de saúde, identificando gastos, oferta de serviços, demanda e cobertura por assistência.

O SIA/SUS também apresenta vantagens para o estudo da oferta de serviços, englobando todos os procedimentos de assistência à saúde que não exijam internação, sendo amplamente descentralizado nos estados e municípios, além de refletir a produção mensal das unidades do SUS. Nesse sistema, também estão disponíveis as Fichas de Programação Físico-Orçamentária (FPO) e as Fichas de Cadastro das Unidades (FCA) com as quais têm-se a caracterização das unidades e dos gestores. Essas informações garantem ao SIA/SUS condições e capacidade de apresentar elementos quanto ao desempenho dos gestores na seleção e implementação de prioridades assistenciais (Carvalho, 1997).

O SIA/SUS permite a caracterização da rede, num quadro geral de disponibilidade de recursos tecnológicos e humanos, de um município, mesorregião municipal, estado ou região. Nesse sentido, o potencial dos sistemas de informações em saúde é utilizado como demonstrador de acesso e oferta de serviços de saúde para a população.

O estudo de Buss (1993), partindo do Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS), demonstrou consideráveis disparidades na oferta de ser-

viços de saúde no país, através da exploração de variáveis da assistência hospitalar no período de 1984 a 1991. No estudo, chama a atenção o predomínio da oferta de serviços de saúde naquelas regiões consideradas mais ricas, representando uma desigualdade na oferta e no acesso aos serviços de saúde pelas diferentes populações e estratos sociais.

Recentemente, foram apontadas novas potencialidades inovadoras dos Sistemas de Informações Assistenciais, especialmente o SIH/SUS, como fonte complementar na vigilância e monitoramento de Doenças de Notificação Compulsória, apresentando o potencial complementar desse sistema, em relação aos sistemas de informação epidemiológica (Mendes et al., 2000).

Considerando-se que são os municípios os responsáveis pela alimentação regular desses Bancos de Dados, vale salientar as considerações de Médici (1993), que, enfatizando a questão do crescimento dos recursos humanos, assinala o crescimento do emprego nos estabelecimentos de saúde, no Brasil, que passou de 815,7 em 1980 para 1.175,5 mil em 1987.

A inclusão dos municípios nesse processo significa um crescimento dos sistemas de saúde locais, como demonstraram Scatena & Tanaka (1998) ao analisarem a distribuição dos estabelecimentos de saúde no Brasil no período de 1984 a 1992. Os autores observaram que, desde 1985, os municípios já vinham incrementando suas redes de estabelecimentos de saúde, embora ocorra em 1990 um crescimento mais acelerado, quando simultaneamente vai-se reduzindo a participação dos estados e da União nessa oferta. O estudo também revela heterogeneidade no crescimento da oferta nas regiões do país, destacando-se a Região Nordeste onde observou-se o menor incremento no números de equipamentos municipais de saúde e também no total de serviços públicos de saúde.

O estudo revela que, dentro do setor público, os municípios em 1992 já empregavam mais de 50% de algumas especialidades médicas, tais como, clínicos gerais, pediatras, ginecologistas e obstetras. Além desses, destaca-se também a maioria dos odontólogos e técnicos de higiene dental (Scatena & Tanaka, 1998).

Sá (2000) analisou o acesso a serviços de saúde por regiões do país nos anos de 1995 e 1998, através dos dados dos Sistemas de Informações

Assistenciais, segundo os tipos de procedimentos agrupados em Atenção Básica, Média Complexidade e nos procedimentos ambulatoriais de Alta Complexidade. O estudo expressa que, apesar de um crescimento na oferta de serviços de saúde em todo o país, as tendências perversas ainda persistem.

Quanto aos procedimentos de Atenção básica, entre 1995 e 1998, há um aumento da sua produção em todo o país, porém de forma diferenciada entre as regiões. Nas regiões Norte e Nordeste, o incremento na produção se dá às custas apenas dos procedimentos que compõem o grupo AVEIANM, que, na tabela do SIA/SUS, representam aqueles procedimentos mais simples, nos quais incluem-se, por exemplo, as visitas domiciliares dos Agentes Comunitários de Saúde, provavelmente os maiores responsáveis por esse aumento. O número de consultas médicas e de procedimentos de odontologia básica não acompanhou o aumento observado para o conjunto dos procedimentos de Atenção Básica nesses anos, tendo havido inclusive uma redução das consultas médicas entre os dois anos estudados em todas as regiões, com exceção da Região Sudeste. Numa análise mais aprofundada, a desigualdade no acesso é perpetuada e até ampliada, com o Norte e o Nordeste reduzindo o número de consultas médicas por habitante por ano de 1,23 e 1,61 para 1,12 e 1,55, respectivamente.

No grupo de Média Complexidade, não se verifica grande incremento, embora as regiões Norte e Nordeste tenham ampliado o acesso da população a esses procedimentos, aumento esse que se concentra em ultra-sonografias, a propósito do que os autores sugerem a utilização e construção de parâmetros com vistas a uma melhor utilização desse tipo de procedimento.

Já a atenção ambulatorial de alta complexidade reflete a concentração de equipamentos de saúde e profissionais nesse nível de atenção nas Regiões Sudeste e Sul, ainda que se observe um aumento do número de procedimentos realizados em todas as regiões do país. Esses achados sugerem uma ampla possibilidade de investigação.

METODOLOGIA

Numa etapa anterior da produção científica da estação, trabalhou-se com fontes de informações secundárias, através da pesquisa aos Sistemas de Informações Assistenciais (Sistema de Informações Ambulatoriais - SIA/SUS e Sistemas de Informações Hospitalares - SIH/SUS) do ano de 1999.

No SIA/SUS e SIH/SUS, foram selecionadas informações cadastrais de unidades e de produção de serviços. Buscou-se analisar, através dos dados desses sistemas, a distribuição dos procedimentos assistenciais realizados por municípios, segundo faixas populacionais e graus de complexidade dos procedimentos, procurando-se estabelecer relações com o porte da rede de serviços de saúde que realizam tais procedimentos, com a distribuição espacial dessa rede e as dificuldades na oferta desses serviços à população nos municípios, estados e regiões do país.

Os dados do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA-SUS) estão disponíveis de acordo com grupos e subgrupos de procedimentos. Este último é composto por procedimentos bastante específicos, de acordo com a especialidade médica e a complexidade. Dessa forma, é possível identificar o tipo de serviço oferecido pelos municípios, inclusive quanto à especialidade médica e ao grau de complexidade.

Com tais seleções no SIA/SUS, buscou-se identificar o perfil assistencial da rede municipal de saúde nos estados e regiões do país. Criou-se uma tipologia, segundo o nível hierárquico de unidades de saúde do SUS, o que possibilitou a identificação de municípios que dispunham de recursos para o acesso de seus munícipes à Atenção Básica; de Média e/ou Alta Complexidade, ou seja, verificou-se o nível de complexidade da rede de saúde dos municípios no Brasil.

Com a criação dessa tipologia e dos dados de produção ambulatorial da rede de saúde dos municípios, é possível identificar as áreas onde o acesso a serviços de saúde mesmo no nível básico de atenção é zero, ou seja, com a utilização desses recursos, é possível a identificação de áreas de vazios de acesso a serviços de saúde e a inferência sobre a escassez de profissionais médicos nessas áreas.

Nas informações de produção ambulatorial, trabalhou-se com o indicador consulta/habitante/ano, que permite a comparação dos municípios

brasileiros, segundo estados e regiões em relação aos parâmetros de consulta/habitante/ano preconizados pelo Ministério da Saúde.

Porém, destaca-se que antes da construção de tal indicador é necessário atentar-se para algumas seleções dentro do banco de dados de onde identificaram-se formas homogêneas para sua exploração, visto que, a partir de novembro de 1999, a tabela do SIA/SUS passou por uma mudança com a criação de 12 novos grupos de procedimentos e a implantação de classificação de oito dígitos para seus procedimentos. Torna-se relevante expressar que as seleções realizadas no banco de dados do SIA/SUS dizem respeito apenas a procedimentos médicos. Novas investigações nos banco de dados, ou seja, após o período investigado neste trabalho não impõem essa seleção, pois, nos anos posteriores, a base de dados é homogênea quanto ao número de dígitos.

No SIH/SUS, apesar de investigarem-se informações cadastrais, optou-se por trabalhar com dados de produção de internações por municípios no ano de 1999.

Note-se que os indicadores de consulta/habitante/ano e internação/habitante/ano foram construídos através de seleção de população por município, mediante consulta tabnet/DATASUS, que disponibiliza a população estimada pelo IBGE para o ano de 1999. E, para processamento dos dados, utilizou-se como recurso o programa Epi-info, versão 6.04b, através do qual criaram-se tabulações segundo extratos.

CONCLUSÕES

Utilizando-se dos sistemas de informações é possível aferir a necessidade presumida quantitativa/qualitativas de recursos humanos em saúde e outras informações relevantes para a gestão do sistema.

Nossa experiência confirma a possibilidade de utilização mais intensa do volume enorme de informações e o potencial desses sistemas no incremento das políticas de RH em saúde e de experimentação de metodologia adequada à transposição da informação assistencial em necessidade presumida de profissionais de saúde. Aí particularmente reside outro po-

tencial que resulta do processo de desenvolvimento de métodos capazes de apropriar adequadamente os dados e transformá-los em informação estratégica para a gestão.

Através da metodologia e do banco de dados criados pela estação do NESC-CPQAM/FIOCRUZ, com o objetivo de salvaguardar a missão para a qual foi constituída, temos produzido conhecimento das seguintes naturezas:

- comparação, a partir do indicador Internação/habitante/ano, dos municípios brasileiros, segundo estados e mesorregiões em relação aos parâmetros de internação/habitante/ano, preconizados pelo Ministério da Saúde e discutir a necessidade presumida de médicos;
- oferta de serviços de saúde no país, de acordo com os níveis de assistência à saúde, apontando para necessidades de recursos humanos nos municípios brasileiros;
- tipologia dos municípios brasileiros segundo nível hierárquico de unidades de saúde do SUS, Atenção Básica, Média e ou Alta complexidade como base para discussão da necessidade presumida de médicos.

Através da metodologia e do banco de dados criados pela estação do NESC-CPQAM/FIOCRUZ, temos a possibilidade de identificar os seguintes fatores:

- a produção assistencial/existência presumida de profissionais médicos em municípios-pólo para Atenção Médica Hospitalar no país, estados e mesorregiões;
- a produção assistencial/existência presumida de profissionais médicos dos municípios do Programa de Interiorização dos Trabalhadores de Saúde do Ministério da Saúde;
- a produção assistencial/existência presumida de profissionais médicos dos municípios brasileiros em condição crítica de acesso aos serviços de saúde, por estado da federação;
- a condição de acesso a serviços de saúde nos municípios contemplados na primeira etapa do Programa de Interiorização do MS antes e após a sua implantação nos municípios.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMEIDA, M. F. Algumas considerações sobre os sistemas de informação em saúde da França e do Brasil". *Informe Epidemiológico do SUS*, Brasília, ano 5, n. 4, p. 7-12, out.-dez., 1996.
- BALDIJÃO, M. F. A . Sistemas de informação em saúde. *Revista São Paulo em Perspectiva*, São Paulo, ano 6, n. 4, p. 21-28, 1992.
- BITTAR, O. J. N. O Mercado médico no Brasil. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, ano 33, n. 1, p. 55-66, jan.-fev., 1999.
- BRASIL . *Cadernos de Recursos Humanos em Saúde* Brasília, v. 1, n.3, p. 41-46, 1993.
- BUSS, P. M. Assistência hospitalar no Brasil (1984-1991): análise preliminar baseada no sistema de informação hospitalar do SUS. *Informe Epidemiológico do SUS*, Brasília, ano 2, n. 2, p. 4-42, mar.-abr., 1993.
- CARVALHO, D. M. Grandes sistemas nacionais de informação em saúde: revisão e discussão atual. *Informe Epidemiológico do SUS*, Brasília, ano 6, n. 4, p. 7-46, out.-dez., 1997.
- DAL POZ, M. & VARELLA, C. Estudo de Condições de Formação e Exercício Profissional em Saúde no Brasil. In: *Recursos humanos em saúde no Mercosul/ Organização Pan-Americana daSaúde*, Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.
- DUSSAULT, G. A gestão dos serviços públicos de saúde: características e exigências. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, ano 26, n. 2, p. 08-19, abr.-jun., 1992.
- LEVCOVITZ, E. & PEREIRA, T. R. C. *SIH/SUS (Sistema AIH): uma análise do sistema público de remuneração de internações hospitalares no Brasil. 1983-1991*. Rio de Janeiro: UERJ/IMS, 1993. 83p.
- MEDICI, A. C. Mercado de trabalho em saúde no Brasil: desafios para os anos noventa. *Cadernos de Recursos Humanos em Saúde*, Brasília, v. 1, n.3, p. 41-46, 1993.
- MENDES, A. C. G. et al. *Informe Epidemiológico do SUS*. Brasília, v. 9, n. 2, p. 67-86, abr.-jun., 2000.

- SÁ, D. A. Avaliação da universalidade do acesso à saúde através dos sistemas de informações assistenciais do SUS Brasil, 1995 e 1997. 2000. Monografia (Curso de Residência em Medicina Preventiva e Social) – Departamento de Saúde Coletiva/CPqAM/Fiocruz, Recife. 2000
- SANTANA, J. P. Recursos humanos: desafios para os gestores do SUS. *Divulgação em Saúde*, Londrina, n.14, ago., 1996.
- SAYD, J. D. et al. Recursos humanos nas conferências nacionais de saúde(1941-1992). *PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, ano 8, n. 2, p. 165-195, 1998.
- SCATENA, J. H. G. & TANAKA, O. Y. Distribuição dos estabelecimentos de saúde no Brasil: para qual modelo caminhamos? *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, ano 32. n. 4, p. 07-25, jul.-ago. 1998.
- ZUCCHI, P. Funcionários por leito: estudos em alguns hospitais públicos e privados. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, ano 32, n. 3, p. 65-76, maio-jun., 1998.

A INFORMAÇÃO PARA A GESTÃO LOCAL DE RECURSOS HUMANOS DA SAÚDE: O SISTEMA DE INFORMAÇÃO E GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE

Célia Regina Pierantoni



INTRODUÇÃO

Este capítulo trata da importância da informação para os processos de gestão na área da saúde, particularmente referenciada para a área de Recursos Humanos (RHS), descreve a construção de um Sistema de Informação (SIG-RHS) para gestão de RHS e avalia os limites e possibilidades de sua implementação em sistemas e serviços locais de saúde.

Nas instituições de serviço público de saúde, as fontes de dados sobre o quadro de funcionários, em nível nacional e local, são os registros de cadastro funcional e folha de pagamento. Ambos apresentam dados desatualizados e são, em geral, manejados por sistemas centralizados, fora do âmbito dos órgãos de execução. Como instrumentos que essencialmente alimentam sistemas de administração de pessoal (pagamento mensal, direitos e vantagens, entre outros), não contemplam aspectos qualitativos da composição do pessoal ativo na área da saúde.

Além da dificuldade de acesso imposta por condições éticas (sigilo sobre informações pessoais, que envolvem, entre outras coisas, renda mensal), a morosidade e centralização dos processos administrativos de RH respondem pela pouca confiança nos dados de cadastro obtidos nessas fontes. Geralmente esses dados apresentam os mais diversos tipos de desatualização, incluindo aqueles relativos à lotação. Mecanismos informais de cessão de pessoal entre unidades de serviço de saúde (lotação em uma unidade e prestação de serviços em outra) e desvios de função contribuem para a pouca utilidade dessas fontes para estimativas reais de funcionários, funções e lotação.

A prática de atualização de dados cadastrais desenvolvida nos setores de RH da administração pública envolve processos amplos de recadastramento desencadeados em períodos regulares. Os períodos coincidem com mudanças de governo e antecipam, em sua maioria, a implementação de políticas de RH restritivas, relacionadas a perdas ou suspensão de vantagens, estabelecendo um caráter punitivo no fornecimento dos dados. Tal levantamento de dados é realizado por meio de grandes procedimentos censitários, centralizados e formatados na lógica burocrática, que distribui sanções (como corte de pagamento) a quem não os preencha e negligencia a fidelidade das informações prestadas.

Assim, as atualizações de dados realizadas por recadastramento geral de funcionários não se constituem em fontes 'reais' de informação, por acumularem vícios de concepção, execução e preenchimento, além de não terem como objetivo a qualificação de dados para demandas de setores específicos: são instrumentos concebidos por uma ótica puramente administrativa e centralizada.

GESTÃO E INFORMAÇÃO SOBRE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE

Há décadas vem sendo discutido, com diferentes abordagens, o papel dos gerentes como máquina de tratamento de informações. Nesse aspecto, são apontadas discussões atuais que dimensionam a informação e sua utilização. A informação pode representar um 'problema' para o 'ator-decisor': as possibilidades referidas à utilização da informação extrapolam questões relacionadas com a tomada de decisão. Podem ser utilizadas para justificar decisões já tomadas e seguramente podem estar relacionadas com o poder e seu exercício. Deter a informação pode delimitar espaços de competência: simbolicamente, quem possui a informação "é mais competente" (Dery, 1996).

A informação, no sentido particular a sistemas de informação, pode-se revestir de diferentes atributos, de acordo com Sanches (1997): **verdadeira ou falsa**, se corresponde à realidade ou não; **nova ou velha**, se adiciona ou não conhecimento novo a quem a recebe; **corretiva ou ratificativa**, se modifica ou confirma informação anterior; **original ou complementar**, se inclui ou

atualiza/amplia informação. Em qualquer caso, os elementos comunicados só terão o caráter de informação se contribuírem para ampliar o nível de conhecimento de quem as recebe, para reduzir incertezas ou instrumentalizar as decisões a serem efetivadas.

As principais fontes de informações sobre recursos humanos em saúde são grandes bancos de dados, de diferentes sistemas, organizados de acordo com a lógica da instituição ou do objetivo de utilização da informação. A maioria dessas fontes trabalha com um nível de agregação elevado de dados, e sua utilização em nível local para subsídio a processos de gestão é praticamente inviável.

Essas fontes de dados e informações sobre recursos humanos em saúde podem ser agrupadas em grandes blocos.¹ As **quantitativas**, que se referem às pesquisas realizadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), envolvendo os censos demográficos decenais e as pesquisas por amostragem domiciliar (PNAD). Os censos são inquéritos demográficos nacionais realizados desde 1872 e que a partir do uso de meios informatizados de apuração podem ser disponibilizados para utilização sistemática. A PNAD realizada anualmente tem como finalidade a produção de informações para avaliação do desenvolvimento socioeconômico do país. As informações estão agregadas por setor de atividade e por categorias profissionais.

As relativas a **empregos ou postos de trabalho** via a pesquisa da Assistência Médico-Sanitária (AMS) realizada pelo IBGE. A Pesquisa Mensal de Emprego (PME), também realizada pelo IBGE, tem abrangência geográfica nas grandes regiões metropolitanas de capitais (Recife, Salvador, Belo Horizonte, Rio de Janeiro, São Paulo e Porto Alegre) e fornece indicadores de mercado de trabalho, com dados domiciliares inventariados por questionário. O Ministério do Trabalho possui a Relação Anual de Informações Sociais (RAIS), que fornece dados sobre emprego e remuneração para todos os ramos de atividade econômica do país, através de consulta aos estabelecimentos do setor formal da economia. No setor estão listadas as categorias médica, enfermagem e pessoal de enfermagem (englobando todas as atividades auxiliares do setor). O Cadastro Geral de Empregados e Desempregados (CAGED), também disponibilizado pelo Ministério do Trabalho, possui informações fornecidas mensalmente sobre fluxo de movimentação de pessoal.

¹ Sugerimos consultar Girardi & Carvalho (1996) e Dal Poz (1995).

As **formas de organização corporativa** detêm informações que podem ser obtidas em registros de sindicatos, federações, associações e conselhos profissionais. Essas últimas possuem maior regularidade, em virtude da legislação que determina a necessidade de registro para o exercício profissional.

Com relação a **fluxo e estoque de profissionais** tem-se as informações fornecidas pelo Ministério da Educação sobre egressos das escolas de nível superior, médio e elementar.

Os **registros administrativos** utilizados em sistemas locais e serviços de saúde fornecem informações relativas a cadastro funcional e folha de pagamento.

QUADRO-SÍNTESE DAS FONTES DE DADOS E INFORMAÇÕES SOBRE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE

Fontes de dados e informações sobre recursos humanos em saúde

Quantitativas: censos demográficos decenais e pesquisas por amostragem domiciliar realizadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Estoque de profissionais: egressos das escolas de nível superior, médio e elementar fornecidos pelo Ministério da Educação.

Empregos ou postos de trabalho: pesquisa da Assistência Médico Sanitária realizada pelo IBGE, Relação Anual de Informações Sociais (RAIS), com dados sobre emprego e remuneração no setor.

Registros administrativos: folha de pagamento e cadastro funcional.

Formas de organização corporativa: registros de sindicatos, federações, associações e conselhos profissionais.

É consensual que a produção de estoques de informação orienta-se por uma racionalidade técnica e produtivista. A distribuição ou transferência da informação, contudo, está condicionada por uma limitação contextual e cognitiva. Para intervir na vida social gerando conhecimento, a informação precisa ser transmitida e aceita como tal e adequada aos espaços e necessidades sociais que não são homogêneos como o processamento técnico da informação.

O SISTEMA DE INFORMAÇÃO E GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE (SIG-RHS): um pouco da história e características atuais

O sistema de informação e gestão de recursos humanos em saúde (SIG-RHS) começou a ser concebido no contexto das reformas do sistema de saúde, implementadas a partir de 1987, na Secretaria de Estado de Saúde do Estado do Rio De Janeiro (SES/RJ). A proposta de reforma, à época, preconizava a unificação da gestão local do sistema de saúde, independente de esfera administrativa (Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde – SUDS).

As funções estabelecidas para a gerência de RH na SES/RJ fortaleceram a necessidade de informações quantificadas e qualificadas sobre todo o contingente de recursos humanos em saúde no âmbito do Estado do Rio de Janeiro. Algumas das funções mais simples, como relotação, obedeciam a critérios variados, desde clientelismo à dispensa de funcionários por motivos pessoais (do funcionário ou de quem o dispensava). Essas práticas provocaram distorções, como unidades de saúde com excesso de funcionários para sua capacidade de produção de serviços de saúde, enquanto outras se apresentavam permanentemente aquém das necessidades estimadas.

Outro ponto importante era a defasagem observada entre as aposentadorias e demissões, e a realização de concursos para provimento dos cargos vacantes, já acentuadas em função da crise fiscal do Estado, particularmente nas dependências sob administração pública federal.

Essa proposição incluía um cadastramento de toda a força de trabalho em saúde do Estado do Rio de Janeiro, não em bases quantitativas, mas com dados qualitativos que fornecessem uma definição da composição desse contingente de trabalhadores. A concepção original do projeto envolvia o cadastramento universal dos funcionários públicos da área da saúde do Estado do Rio de Janeiro, com início no município do Rio de Janeiro, de forma regionalizada, não importando a dependência administrativa. A metodologia para sua aplicação previa as seguintes ações:

- sensibilização prévia das unidades / regiões a serem cadastradas, através de exposições, cartazes e outros meios disponíveis para disseminar informações sobre o processo e diminuir expectativas positivas ou negativas acerca da utilização desse 'novo recadastramento';

- coleta de dados descentralizada, a partir de consultas diretas realizadas na presença de servidor a ser cadastrado. O preenchimento dos campos do cadastro seria realizado por funcionários treinados para essa finalidade, e as informações validadas por chefia superior na unidade de serviço.

Essas estratégias visavam à construção de um banco de dados que pudesse produzir informações aproximadas da realidade e, em etapa seguinte, ser alimentado pela adoção de procedimentos inseridos nos processos administrativos de RH capazes de manter a atualidade dos dados.

A partir da experiência desenvolvida na SES/RJ, o projeto que envolveu a concepção e disseminação do SIG-RHS foi desenvolvido, mais tarde, no Departamento de Planejamento e Administração em Saúde (DAPS) do Instituto de Medicina Social (IMS) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ).²

O programa desenvolvido operava com arquivos do tipo *Data Base File* (DBF), em linguagem *Clipper*. Sua atualização e aprimoramento, com o desenvolvimento de sucessivas versões, foram feitos paralelamente à implantação do sistema, tendo como base as observações e críticas dos usuários. Mais ainda, poderia ser utilizado e disseminado nas instituições de saúde, dispensando qualificações específicas na área de informática para manuseio.

A partir de 1997, foi desenvolvida a migração do sistema para ambiente *Windows*, em linguagem *Delphi*, mantendo-se ainda as características de relatórios fechados (SIG-RHS Versão 2.0 para *Windows*). A versão 3.0 agrega modificações como possibilidade de acúmulo histórico de dados relativos à vida funcional e relatórios abertos (disponibilizada em português, inglês e francês).

A coleta de dados é realizada utilizando-se formulário padronizado. Os elementos da base de dados do sistema podem ser classificados nestas três categorias: características pessoais; dados de habilitação e capacitação e dados relativos ao trabalho.

As características pessoais compreendem dados atualizados de cadastro, como matrícula, nome, sexo, data de nascimento, endereço completo e cadastro

² O software foi desenvolvido por equipe coordenada pelo Prof. Mário Roberto Dalpoz do DPAS/IMS/UERJ atualmente consultor para recursos humanos da OMS.

de pessoas físicas (CPF). Essas informações permitem caracterizar e analisar a estrutura da força de trabalho em saúde com relação a diversas variáveis, como, por exemplo, a distribuição de trabalhadores por faixa etária e sexo.

Os dados relacionados com habilitação e capacitação incluem escolaridade, categoria, especialidade de formação e a exercida, outras formações e registro em conselho/associação profissional. Permitem, portanto, a análise do nível de escolaridade, identificação de trabalhadores sem formação e das necessidades de escolarização, análise da composição das diversas categorias profissionais, avaliação da qualificação e exercício profissional, avaliação de possibilidades de progressão ou desvio funcional, alocação e composição de especialidades, recomposição de equipes.

A qualificação da relação de trabalho comporta dados de vínculo empregatício, data de admissão, cargo, função, setor, carga horária, jornada de trabalho, órgão atual do exercício profissional, cargo em comissão e afastamentos. Esses dados, entre outras coisas, permitem a análise do tempo de serviço, da alocação de pessoal nas diversas unidades, da distribuição de pessoal das diversas instituições lotados nas unidades, da alocação de pessoal nos diversos setores das unidades, da distribuição das funções e desvios funcionais, do quantitativo de plantonistas e diaristas, além de apontar aponta o percentual de trabalhadores afastados e licenciados e respectiva lotação e a análise da estrutura de cargos da instituição.

A combinação desses dados permite a emissão de relatórios. A equipe técnica do local de implantação é cadastrada no programa, podendo ter acesso limitado ou total às informações constantes do cadastro.

A partir de demandas locais, o programa foi implantado em Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde e Unidades Assistenciais, com objetivos direcionados aos processos de administração, gestão e planejamento dos Recursos Humanos em saúde.

Atualmente incorpora as atividades desenvolvidas pela Estação de Trabalho IMS/UERJ da Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde e está disponibilizado para consulta no *site* www.obsnet.ims.uerj.br.

A AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DO SIG-RHS

Objetivos e Método

Com o objetivo geral de avaliar a implantação de uma inovação para a área de gestão de recursos humanos em saúde, o SIG-RHS, e a possibilidade de utilização das informações por ele geradas na formulação e implementação de políticas pertinentes para qualificação do processo de gestão do sistema de saúde, foi desenvolvida uma pesquisa utilizando a metodologia de avaliação de processo de implementação em políticas públicas.³ No Brasil, essa ferramenta de avaliação tem sido desenvolvida e aplicada por pesquisadores em diversificadas áreas das políticas sociais e de saúde.⁴

Os objetivos específicos dessa pesquisa alinharam-se nas seguintes ações:

- identificação dos diferentes tipos e graus de participação dos atores relevantes na implantação e utilização do SIG-RHS e sua intervenção na variação dos resultados esperados;
- aferição da qualidade dos processos de implantação e dos fatores condicionantes para os resultados;
- identificação dos limites e possibilidades para introdução de uma tecnologia com base em informações qualitativas na área de gestão de recursos humanos;
- avaliação da satisfação dos gestores pela utilização da informação na área de recursos humanos em saúde;
- aferição da utilização da informação gerada pelo SIG-RHS por organizações de representação da área da saúde e outras.

O foco da investigação foi dirigido para os condicionantes institucionais do desempenho da implantação do SIG-RHS e do que poderia ser caracterizado como subsistemas, através dos quais foi realizada essa implantação. Tentou-se identificar os fatores e situações que facilitam ou dificultam sua implementação, para alcançar os objetivos esperados pela introdução

³ Esta pesquisa faz parte da tese de doutoramento da Prof. Célia Regina Pierantoni e foi orientada pela Prof. Ana Luiza D'Ávila Viana (PIERANTONI, 2000).

⁴ Sugerimos consultar RICO (1999), HARTZ (1997), VIANA (1996, 1997,1998), entre outros autores e publicações da área.

dessa tecnologia no arsenal de instrumentos passíveis de utilização para a gestão de recursos humanos em saúde. Para a realização da pesquisa, foi utilizado o estudo de casos.

A escolha dos locais para estudo contemplou quatro Secretarias Estaduais de Saúde e cinco Secretarias Municipais de Saúde, entre o universo que solicitou a implantação do SIG-RHS desde 1993.

Quando da realização do estudo, esses locais não necessariamente mantinham relações com a equipe responsável pelo desenvolvimento do projeto⁵ (a equipe poderia ou não estar acompanhando o desenvolvimento do processo). Optou-se, nessa escolha, por locais que obedecessem a critérios diversificados de localização geográfica e de regionalização, contingente de servidores a ser cadastrado e períodos de implantação não coincidentes que pudessem dar uma aproximação real das diversidades de ambientes institucionais para a implantação do SIG-RHS.

A escolha não envolveu qualificação prévia que pudesse estar relacionada com a implantação e utilização do sistema, na expectativa de que a diversidade de experiências pudesse contribuir para a identificação de similaridades e divergências no processo em estudo.

Assinale-se que não foi objetivo do estudo discutir o funcionamento do programa e as características técnicas do *software*. Intencionou-se a avaliação sistêmica da utilização de um instrumento (abordagem qualitativa de recursos humanos processados através de recursos de informática) e a potencial capacidade de mudança em processos de gestão de RH, a partir da qualidade e da velocidade das informações obtidas. As visitas e entrevistas realizadas nos locais selecionados, no entanto, permitiram o aprimoramento do *software* do SIG-RHS e a correção da metodologia de implantação. O acompanhamento realizado durante todo o período do processo de investigação permitiu a reformulação continuada do sistema, produzindo as versões posteriores e a migração para o ambiente *Windows*. Outra consideração deve ser feita sobre a singularidade dos locais escolhidos para estudo. Além de apresentarem situações específicas, como contexto de abrangência da secretaria estudada (municipal ou estadual), sabe-se que o processo político de implementação das reformas setoriais não foi homogêneo, apresentando situações diversificadas e mesmo únicas em alguns casos.

⁵ Equipe do DPAS/IMS/UERJ.

Assim, tentou-se identificar alguns condicionantes da viabilização das políticas de saúde e suas relações com a política de recursos humanos implementadas para o setor. Intencionou-se ainda aferir prioridades para a apreensão de instrumentos gerenciais específicos, em situações que favoreçam ou dificultem o seu desenvolvimento e incorporação institucional. Assim, a implantação e utilização do SIG-RHS foi analisada através dos filtros dos indicadores de eficácia, eficiência técnica e eficiência social e, também foram avaliados alguns impactos esperados.

Foram realizadas 15 entrevistas utilizando-se questionário semi-estruturado com visita a nove locais. As questões e proposições levantadas para a pesquisa foram ordenadas nestes três grupos: organização das Secretarias de Saúde e da gestão de recursos humanos; funcionamento do sistema de informação (SIG-RHS) e utilização da informação para apoio à formulação e implementação de política de recursos humanos para a saúde (capacidade de produzir insumos para modificar a relação recursos humanos/gestores/prestação de serviços de saúde).

Questões Relativas à Organização das Secretarias de Saúde e à Gestão Recursos Humanos

- centralização e descentralização do processo de decisão (instituição/sistema);
- processo de decisão da implantação do sistema e coordenação da operacionalização;
- relações entre o sistema, os usuários e o grau de participação dos diferentes agentes no processo de decisão.

Questões Relativas ao Funcionamento do Sistema de Informação (SIG-RHS):

- recursos humanos necessários para implantação do sistema;
- integração do sistema com os procedimentos utilizados na organização para a atualização dos dados;

- utilização da informação: qualificação e periodicidade dos relatórios emitidos;
- dificuldades e facilidades na implantação e utilização do sistema.

Questões Relativas à Utilização da Informação para Apoio à Formulação e Implementação de Política de Recursos para a Saúde

- disseminação da informação e grau de participação dos gestores;
- intervenção nos processos de planejamento e administração de recursos humanos (delimitação do universo);
- capacidade de intervenção na estruturação da rede de serviços.

VARIÁVEIS E INDICADORES ESCOLHIDOS

Entre os fatores que interferem na implantação e utilização do SIG-RHS, foram identificados, para efeito de análise nesta pesquisa, três grupos de variáveis:

Variáveis Independentes (indicadores de eficácia)

As principais variáveis independentes são de natureza institucional e refletem as condições prévias das secretarias de Saúde, dos agentes envolvidos na implementação do sistema e dos processos envolvidos na implantação do sistema de informação.

Variáveis Intervenientes

Este grupo de variáveis contemplou fatores externos à atividade desenvolvida, que afetam os resultados esperados tanto positiva como negativamente, facilitando ou obstando a *performance*. No caso da implantação do SIG-RHS, podemos apontar:

- o número de servidores a serem cadastrados;
- o porte do local e área geográfica de abrangência;
- a existência de outros sistemas desenvolvidos para recursos humanos no âmbito local de implantação do SIG-RHS;
- a ausência de descentralização da gestão de recursos humanos por área de competência, no caso descentralização para as secretarias de Saúde, caracterizada em grande maioria pela gestão alocada nas secretarias de Administração;
- a centralização dos sistemas de processamento de dados e informação.

Variáveis Dependentes

As variáveis dependentes consideradas foram referidas às medidas de desempenho, resultados e impacto da implantação do SIG-RHS que espelham o cumprimento das metas, os impactos sociais, entre outros.

Os indicadores de desempenho (eficiência técnica ou resultados) os resultados quantitativos obtidos na implantação do SIG-RHS em suas atividades-fins. Referem-se à cobertura e abrangência da coleta de dados, aos tempos e produtos relacionados com preenchimento dos cadastros traduzidos na atualização dos dados e na emissão de relatórios. Desta forma a:

- cobertura da implantação foi avaliada pelo cumprimento de metas relacionadas com o universo de servidores cadastrados;
- qualidade dos cadastros foi medida através de mecanismos relacionados com as fontes para coleta de dados e o preenchimento completo dos campos discriminados no cadastro;
- produtividade foi aferida pelo período decorrido entre a coleta de dados e a emissão do primeiro relatório;⁶

⁶ O tempo decorrido entre a coleta de dados e a emissão do primeiro relatório comporta uma etapa importante relacionada com a digitação dos dados. O distanciamento entre a coleta de dados e a emissão de relatórios pode ter como consequência informações não confiáveis relacionadas às movimentações, dispensas, aposentadorias etc., prejudicando a atualidade dos dados e a utilização do sistema como instrumento para planejamento e gestão.

- regularidade da utilização do sistema avaliada pela sistematização da atualização de dados e emissão de relatórios.

Os indicadores de impacto considerados foram:

- a capacidade de indução a mudanças e inovações apreciada pela implantação do SIG-RHS. Esta capacidade pode estar referenciada aos gerentes de recursos humanos, aos gestores do sistema de saúde e às organizações de saúde, com aprendizado, aperfeiçoamento e melhoria de processos institucionais favorecendo a realização de tarefas qualificadas e a procedimentos de integração gerencial entre setores das Secretarias de Saúde.
- a capacidade de indução multiplicadora pela implantação do SIG-RHS, que pode ser traduzida no impacto sobre os processos de RH, gerando novas iniciativas, estímulo à institucionalização ou à continuidade de experiências inovadoras.

Os indicadores de eficiência social resultaram da opinião e avaliação dos usuários do sistema (traduzidas por indicadores que se referem ao grau de satisfação com a implantação do sistema). De outro lado expressaram os indicadores de capital social, ou seja, a utilização das informações geradas pelo sistema por entidades de representação da área da saúde e fora dela, produzindo efeitos na capacidade organizativa e de mobilização dessas entidades (conselhos de saúde, associações profissionais etc.).⁷

CONCLUSÕES

Ao analisarmos o desempenho dos locais estudados, observamos que entre os que apresentaram alto desempenho encontram-se três SMS e uma SES; e entre os de médio desempenho situam-se uma SMS e duas SES. A escolha dos casos não foi uniforme em relação ao quantitativo de SMS e SES.

Tal fato não invalida as indicações dos resultados, pois obviamente as similaridades ou divergências encontradas nos casos em implantação do

⁷ Para texto integral, quadros e tabelas da pesquisa consultar PIERANTONI (2000).

SIG-RHS analisada não estão relacionadas unicamente com as instâncias de governo gestoras e seus atributos específicos. As SMS apresentavam intenso processo de reestruturação administrativa, desencadeado a partir da reforma em curso. A autonomia de gestão dos sistemas municipais de saúde condicionou processos para aprimoramento e otimização de recursos não só financeiros, mas principalmente humanos.

A necessidade de redimensionamento da rede de serviços de saúde, a partir da incorporação de prestadores estaduais e federais, ampliou o universo de atuação. Expôs deficiências ou excessos de recursos humanos não quantificáveis ou qualificáveis pelas fontes de dados disponíveis nos sistemas locais administrativos. Assim, podemos afirmar que nas SMS essas demandas envolviam diretamente os processos de planejamento e gestão.

Os objetivos para implantação do sistema de informação nas SES foram direcionados pela necessidade primeira de um diagnóstico da situação frente às distorções administrativas de diversificadas ordens acumuladas por sucessivas gestões. A descaracterização dos planos de cargos e salários proporcionada por adição de vantagens salariais, jornadas de trabalho especiais ou individualmente, aferidos judicialmente, entre outras coisas, determinaram motivações específicas das SES, o que incluía a elaboração de um novo PCCS.

Os processos nucleares de implantação do SIG-RHS que respondem pelos níveis de desempenho estão relacionados com a **operacionalização do sistema pela área de RH e a qualidade da avaliação e monitoramento.**

- O desempenho observado nos diversos locais estudados não foi condicionado pela decisão da implantação a partir de altas instâncias de gestão (Secretário de Saúde). Os processos foram capitaneados pela área de RH com suporte da área de informática ou somente pela área de RH. A profissionalização da gestão de RH representou um elemento decisivo para o desencadeamento do processo, na qualificação de sua condução e na utilização das informações geradas para a gestão.
- O processo de avaliação e acompanhamento da implantação mostrou-se capaz de detectar distorções e validar os dados digitados. A qualidade dos processos de divulgação da implantação do SIG-RHS, embora tenha apresentado influência positiva na maioria dos locais estudados, não mostrou comportamento linear.

- O investimento e o apoio logístico dispensado para a implantação do SIG-RHS demonstraram influência positiva para implantação do SIG-RHS, particularmente nas SMS. As capacidades institucionais prévias qualificaram o processo de implantação e possibilitaram uniformizar procedimentos em locais com quantitativo elevado de funcionários.
- Apesar de uma tendência para melhor desempenho nas SMS, este entretanto não se mostrou tão diferente daqueles observados nas SES. É importante ressaltar que as finalidades da implantação do SIG-RHS foram de ordens diferentes nas SMS e nas SES e contribuíram para o alcance dos objetivos delineados para a utilização da informação.
- A manutenção de procedimentos considerados inovadores em processos de gestão na administração pública está condicionada à institucionalização desses processos. A descontinuidade de gestão pode impedir a institucionalização, independentemente de capacidades institucionais prévias e do investimento dispensado ao processo.
- A necessidade de informações sistematizadas para a gestão de processos de RH e do sistema de saúde superou condições de baixo desempenho e eficácia do processo de implantação.

Sem dúvida, o processo de reforma do sistema de saúde, por um lado, e a introdução da tecnologia da informática nas organizações, por outro, espelham a via comum demandante do processo de implantação de sistemas de informação. No entanto, a utilização da informação como instrumento de planejamento e gestão na área de RHS ainda necessita de maior institucionalização. A baixa institucionalidade observada pela implantação e manutenção de um sistema de informações com as características do SIG-RHS traduz a opção tecnoburocrática por dados quantitativos espelhados na folha de pagamento.

Experiências exitosas podem ser atribuídas a mecanismos descentralizados de gestão e de avaliação introduzidos na gestão local do sistema de saúde que interferem, entre outras coisas, na sensibilização e participação dos servidores no fornecimento de dados e na valorização de informações qualitativas afetas aos processos de desenvolvimento e valorização dos trabalhadores vinculados ao setor, o que interfere diretamente na qualidade da prestação de serviços de saúde.

Assim, o SIG-RHS possibilita, entre outras coisas, com o uso de *software* e equipamento de informática, as seguintes ações:

- localizar e quantificar o conjunto de RH em unidades de serviços de saúde, no município ou estado, discriminando vínculo, carga horária e função;
- levantar sua composição por sexo, idade, escolaridade, formação, especialização e tempo de serviço;
- detectar o percentual de servidores afastados, licenciados, em desvio de função etc.

Por outro lado, agrega dados que auxiliam a produção de informações para a formulação e implementação de ações na área de recursos humanos, propiciando o estabelecimento de necessidades de pessoal nas diversas unidades de saúde, subsidiando o planejamento de programas de reposição e lotação e detectando prioridades de qualificação profissional e de capacitação de RH. As informações obtidas pelo uso do sistema podem facilitar ainda a reordenação e estruturação de planos de cargos e carreiras quando necessário.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- DAL POZ, M. R. Sistema de informação sobre recursos humanos como instrumento estratégico para alcançar eficiência e democratização na gestão local de saúde. *Educación Médica y Salud*, OPS, v. 29, n 2, p. 164-173, 1995.
- DÉRY, R. Da informação à argumentação. In: CHANLAT, J. F. (coord.). *O indivíduo na organização: a dimensão esquecida*, v. III. São Paulo: Atlas, 1996. 300 p.
- HARTZ, Z. M. A. (org.) *Avaliação em saúde. Dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1997. 131 p
- GIRARDI, S. N.; CHERCHIGLIA, M. L.; CARVALHO, C. L. *Sinais de mercado e regulação institucional do trabalho em saúde nos anos 90*. Estudos RH em saúde. Brasília: Ministério da Saúde - CDRH/SUS, 1996.

- PIERANTONI, C. R. *Reformas da saúde e recursos humanos: novos desafios x velhos problemas. Um estudo sobre recursos humanos e as reformas recentes da política nacional de saúde*. Tese de Doutorado. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2000. 228p.
- RICO, E. M. (org.). *Avaliação das políticas sociais: uma questão em debate*. 2 ed. São Paulo: Cortez, 1999. 155 p.
- ____. Abordagens metodológicas em políticas públicas. *Revista de Administração Pública*. Rio de Janeiro, v. 30, n 2, p. 5-43, mar.-abr., 1996.
- ____. Enfoques metodológicos em políticas públicas: novos referenciais para estudos sobre políticas sociais. In: CANESQUI, A. M. *Ciências sociais e saúde*. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1997. 287 p.
- ____; DAL POZ, M. R.(coord.) *Reforma em saúde no Brasil*. Programa de saúde da família. Informe Final. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 1998 (Série Estudos em Saúde Coletiva, 166). 35 p.

EVOLUÇÃO DA OFERTA DE PROFISSIONAIS
MÉDICOS E ENFERMEIROS NO BRASIL:
DISPONIBILIDADE DO SISTEMA EDUCACIONAL
PARA A FORMAÇÃO



Célia Regina Pierantoni, Tânia França & Thereza Christina Varella

INTRODUÇÃO

O presente trabalho apresenta dados sobre a disponibilidade de formação e oferta de profissionais médicos e enfermeiros, tece alguns comentários sobre a evolução da formação nos últimos anos e levanta algumas reflexões sobre os desafios comuns colocados para o setor educativo e para o de oferta de serviços de saúde. Constitui-se como produto de uma das linhas de pesquisa da Estação de Trabalho IMS/UERJ da Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde (REORHS).¹ Tal pesquisa vem sendo realizada, prioritariamente, a partir da construção do banco de dados relativo ao cadastro das Instituições de Ensino Superior e sobre cursos, vagas, egressos de Medicina, Enfermagem e Odontologia do país.

O cadastro inclui instituições de ensino superior, cursos, esfera administrativa e natureza jurídica, por estado e por região para cada curso. Disponibiliza ainda outras informações, como número de concluintes, vagas oferecidas, aprovados, inscritos em 1ª opção, matriculados, ingressos pelo vestibular ou não, entre outras, que são apresentadas na forma de série histórica no período de 1988 a 1998.²

¹ www.obsnet.ims.uerj.br

² Dados disponibilizados pelo INEP/Ministério da Educação.

RECURSOS HUMANOS – fator crítico para a produção dos serviços de saúde

Estudos e pesquisas relacionadas com o tema aportam de forma peculiar na última década na medida em que Recursos Humanos vem de forma recorrente ocupando a agenda de gestores como ponto nodal para a implementação da política de saúde, que enfrenta hoje desafios relativos a aspectos quantitativos e de distribuição de profissionais como a qualitativos referenciados à formação. As questões que hoje são objeto de debates e mesmo de intervenções governamentais relativas à formação e qualificação profissional representam, no entanto, a desarticulação acumulada na implementação de políticas sociais envolvendo o setor educacional e o de prestação de serviços na área da saúde.

Em uma breve análise é importante retomar que a partir das décadas de 1960/1970, a área de formação profissional sofre uma importante inflexão: o *boom* do ensino superior verificado entre 1965 e 1975. Observado no Brasil, assim como em outros países da América Latina, esse período é marcado por uma extraordinária expansão do ensino superior em todas as profissões, com a multiplicação de escolas e do número de vagas. A reforma universitária brasileira implementada no período, resulta de um longo processo de discussão sobre a necessidade de uma nova configuração para o sistema educacional de terceiro grau, adequando-o a uma política ‘modernizante’ com finalidades relacionadas à maior eficiência e produtividade e que aporte no aumento da clientela para esse tipo de formação.³

Na área da saúde, esta formação foi em grande parte impulsionada pelos estudos e reuniões à época, que estabeleciam marcos populacionais e número de médicos, estímulo para a formação de enfermeiros e qualificação de pessoal de nível médio e elementar.⁴ No período compreendido entre 1965 e 1970, foi autorizado o funcionamento de 33 novas escolas de medicina com subsídios governamentais. Tal fato decorreu, em parte, da política expansio-

³ Neste período ocorre expressiva procura de prestígio e ascensão social pelas camadas médias da sociedade exercendo forte pressão para o desenvolvimento do ensino de terceiro grau no contexto de desenvolvimento econômico por que passava o país (PIERANTONI & MACHADO, 1994).

⁴ A Conferência de Alma Ata (realizada em 1978) recomenda aos governantes a utilização da estratégia de Atenção Primária de Saúde (APS) como forma de alcançar a meta “Saúde para Todos no Ano 2000”.

nista de ensino, assim como de pressões da categoria médica por mais vagas universitárias.

A formação do médico nos seus aspectos relativos à interdisciplinaridade, à integração docente-assistencial e à incorporação de tecnologias pedagógicas ao ensino das profissões de saúde compuseram parte da agenda de discussão dos fóruns financiados por organismos internacionais. Novas profissões são regulamentadas, tanto do ponto de vista da formação quanto da criação de Conselhos, e incorporadas ao arsenal de trabalhadores do setor (como, por exemplo, fisioterapia, terapia ocupacional e nutrição).

Os textos e recomendações sobre o assunto ressaltavam o caráter prescritivo de tais recomendações, sem, no entanto, deterem-se em aspectos relacionados com a pertinência, a viabilidade e a avaliação das políticas implementadas no setor educacional, particularmente na saúde. Mais ainda, a política expansionista do setor educacional reconfigura o mercado de trabalho na área, que a despeito de acompanhar as tendências de 'expansão', traz um desequilíbrio entre oferta e demanda que tem como consequência prática, entre outras, o rebaixamento da remuneração desse trabalho, o que leva as categorias mais estruturadas, como os médicos, a várias formas de exercício multiprofissional.⁵

O acúmulo de expansões de oferta e demanda, determinadas por lógicas individualizadas ou do setor educacional ou do modelo assistencial, vem acentuando desequilíbrios regionais tanto para a abertura de vagas para a formação quanto de postos de trabalho. Mais ainda, acresce o fato de a realidade demográfica e epidemiológica vir se modificando, com isso alterando as necessidades e demandas populacionais por atenção à saúde. Tal cenário aponta para a urgente articulação entre a formação profissional e a organização do sistema de saúde, mediatizado pelo quadro sanitário e influenciado pelas oscilações de um mercado em transformação, especialmente nas últimas décadas.

Por outra via, é importante ressaltar que o processo de transformação não é setorial e decorre de crises que se apresentam em diversificadas estruturas da sociedade. No campo da organização da produção, verifica-se a flexibilização do mercado de trabalho, dos processos de trabalho e dos pa-

⁵ Ver Nogueira (1986).

drões de consumo, exigindo a ampliação das competências do trabalhador, que deverá exercer funções mais abstratas e intelectuais, capacidade de resolver problemas e de enfrentar situações em constante mudança.

No plano da oferta e organização dos serviços de saúde, a crise se manifesta pela contradição entre a visão dominante, que vê a saúde do ponto de vista biologicista, centrado na doença e na medicalização de forte hegemonia médica e a visão da saúde como construção da sociedade, expressão da qualidade de vida calcada na ação intersectorial e no *empowerment* da população.

No campo da educação, revela-se a contraposição de concepções pedagógicas tradicionais expressas por pedagogias transmissoras e a emergência de concepções críticas, reflexivas e que problematizem a realidade social. Mais ainda, as instituições formadoras, especialmente a escola médica, têm apresentado propostas de análise e reformulação do ensino que fortalecem, ainda, a incorporação do conhecimento tecnológico de alta complexidade e custos elevados tanto em práticas diagnósticas quanto terapêuticas, perpetuando modelos tradicionais de seleção de conteúdos e administração de cargas horárias segundo a importância das especialidades (Pierantoni & Ribeiro, 2001).

No plano recente da política de saúde, a introdução de modalidades diferenciadas da relação do Estado com prestação de serviços e a implantação de novos modelos assistenciais⁶ representam uma importante expansão do mercado de trabalho e um crescente desafio para a área de recursos humanos. Esses desafios estão colocados tanto no plano quantitativo e distributivo dos profissionais de saúde quanto nas possibilidades de qualificação do profissional.

A DISPONIBILIDADE DE FORMAÇÃO E OFERTA DE MÉDICOS E ENFERMEIROS

A dimensão estrutural de recursos humanos em saúde tem uma vertente caracterizada por aspectos relacionados com a disponibilidade de profissionais para o mercado de trabalho (formação). Tais aspectos serão apre-

⁶ Como a representada pelo Programa de Saúde da Família.

sentados com foco nos profissionais de nível superior, particularmente, médicos e enfermeiros.

O sistema de ensino superior no Brasil é predominantemente privado (cerca de 60%). A predominância de instituições privadas também é observada na área da saúde. Em algumas áreas observa-se uma participação dominada por estas instituições como, por exemplo, fisioterapia, psicologia, fonoaudiologia e terapia ocupacional.

Tomando como referência duas profissões centrais para a organização da atenção à saúde, discutiremos a oferta desses profissionais utilizando, como categoria de análise o número de cursos e vagas disponíveis, o número de concluintes, a natureza jurídica e a dependência administrativa das Instituições de Ensino Superior.

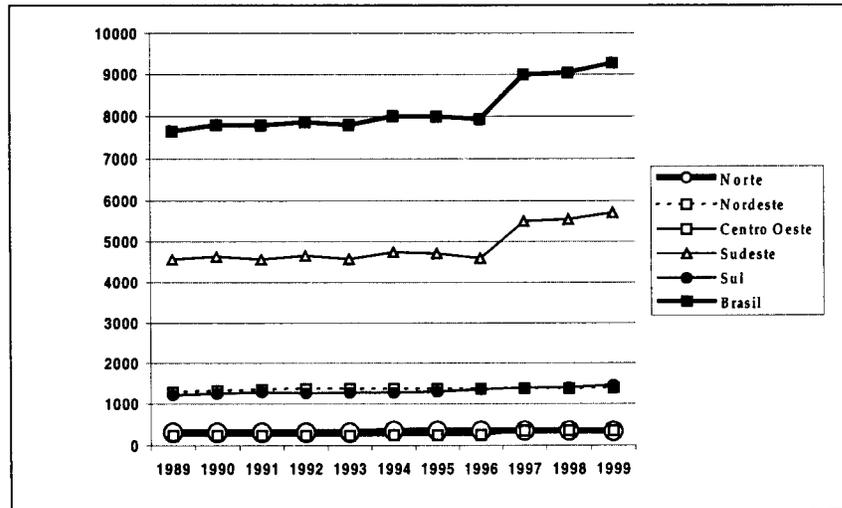
OFERTA DE MÉDICOS

No período analisado, pode-se observar que a oferta de vagas de medicina manteve-se estável até o ano de 1996, em todas as regiões do país. A partir de 97, verifica-se que a expansão na oferta de vagas concentrou-se apenas na Região Sudeste, aumentando ainda mais a desigualdade em relação as demais regiões (Gráfico 1).

De acordo com as informações disponíveis no Conselho Federal de Medicina, em 1999, a relação médico/habitante na Região Sudeste é de 1 médico para 450 habitantes, enquanto na Região Norte essa relação aumenta para 1.200 habitantes. O *boom* verificado na Região Sudeste nos últimos anos da década de 90 indica uma tendência de aumento na concentração da região.

No período entre 2000 e o primeiro trimestre de 2002, foram criadas mais 8 escolas médicas, com a seguinte distribuição regional: três na Centro Oeste, duas na Norte, uma em cada uma das demais regiões (ABEM, 2002). Ainda assim, os dados referentes à oferta de vagas no país apontam, por um lado, que o eixo sul/sudeste é responsável por aproximadamente 77% das vagas oferecidas no país e, por outro, que o aumento das vagas ofertadas no país foi determinado quase exclusivamente pela expansão de vagas no setor privado no Sudeste.

GRÁFICO 1 – EVOLUÇÃO DO NÚMERO DE VAGAS DO CURSO DE MEDICINA POR REGIÃO.
BRASIL, 1989-1999



Fonte: INEP/MEC/Estação de Trabalho IMS/UERJ de REORHS/MS/OPAS, 2002.

Os dados recentes mostram uma relação equilibrada entre instituições de ensino público e privado, entretanto, é o setor público o responsável pela oferta do maior número de vagas, conforme pode ser visto na Tabela 1.

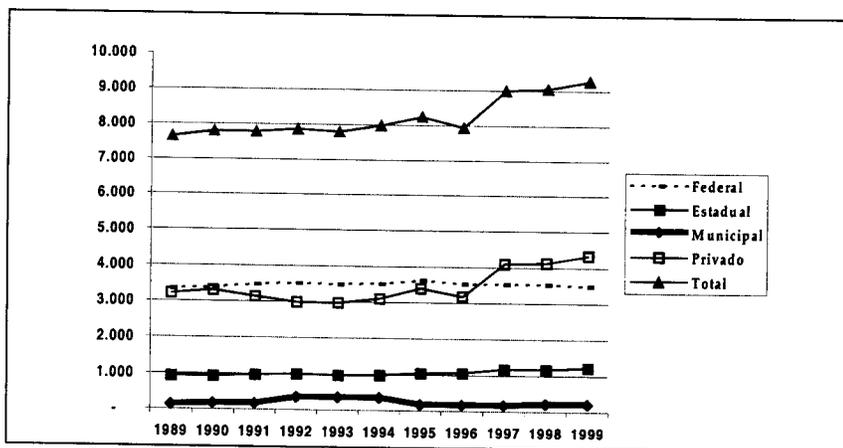
TABELA 1 – NÚMERO DE ESCOLAS DE MEDICINA E NÚMERO DE VAGAS SEGUNDO TIPO DE ESTABELECIMENTO POR REGIÃO. BRASIL, 2002

Região	Escolas			Vagas		
	Público	Privado	Total	Público	Privado	Total
Norte	5	2	7	444	100	544
Nordeste	13	2	15	1220	300	1520
Centro Oeste	5	2	7	412	200	612
Sudeste	18	36	54	1973	3665	5638
Sul	12	11	23	1034	685	1719
Total	53	53	106	5083	4950	10033

Fonte: ABEM/2002. Estação de Trabalho IMS/UERJ da REORHS/MS/OPAS.

A oferta de vagas no setor público é predominantemente de instituições federais que vêm se mantendo estável por toda década. Observa-se, no Gráfico 2, um discreto aumento na oferta de vagas de instituições estaduais (25%) no período que pode estar associado ao aumento da ordem de 50% do número de cursos ofertados.

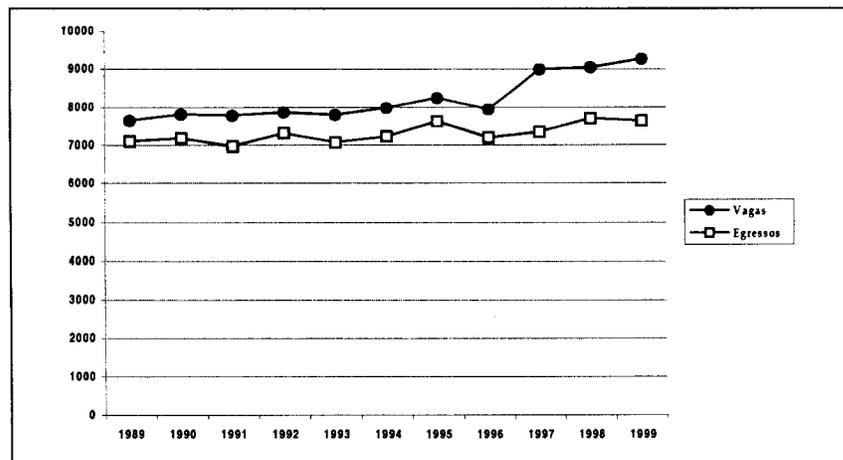
GRÁFICO 2 – EVOLUÇÃO DO NÚMERO DE VAGAS DO CURSO DE MEDICINA SEGUNDO A DEPENDÊNCIA ADMINISTRATIVA. BRASIL, 1989-1999



Fonte: INEP/MEC/Estação de Trabalho IMS/UERJ de REORHS/MS/OPAS, 2002.

O quantitativo de egressos dos cursos de medicina vem se mantendo estável nas últimas duas décadas, em torno de 7.600 por ano. A repercussão no número de egressos decorrente do aumento do número de vagas a partir de 1996 deverá ser observado nos próximos anos, em função do tempo exigido para a formação. A comparação da evolução do número de vagas ofertadas com o número de egressos (Gráfico 3), sugere que o curso de medicina tem uma baixa evasão, se compararmos o quantitativo de egressos do ano de 1998 (7.705) com o quantitativo das vagas de 1993 (7.800).

GRÁFICO 3 – EVOLUÇÃO DO NÚMERO DE VAGAS E DE EGRESSOS DO CURSO DE MEDICINA. BRASIL, 1989-1999



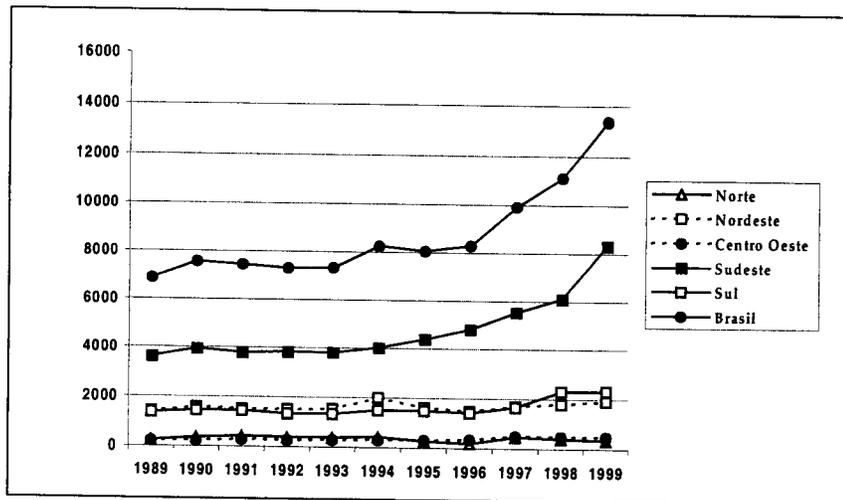
Fonte: INEP/MEC/Estação de Trabalho IMS/UERJ de REORHS/MS/OPAS, 2002.

OFERTA DE ENFERMEIROS

Foram criados 30 cursos novos na década de 90, em sua maioria em instituições privadas localizadas principalmente nas Regiões Sudeste e Sul. Até o final da década, o número de instituições de ensino superior responsáveis pela formação de enfermeiros era da ordem de 142 Instituições, das quais 51% do setor público.

Observando-se, no Gráfico 4, a evolução da oferta do número de vagas para enfermeiros no período entre 89 e 99 verifica-se, de forma similar a da oferta de vagas de medicina, a mesma tendência de crescimento e de concentração na Região Sudeste, atrelada a expansão do setor privado. A tendência de aumento se verifica em todas as regiões, à exceção da Região Nordeste.

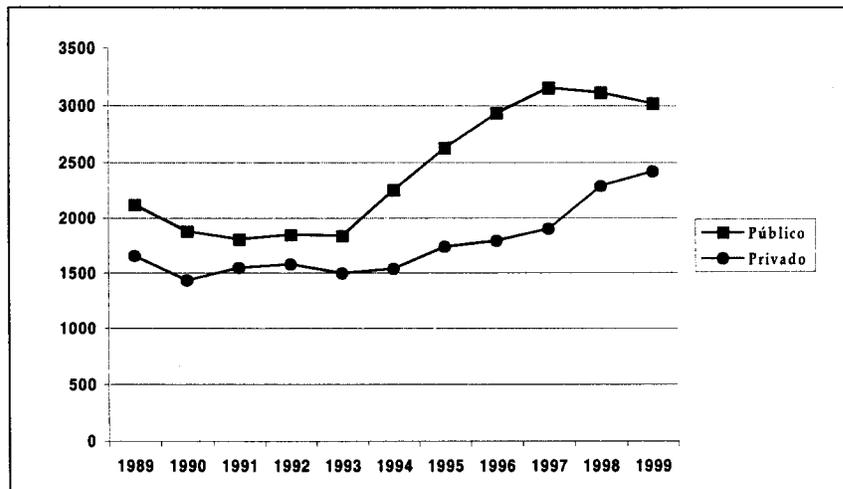
GRÁFICO 4 – EVOLUÇÃO DO NÚMERO DE VAGAS DO CURSO
DE ENFERMAGEM POR REGIÃO. BRASIL, 1989-1999



Fonte: INEP/MEC/Estação de Trabalho IMS/UE RJ de REORHS/MS/OPAS, 2002.

Um fator que chama a atenção na formação de enfermeiros é que apesar de predominarem instituições públicas de ensino no país, a oferta de vagas é significativamente maior no setor privado (61%), mas é o setor público o responsável pelo maior contingente de egressos, conforme pode ser visto no Gráfico 5.

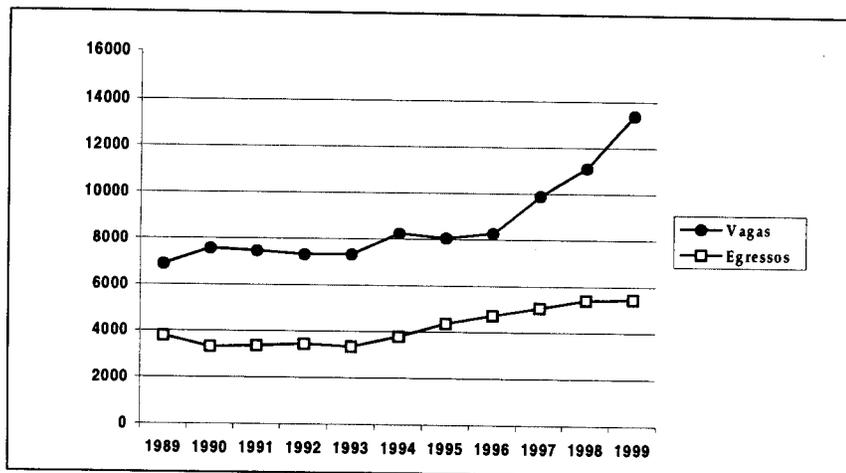
GRÁFICO 5 – EVOLUÇÃO DO NÚMERO DE EGRESSOS DO CURSO DE ENFERMAGEM POR TIPO DE ESTABELECIMENTO. BRASIL, 1989-1999



Fonte: INEP/MEC/Estação de Trabalho IMS/UERJ de REORHS/MS/OPAS, 2002.

O número de egressos de enfermagem aumentou significativamente no decorrer da última década. Se tomarmos como referência o quantitativo no primeiro ano (3.320) e o quantitativo do último ano (5.447), temos um crescimento aproximado de 60%. De forma oposta ao comportamento verificado com a medicina, no que se refere a relação entre oferta de vagas e egressos, percebe-se um distanciamento significativo entre essas duas variáveis, conforme pode ser visto no Gráfico 6. Essa situação pode ser explicada, por exemplo, por uma evasão quase constante do curso ou por não preenchimento das vagas oferecidas.

GRÁFICO 6 – EVOLUÇÃO DO NÚMERO DE VAGAS E DE EGRESSOS DO CURSO DE ENFERMAGEM. BRASIL, 1989-1999



Fonte: INEP/MEC/Estação de Trabalho IMS/UERJ de REORHS/MS/OPAS 2002.

A concentração regional observada na oferta se repete na distribuição de profissionais registrados nos seus respectivos conselhos nas regiões do país, de acordo com os dados na Tabela 2, a seguir.

TABELA 2 – DISTRIBUIÇÃO DE MÉDICOS E ENFERMEIROS POR REGIÃO. BRASIL - 2001

REGIÃO	ENFERMEIROS	MÉDICOS
Norte	4.724	9.798
Nordeste	22.032	46.250
Centro Oeste	6.131	18.442
Sudeste	48.275	165.421
Sul	16.806	38.412
Total	97.968	278.323

Fonte: CFM/COFEN/2002.

A concentração de profissionais de saúde em grandes centros e regiões, contra uma desconcentração permanente em outras (como, por exemplo, na Região Norte do país) parece pouco provável de ser alterada a curto e médio prazo e está diretamente relacionada ao perfil heterogêneo da conformação do país, decorrente da grande área geográfica, da densidade populacional, do desenvolvimento econômico, entre outros fatores.

A alegação para a criação de novas escolas médicas centrada na idéia de que o Brasil precisa de mais médicos deve ser questionada, na medida em que a maioria dessas escolas está sendo criada em grandes centros (Regiões Sul e Sudeste), atendendo principalmente a interesses político-econômicos que talvez não reflitam as necessidades da sociedade. Não existem, todavia, evidências mostrando que a criação de novas escolas médicas possa mudar os padrões relacionados com a carência de atendimento médico na região onde ela está localizada. Ao contrário, essa carência pode persistir, por um lado em função da migração da maioria dos novos médicos para os grandes centros, levando a uma oferta de mão-de-obra em áreas já repletas de profissionais. Por outro, pela desigualdade na concorrência para os exames de ingresso, entre os alunos da rede local e aqueles que se deslocam dos grandes centros em busca de vagas mais acessíveis.

A realidade observada para outras categorias profissionais tende a ser mais desigual na dependência de fatores como assalariamento e exercício liberal, oportunidades de emprego, entre outros. Com relação a este último aspecto, a oferta de postos de trabalho em municípios com remuneração substancialmente superior à média praticada nos grandes centros pode ser um fator determinante para a adesão do profissional de saúde a sistemas de saúde localizados fora de áreas metropolitanas e de suas regiões periféricas. No entanto, a adesão inicial pode não corresponder à fixação do profissional nessas localidades.

PERSPECTIVAS DE MUDANÇAS E DESAFIOS ATUAIS

No campo da formação profissional de nível superior, os aspectos relacionados com as formatações curriculares, utilizadas para a qualificação e desenvolvimento de competências para o exercício profissional mostra-se

de peculiar importância. Os currículos aplicados têm demonstrado inadequações de conteúdo e de práticas pedagógicas para o exercício de atividades que envolvam a pluralidade das necessidades do sistema de saúde.

No entanto, a aproximação de instâncias do serviço e instâncias educacionais tem possibilitado ensaios de mudanças em modelos curriculares (como, por exemplo, nos casos de integração com a Rede UNI), mas também tem destacado dificuldades de articulação entre as esferas da educação e saúde (Feuwerker, 2002). Essas dificuldades aparecem nos momentos em que a absorção de novos modelos e práticas pedagógicas esbarram em aspectos relacionados com a rigidez das IES e disponibilidade para absorção de novas práticas em saúde (por exemplo, trabalho em equipe), aspectos legais consolidados (como, por exemplo, a residência multiprofissional em saúde da família) e corporativas (por exemplo, as resistências da Medicina Geral e Comunitária, da Sociedade de Pediatria, disputas de competências entre médicos e enfermeiros etc.) e no próprio ideário de exercício profissional relacionado com o desenvolvimento tecnológico.

Entre as iniciativas para modificar a formação profissional está em curso 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, que 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. Essa tipologia visa, além de fazer um diagnóstico atual, a servir de parâmetro para acompanhamento e avaliação do processo de mudança.

Em resposta à convocatória do Ministério da Saúde das 106 IES com cursos de Medicina em funcionamento no país, 55 apresentaram projetos. Nessa etapa, estão pré-selecionados 47 projetos (os projetos aprovados estão com o de acordo da gestão municipal) encontrando-se o processo em fase de edital, para seleção final e aporte de recursos às instituições com projetos aprovados. Há previsão para seleção de 20 IES.

Iniciativa semelhante tem sido colocada em pauta para formação de enfermeiros, com a edição do PROENF, ainda em fase preliminar.

As novas diretrizes curriculares para os cursos de enfermagem e medicina somadas às iniciativas acima referidas, parecem oferecer uma perspectiva de transformação do perfil dos profissionais ofertados, adequando-os às necessidades demandadas pela sociedade. Entretanto, ainda se coloca como desafio o desenvolvimento de estratégias capazes de reverter a desigualdade de distribuição de profissionais no país. Por outra via, apontam para a necessidade da construção de processos regulatórios afinados entre o sistema educacional e a área da saúde que atuem nas propostas de credenciamento de novas escolas, no dimensionamento do número de vagas, na adoção de proposições curriculares inovadoras e em mecanismos de fixação dos profissionais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA - (ABEM). Relação das Escolas Médicas no Brasil, Boletim Informativo, vol xxx, n. 3, maio-jun. 2002.
- BRASIL. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Geral da Política de Recursos Humanos. *Programa de incentivo às mudanças curriculares para as escolas médicas (PROMED): uma nova escola médica para um novo sistema de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- FEUERWERKER, L. *Além do discurso de mudança na educação médica: processos e resultados*. São Paulo: Hucitec, 2002.
- NOGUEIRA, R. P. *Dinâmica do mercado de trabalho em saúde (1970-1983)*. Brasília: OPAS, 1986. 55p.
- PIANCASTELLI, C. H. Saúde da família e formação de profissionais de saúde. In: ARRUDA, B. K. G. (org.) *Educação profissional em saúde e a realidade social*. Recife: Instituto Materno Infantil de Pernambuco, 2001.
- PIERANTONI, C. R.; RIBEIRO, E. C. A importância do processo de educação Permanente na formação do médico: o docente como inovador/mediador/indutor de condições de auto-aprendizagem. In: KRUSE, B. *Educação médica: da retórica à realidade*. 2001. (No prelo).
- PIERANTONI, C. R.; MACHADO, M. H. Profesionales de salud: una formación cuestionada. *Educación Médica y Salud*, OPS, v.28, n 2, p. 199-210, 1994.

MAPEANDO A EDUCAÇÃO PROFISSIONAL DE NÍVEL TÉCNICO EM SAÚDE NO BRASIL

Júlio César França Lima, Mônica Vieira, Sandra Rosa Pereira,

Renata Reis Cornélio & Isabel Maria Moraes da Costa



INTRODUÇÃO

Este estudo tem por objetivo mapear a Educação Profissional de Nível Técnico em Saúde no Brasil, a partir do Censo Escolar, realizado em 2001, pelo Instituto Nacional de Pesquisas Educacionais, do Ministério da Educação (INEP/MEC), considerando o sistema formador em saúde, as subáreas de formação e um breve perfil dos alunos matriculados.

O Censo Escolar é uma base de dados que agrega informações estatístico-educacionais de âmbito nacional, abrangendo a Educação Básica em seus diferentes níveis: Educação Infantil, Ensino Fundamental e Ensino Médio. A partir de 2001, além das informações coletadas nos anos anteriores, que incluem dados sobre matrículas, concluintes, docentes e infra-estrutura dos diversos níveis e modalidades de ensino, passou a levantar e incorporar também dados relativos à Educação Profissional de Nível Técnico em todas as grandes áreas – agropecuária e pesca, indústria, comércio e serviços. Esse levantamento, realizado anualmente, é um dos principais componentes do sistema de informações da educação brasileira.

Na verdade, o primeiro Censo da Educação Profissional no país, organizado especificamente para esse fim, realizou-se em 1999, no bojo do processo de reforma estrutural e conceitual dessa modalidade de ensino. A partir do Decreto nº 2.208/97, passa a ser tratada como um subsistema de ensino independente e complementar à educação básica e organizada em três níveis.

O nível básico, refere-se aos cursos de curta duração destinados a qualificar, requalificar e reprofissionalizar os trabalhadores em geral, jovens e adultos, independente de sua escolarização anterior. São cursos que não

estão sujeitos à regulamentação curricular, pois são considerados uma modalidade de educação não-formal.

O nível técnico trata dos cursos que podem ser de qualificação profissional ou de habilitação profissional. No primeiro caso, exige na matrícula a conclusão do ensino fundamental (antigo primeiro grau), conferindo ao final do curso certificado de qualificação profissional. No segundo caso, exige que o aluno esteja cursando ou já tenha concluído o ensino médio (antigo segundo grau), conferindo diploma de técnico. Os cursos de nível técnico têm organização curricular própria e independente do ensino médio, e pela nova legislação educacional, devem ser, preferencialmente, organizados em módulos, que podem ter caráter de terminalidade ou não, como forma de flexibilizar as propostas de educação profissional. Além disso, um conjunto de certificados de qualificação pode conferir diploma de habilitação profissional, a partir da avaliação das escolas, ou, exigir complementação de carga horária para completar a trajetória escolar que habilite o aluno em determinada profissão técnica. Como exemplo, podemos citar o parecer nº 10/2000 da Câmara de Educação Básica do Conselho Nacional de Educação (CEB/CNE) que define o Curso de Qualificação Profissional de Auxiliar de Enfermagem como integrante do itinerário de profissionalização do Técnico de Enfermagem (Brasil/MS, 2001).

O nível tecnológico compreende os cursos técnicos de nível superior que se destinam aos egressos do ensino médio e técnico. São estruturados em áreas especializadas para atender aos diversos setores da economia, conferindo o título de tecnólogo. No caso do setor saúde, a oferta de cursos tecnológicos ainda é muito incipiente.

Após a reforma estrutural, as Diretrizes Curriculares Nacionais da Educação Profissional (Parecer CEB nº 16/99 e Resolução nº 04/99), define a reforma conceitual, baseada no modelo de competências, seguindo a lógica das Diretrizes Curriculares Nacionais do Ensino Médio, regulamentadas anteriormente (Parecer CEB nº 15/98 e Resolução nº 03/98).

O debate acerca dessas reformas continua em curso, motivado pelas contradições e indefinições levantadas no processo de elaboração das diretrizes curriculares, bem como pelas dificuldades em incorporá-las/ressignificá-las no interior das escolas, na construção dos cursos e trajetórias de formação dos educandos. Não é propósito deste trabalho retomar esse debate, mas

entre as principais críticas formuladas a esse processo de reforma educacional do ensino médio e técnico, podemos citar: (a) o retrocesso que representou a separação do ensino médio da educação profissional, ao reforçar a dualidade escolar apesar do discurso oficial de unificação escolar, ao mesmo tempo que a independência entre um e outro recupera a idéia de que os cursos técnicos são compensatórios para os concluintes do ensino médio que não conseguem ingressar em curso superior; (b) a incoerência entre a defesa de uma formação sólida, completa e ampla dos trabalhadores, face à reestruturação produtiva, e à adoção de um modelo pedagógico fragmentado expresso pela organização modular do ensino; (c) a visão finalista que impregna as diretrizes sobre as transformações em curso no mundo da produção e de serviços, como algo acabado e irreversível e não como processo complexo e histórico, no qual tem peso importante o lugar que cada país ocupa na divisão internacional do trabalho; (d) a ligação direta e imediata que se faz entre progresso técnico e qualificação, ou, o determinismo tecnológico, que enfatiza a necessidade de treinamentos e a produção de extensas listagens de competências requeridas aos 'novos' trabalhadores, no âmbito das cognições, atitudes e comportamentos; (e) e a ênfase nas competências, uma noção imprecisa, originária do mundo da produção e de conotação individual, em detrimento da qualificação como construção e relação social, que entende que, para além da posse de saberes e habilidades específicas, a qualificação do trabalhador é determinada também pela condição de classe, de gênero, de etnia, geracional, pelo prestígio social de sua ocupação, da capacidade de organização das corporações, dos embates e disputas dos trabalhadores entre si e entre esses e a empresa, uma noção enfim que possui uma conotação coletiva (Cunha, 1998; Ferretti, 1997; Hirata, 1994; Kuenzer, 1999; Ramos, 2001; Tartuce, 2002).

No que diz respeito especificamente ao levantamento de dados sobre Educação Profissional no país, pode-se dizer, em primeiro lugar, que é um projeto que se viabiliza com uma defasagem de três décadas. Com efeito, a Lei 5.692/71, que reformulou o ensino de primeiro e segundo graus no país, na década de 70, implantando compulsoriamente a terminalidade profissional atrelada a este último grau de ensino, já previa "que a parte especial do currículo, quando tratasse da iniciação e da habilitação profissional, fosse fixada em consonância com as necessidades do mercado de trabalho, de acordo com levantamentos periódicos" (Cunha, 1998,

p.14). Ou seja, não é uma idéia nova, ela reedita na atual conjuntura o entendimento de que a educação profissional deve adaptar-se às demandas do mercado de trabalho, fornecendo-lhe os recursos humanos de que necessita, assumindo dessa forma um forte caráter instrumental. Aliás, para Cunha (1998), a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), promulgada em 1996, também “traz uma concepção marcadamente profissionalizante do ensino médio” (idem, p.24), e Ferretti (1999) aponta que as diretrizes curriculares do ensino médio e da educação profissional estabelecem uma relação entre formação escolar e sistema produtivo de forma tão intensa e direta, pela via do modelo de competências, que é difícil distinguir entre vínculo e subordinação. Acrescem-se a isso os problemas que tal proposição suscita, pois, com a redução dos gastos sociais, em particular na educação e na saúde, as precárias condições da rede pública de ensino e as deficiências na formação de professores, questiona-se sobre as condições objetivas para se ofertar uma educação profissional que seja capaz de responder à produção e atualização do conhecimento tecnológico e atender às demandas emergentes e cambiantes do mercado. Isso exige investimentos em pessoal, equipamentos, estrutura, material didático etc, não necessariamente compatíveis com as demandas mais urgentes do mercado, as quais são, em muitos casos, de caráter estritamente pragmático (Ferretti, 1999).

De todo modo, é válida a idéia de que o Censo permita orientar os governos federal, estadual e municipal no desenvolvimento de políticas para a educação profissional, em particular em saúde, proposição que anima este trabalho. Neste estudo, os dados se restringem ao nível técnico, pois a partir de 2001, as informações estatístico-educacionais referem-se apenas a esse nível, diferentemente do Censo da Educação Profissional de 1999, mais abrangente.

Portanto, este artigo é de caráter quali-quantitativo. O ponto de partida de sua elaboração é uma base de dados que contempla apenas o nível técnico dessa modalidade de ensino e, nesse âmbito, como referido acima, o nosso objetivo é mapear a educação profissional em saúde no país, considerando as instituições, os cursos oferecidos e o número de alunos matriculados. As instituições são apresentadas segundo o vínculo institucional – público e privada, os cursos são organizados por subáreas do setor saúde, tendo como parâmetro os Referenciais Curriculares Nacionais da Educação Profissional de Nível Técnico (Brasil/MEC, 2000), e os alunos matriculados são distribuídos segundo o sexo e a faixa etária.

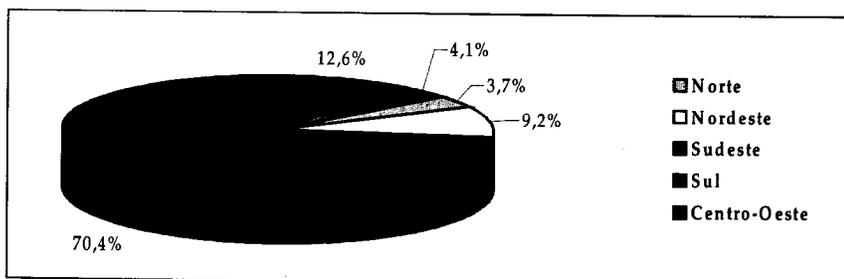
O QUE REVELAM OS NÚMEROS: primeira aproximação ao tema

O Sistema Formador de Nível Técnico em Saúde

No ano de 2001, o Censo Escolar contabilizou 2.334 estabelecimentos que atuam na Educação Profissional em todas as áreas da economia (agropecuária e pesca, indústria, comércio e serviços). Desse universo, 785 (ou 33,6%) estabelecimentos oferecem cursos de Educação Profissional de Nível Técnico em Saúde.

A Região Sudeste é a que apresenta a maior concentração de estabelecimentos de Educação Profissional em Saúde, ou seja, do total de estabelecimentos que atuam com essa modalidade de ensino, 70,4% estão localizados nesta região. A Região Sul é a segunda região a apresentar maior número de estabelecimentos de Educação Profissional em Saúde (12,6%). Os demais estabelecimentos estão distribuídos pelas Regiões Nordeste (9,2%), Centro-Oeste (4,1%) e Norte (3,7%), conforme pode ser visto no Gráfico 1.

GRÁFICO 1 – DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DE ESTABELECIMENTOS DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL DE NÍVEL TÉCNICO EM SAÚDE SEGUNDO GRANDES REGIÕES. BRASIL, 2001



Fonte: Censo Escolar 2001 - MEC/INEP/SEEC

Essa concentração do sistema formador público e privado em Saúde no Sudeste pode ser explicada quando relacionamos esses dados ao desenvolvimento do próprio mercado de trabalho em saúde, já que 50,6% (ou 696.390) dos 1.375.238 empregos de saúde no país, em 1999, localizam-se nesta região. Agrega-se a isso o fato de que no Sudeste situam-se também 38,3% (ou 21.484) do total dos estabelecimentos de Saúde existentes no país

(IBGE, 1999). Assim, onde se concentra a maioria dos empregos em saúde e a maior rede física do setor, encontra-se também o maior número de estabelecimentos do sistema formador em saúde.

O Censo Escolar 2001 apontou que bem mais da metade dos estabelecimentos (80,6%) que oferecem cursos de Educação Profissional de Nível Técnico em Saúde estão vinculados ao setor privado no Brasil. A Região Centro-Oeste apresenta o menor percentual de estabelecimentos (71,9%) vinculados a esse setor. Destaca-se nesse universo o Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial (Senac) que, se por um lado, dispõe de uma estrutura de 7,7% do conjunto de estabelecimentos do país, por outro, quando comparado ao setor público, apresenta uma estrutura maior que a federal.

No setor público brasileiro, grande parte dos estabelecimentos de Educação Profissional em Saúde está vinculada à esfera estadual. No entanto, há uma significativa variação entre as regiões do país. Enquanto nas Regiões Sudeste e Centro-Oeste a maioria dos estabelecimentos está vinculada aos governos estaduais, nas Regiões Nordeste, Norte e Sul as instituições federais detêm uma estrutura superior às estaduais (Tabela 1).

TABELA 1 – ESTABELECEMENTOS DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL DE NÍVEL TÉCNICO EM SAÚDE SEGUNDO ESFERA ADMINISTRATIVA POR GRANDES REGIÕES. BRASIL, 2001

Esfera Administrativa	Brasil		Grandes Regiões									
			Norte		Nordeste		Sudeste		Sul		Centro-Oeste	
	n.º	%	n.º	%	n.º	%	n.º	%	n.º	%	n.º	%
Público	152	19,4	6	20,7	16	22,2	106	19,2	15	15,2	9	28,1
Federal	34	4,3	3	10,3	10	13,9	12	2,2	7	7,1	2	6,3
Estadual	101	12,9	2	6,9	5	6,9	81	14,6	6	6,1	7	21,9
Municipal	17	2,2	1	3,4	1	1,4	13	2,4	2	2,0	0	0,0
Privado	633	80,6	23	79,3	56	77,8	447	80,8	84	84,8	23	71,9
Senac	49	7,7	1	3,4	0	0,0	40	8,9	5	6,0	3	13,0
Total	785	100,0	29	100,0	72	100,0	553	100,0	99	100,0	32	100,0

Fonte: Censo Escolar 2001- MEC/INEP/ SEEC.

Ressalta-se que, no conjunto dos estabelecimentos públicos, apenas seis escolas integrantes da Rede de Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde¹

¹ Criada pela Portaria Ministerial n.º 1.298/2000, ver: www.fiocruz.br/epsjv/retsus

(RET-SUS) participaram do Censo Escolar, em 2001. Entre elas, a única escola federal localizada no Rio de Janeiro, quatro escolas estaduais localizadas nos Estados de Alagoas, Mato Grosso, Paraíba, e do Distrito Federal, e uma escola municipal localizada em Blumenau, no Estado de Santa Catarina.

A RET-SUS é uma rede que congrega 26 Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde (Etsus), localizadas em 17 estados brasileiros e que, em sua maioria, estão vinculadas às Secretarias Estaduais de Saúde. Do total de Etsus que compõem atualmente a rede, 23 (vinte e três) pertencem à essa esfera, 2 (duas) pertencem à esfera municipal e apenas uma à esfera federal.

Essas Escolas oferecem cursos de nível técnico em diversas subáreas do setor saúde, tais como, Enfermagem, Bodiagnóstico, Farmácia, Hemoterapia, Nutrição e Dietética, Radiologia e Diagnóstico por Imagem, Reabilitação, Saúde Bucal, Segurança do Trabalho, Vigilância Sanitária, Gestão em Saúde e Registros e Informações em Saúde. Tem como missão promover a profissionalização de trabalhadores na área da saúde, planejando, coordenando e executando cursos de formação, especialização e aperfeiçoamento profissional, segundo as demandas das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, em consonância com as diretrizes e princípios do Sistema Único de Saúde.

Nos anos recentes, processos de reorganização do Estado brasileiro e das políticas públicas de saúde vêm conferindo destaque às ações de formação dos profissionais de nível médio, expresso em programas especiais como o Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (PROFAE), ou, em segmentos específicos de trabalhadores vinculados à programas de reorganização do sistema de saúde, como o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e seu sucedâneo o Programa de Saúde da Família (PSF) e, mais recentemente, o Programa de Formação de Agentes Locais de Vigilância em Saúde (PROFORMAR).

A baixa representatividade dessas Escolas na base de dados do Censo Escolar, como veremos adiante, acaba por subestimar a oferta de cursos de educação profissional de nível técnico, particularmente, nas subáreas de Reabilitação e Saúde Bucal, em algumas regiões brasileiras.

As Subáreas de Formação em Saúde

Segundo o Censo, os 785 estabelecimentos de Educação Profissional de Nível Técnico em Saúde ofereciam 1.201 cursos em diversas subáreas de formação em saúde. Por ordem decrescente de oferta, os cinco primeiros cursos no Brasil são os seguintes: Enfermagem (687 cursos ou 57,2%), Segurança do Trabalho (131 cursos ou 10,9%), Saúde Bucal (97 cursos ou 8,1%), Radiologia e Diagnóstico por Imagem (75 ou 6,2%), e Biodiagnóstico (70 cursos ou 5,8%). Essa ordem varia muito pouco entre as regiões brasileiras e expressa fundamentalmente o perfil de oferta da Região Sudeste, conforme pode ser observado na Tabela 2.

TABELA 2 – CURSOS DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL DE NÍVEL TÉCNICO EM SAÚDE SEGUNDO SUBÁREAS DE FORMAÇÃO POR GRANDES REGIÕES. BRASIL, 2001

Subáreas	Brasil		Grandes Regiões									
			Norte		Nordeste		Sudeste		Sul		Centro-Oeste	
	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%
Biodiagnóstico	70	5,8	1	2,6	4	4,3	61	6,9	1	0,7	3	5,4
Enfermagem	687	57,2	27	69,2	77	82,8	471	53,6	81	60,4	31	55,4
Estética	7	0,6	0	0,0	0	0,0	6	0,7	1	0,7	0	0,0
Farmácia	34	2,8	1	2,6	3	3,2	27	3,1	0	0,0	3	5,4
Hemoterapia	3	0,2	0	0,0	1	1,1	1	0,1	0	0,0	1	1,8
Nutrição e Dietética	32	2,7	1	2,6	1	1,1	26	3,0	2	1,5	2	3,6
Radiologia e D. Imagem	75	6,2	0	0,0	1	1,1	63	7,2	10	7,5	1	1,8
Reabilitação	9	0,7	0	0,0	0	0,0	8	0,9	1	0,7	0	0,0
Saúde Bucal	97	8,1	1	2,6	0	0,0	77	8,8	12	9,0	7	12,5
Saúde Visual	8	0,7	0	0,0	0	0,0	5	0,6	3	2,2	0	0,0
Segurança do Trabalho	131	10,9	5	12,8	3	3,2	101	11,5	18	13,4	4	7,1
Vigilância Sanitária	5	0,4	0	0,0	1	1,1	1	0,1	1	0,7	2	3,6
Gestão	18	1,5	1	2,6	0	0,0	17	1,9	0	0,0	0	0,0
Ignorado	25	2,1	2	5,1	2	2,2	15	1,7	4	3,0	2	3,6
Total	1201	100,0	39	100,0	93	100,0	879	100,0	134	100,0	56	100,0

Fonte: Censo Escolar 2001- MEC/INEP/ SEEC.

Obs.: Uma mesma instituição formadora pode oferecer mais de um curso de Educação Profissional.

Cabe esclarecer que o Censo Escolar 2001 não faz uma prévia classificação dos cursos de nível técnico da área de Saúde. No presente estudo, a organização dos dados por subárea foi feita com base nas doze subáreas que compõem o setor, segundo os Referenciais Curriculares Nacionais da Educação Profissional de Nível Técnico, publicado em 2000 (Brasil/MEC, 2000). Segundo Ramos (2001), para a identificação das subáreas de formação em geral e, particularmente, em Saúde,² a metodologia utilizada foi a análise funcional dos processos de trabalho. A partir daí, definiu-se a matriz referencial de competências, que organiza de forma interrelacionada funções, subfunções, competências, habilidades e bases tecnológicas. Dessa forma, construíram-se as competências profissionais gerais por área profissional e as competências profissionais específicas, próprias de uma habilitação profissional. A idéia é que técnicos de habilitações diversas, devem deter, além das competências específicas, as mesmas competências gerais que, na opinião da autora, no caso do setor saúde, são estreitas, tanto em relação ao conjunto de conhecimentos científico-tecnológicos operados no setor, quanto em relação ao potencial de construção de novos conhecimentos, práticas, métodos e tecnologias que poderiam promover o seu avanço e sua interseção com outros campos de conhecimento e de atividade profissional.

A autora chama a atenção ainda para o fato de que, no Brasil, tradicionalmente, as profissões técnicas de nível médio são regulamentadas por conselhos profissionais que se institucionalizaram a partir das profissões de nível superior, detendo um papel importante na definição de suas atribuições, assim como na fiscalização do exercício profissional. Com a reforma da educação profissional, por outro lado, as escolas passaram a ter liberdade de propor habilitações profissionais que, se aprovadas pelo órgão normativo competente, são registradas no cadastro nacional de cursos mantido pelo MEC e o diploma passa a ter validade nacional. Isso posto, o que pode ocorrer é que apesar dessa liberdade das instituições formadoras, o reconhecimento profissional de determinada habilitação vai depender de regulamentação pelo respectivo conselho profissional, pois a regulamentação do sistema educacional abrange apenas a área profissional e não o exercício da profissão.

² Foram definidas pela Secretaria de Educação Média e Tecnológica do Ministério da Educação, vinte áreas profissionais: Agropecuária, Artes, Comércio, Comunicação, Construção Civil, Design, Geomática, Gestão, Imagem Pessoal, Indústria, Informática, Lazer e Desenvolvimento Social, Meio Ambiente, Mineração, Química, Recursos Pesqueiros, Saúde, Telecomunicações, Transportes, Turismo e Hospitalidade.

Assim, para a autora, indicando uma tendência verificada na América Latina e Centro América, através do estudo realizado pelo Programa de Recursos Humanos da Organização Pan-Americana da Saúde (HSR/OPS/OMS)³ (Castillo & Manfredi, 1999), é possível que haja uma explosão significativa do número de habilitações propostas pelas instituições formadoras ou uma grande diversidade curricular para uma mesma habilitação. Pode, ainda, ocorrer o contrário: organizações curriculares equivalentes para habilitações com denominações diferentes. Acreditamos que o não equacionamento dessa questão pode fazer com que o mercado de trabalho acabe sendo o próprio regulador do exercício profissional ou, ainda, que populações de formandos em novas habilitações encontrem barreiras ao exercício da atividade para a qual teria sido formado (Ramos, 2001, p. 150).

Para efeito desse estudo, além das subáreas próprias do setor, relacionadas nos Referenciais Curriculares, optamos por agregar a essas a subárea de Gestão, considerada transversal aos diversos setores da economia. Nesta, tradicionalmente oferecida pelo setor com habilitações reconhecidas pelo MEC desde a década de 70 do século passado, surgem ofertas de cursos no levantamento realizado. Foram ainda agregados nessa subárea todos os cursos de nível técnico identificados como Administração Hospitalar, Gestão em Saúde e Registros e Informações em Saúde. Portanto, este estudo contempla 13 (treze) subáreas profissionais e não 12 (doze), conforme os Referenciais Curriculares. Cabe acrescentar que, em 2001, o Censo Escolar não registrou oferta de cursos de nível técnico em tradicionais subáreas da saúde, tais como, Saúde Mental e Manutenção de Equipamentos em Saúde.

Destaca-se, ainda ao analisar-se a oferta de cursos de nível técnico em Saúde nas regiões brasileiras, que a única região do país que oferece cursos em todas as subáreas é a Sudeste. A região Sul oferece cursos em dez subáreas, a Centro-Oeste em nove, a Nordeste em oito e a Norte em sete. De acordo com o Censo, as únicas subáreas oferecidas em todas as regiões brasileiras são as seguintes: Biodiagnóstico, Enfermagem, Nutrição e Dietética, e Segurança do Trabalho. Chama a atenção, por um lado, a pequena oferta de cursos de educação profissional de nível técnico em saúde nas subáreas de Hemoterapia e Vigilância Sanitária, e, por outro, a concentração, na Região

³ O estudo foi conduzido na Argentina, Belice, Bolívia, Colômbia, Costa Rica, Cuba, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaraguá, Panamá, Perú, República Dominicana e Trinidad y Tobago, abrangendo o período 1991-1995. Foi aplicado parcialmente, no Brasil, Paraguai e Uruguai. No processo de validação desse estudo, junto aos países envolvidos, originou-se em 1996, a Rede de Técnicos em Saúde - RETS.

Sudeste, de subáreas importantes para o conjunto das regiões brasileiras, tais como, Biodiagnóstico, Saúde Bucal e Gestão em Saúde. A região com menor oferta de cursos dessa modalidade de ensino no Brasil, é a Norte.

Das treze subáreas, como pode ser visto na Tabela 2, a enfermagem é o principal curso de educação profissional de nível técnico oferecido no Brasil e nas grandes regiões. Contudo, o Censo Escolar 2001 reflete muito mais a realidade da oferta dos cursos de técnicos do que de auxiliares de enfermagem, conforme detectado em estudo realizado recentemente por Lima et al. (2002) para o PROFABE/MS.

Além disso, alguns sinais sugerem que a cobertura do Censo para o conjunto das subáreas deve ser analisada com cuidado. Tomemos como exemplo as subáreas de Reabilitação e de Saúde Bucal que, segundo o Censo Escolar, não são oferecidas na região Nordeste. No ano 2000, o PROFABE/MS, realizou um diagnóstico das ETSUS, abrangendo todas as regiões brasileiras, exceto a região Norte onde não há, até o momento, nenhuma ETSUS em funcionamento. De acordo com esse diagnóstico, das 6 (seis) escolas técnicas existentes na Região Nordeste – Alagoas, Bahia, Ceará, Paraíba, Pernambuco e Rio Grande do Norte, 5 (cinco) ofereciam, naquele ano, cursos de Auxiliar de Consultório Dentário (ACD) e/ou Técnico de Higiene Dental (THD), e 1 (uma) oferecia curso de nível técnico de Ortoprotético. Dessas escolas, apenas 2 (duas) – Alagoas e Paraíba, participaram do Censo Escolar 2001, sendo que a segunda oferecia, à época do diagnóstico, curso de ACD da subárea de Saúde Bucal (Brasil/MS, 2000). Em outras palavras, no nosso entendimento, o fato de não aparecer oferta de cursos em determinadas subáreas pode não significar ausência de oferta, mas ausência de registro do Censo Escolar, ou, baixa cobertura em determinadas subáreas.

Em relação ao número de alunos matriculados, pode-se perceber na Tabela 3, que as instituições privadas respondem por 79,6% do total das matrículas na Educação Profissional de Nível Técnico em Saúde. Essas instituições respondem por todas as matrículas nas subáreas de Estética, Farmácia, Hemoterapia, Reabilitação e Saúde Visual, ou seja, de acordo com o Censo Escolar, em 2001, esses cursos foram oferecidos somente por instituições privadas. Concentra, também, grande parcela das matrículas nas subáreas de Radiologia e Diagnóstico por Imagem (95,7%), Saúde Bucal (86,7%), Enfermagem (83,0%), Segurança do Trabalho (73,5%) e Biodiagnóstico (60,4%).

Quanto ao setor público, a maioria dos alunos está matriculado em instituições estaduais e, nesse âmbito, respondem por 79,5% das matrículas dos cursos de nível técnico de Nutrição e Dietética e por 73,3% das matrículas de Gestão em Saúde. As instituições federais (81,4%) e municipais (18,6%) juntas, respondem por todas as matrículas da subárea de Vigilância Sanitária. Segundo o Censo 2001, o setor público estadual não oferece cursos nessa subárea, o que é um exemplo também de sub-registro, pois a Escola Técnica Estadual de Saúde Izabel dos Santos, localizada no Rio de Janeiro, por exemplo, oferece curso de nível técnico nessa subárea há alguns anos.

TABELA 3 – ALUNOS MATRICULADOS EM CURSOS DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL DE NÍVEL TÉCNICO EM SAÚDE SEGUNDO SUBÁREA DE FORMAÇÃO E POR ESFERA ADMINISTRATIVA. BRASIL, 2001

Subárea	Total		Esfera Administrativa											
			Público						Privado					
	Total		Federal		Estadual		Municipal		Total		Senac			
	n.º	%	n.º	%	n.º	%	n.º	%	n.º	%	n.º	%		
Biodiagnóstico	4629	100,0	1832	39,6	245	5,3	1235	26,7	352	7,6	2797	60,4	0	0,0
Enfermagem	71691	100,0	12177	17,0	1533	2,1	9552	13,3	1092	1,5	59514	83,0	2298	3,2
Estética	474	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	474	100,0	435	91,8
Farmácia	1631	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1631	100,0	557	34,2
Hemoterapia	42	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	42	100,0	42	100,0
Nutrição e Dietética	4108	100,0	3522	85,7	225	5,5	3267	79,5	30	0,7	586	14,3	31	0,8
Radiologia e D. Imagem	8373	100,0	361	4,3	269	3,2	92	1,1	0	0,0	8012	95,7	121	1,4
Reabilitação	248	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	248	100,0	148	59,7
Saúde Bucal	4923	100,0	654	13,3	180	3,7	430	8,7	44	0,9	4269	86,7	533	10,8
Saúde Visual	641	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	641	100,0	387	60,4
Segurança do Trabalho	8706	100,0	2310	26,5	1350	15,5	960	11,0	0	0,0	6396	73,5	2631	30,2
Vigilância Sanitária	129	100,0	129	100,0	105	81,4	0	0,0	24	18,6	0	0,0	0	0,0
Gestão	525	100,0	448	85,3	63	12,0	385	73,3	0	0,0	77	14,7	77	14,7
Ignorado	1461	100,0	469	32,1	114	7,8	140	9,6	215	14,7	992	67,9	40	2,7
Total da Área da Saúde	107581	100,0	21902	20,4	4084	3,8	16061	14,9	1757	1,6	85679	79,6	7300	6,1

Fonte: Censo Escolar 2001- MEC/INEP/ SEEC.

Ressalta-se que, enquanto o setor privado é representativo na formação de trabalhadores de nível técnico em saúde, a maioria dos postos de trabalho nesse setor está vinculado ao setor público. Segundo a Pesquisa Assistência Médico-Sanitária do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (AMS/IBGE),⁴ o setor saúde no Brasil, em 1999, estava estruturado em uma rede com 56.133 estabelecimentos de saúde, dos quais 32.962 (ou 58,7%) eram estabelecimentos públicos. O setor, à época, empregava em torno de um milhão de trabalhadores, assim distribuídos: 325.748 empregos de nível superior, 278.829 empregos de nível técnico e auxiliar, 146.874 empregos de nível elementar e 751.451 empregos administrativos. Do total dos postos de trabalho de ocupações de nível técnico e auxiliar no Brasil, 53,4% pertenciam ao setor público.

Segundo a AMS, grande parcela dos postos de trabalho das ocupações de técnico em higiene dental e auxiliar de consultório dentário, por exemplo, está localizada no setor público. Observa-se na Tabela 3, no entanto, que os cursos de saúde bucal são majoritariamente oferecidos pelo setor privado, conseqüentemente esse setor é responsável pela formação de um grande contingente de trabalhadores que irão atuar no setor público. Apesar disso, podemos supor que haverá um incremento da formação desses técnicos pela esfera pública, ilustrando os movimentos de reorganização da Atenção Básica no país.

A necessidade de melhorar os índices epidemiológicos de saúde bucal e de ampliar às ações a ela relacionadas – quer em termos de promoção, quer de proteção e recuperação – impulsionou a decisão de reorientar as práticas de intervenção nesse contexto. Em 28 de dezembro de 2000, o Ministério da Saúde estabelece, mediante a Portaria nº 1.444/GM, o incentivo de saúde bucal, destinado ao financiamento de ações e da inserção de profissionais dessa área no Programa Saúde da Família, como forma de reorganização da atenção da saúde.

⁴ A Pesquisa Assistência Médico-Sanitária é, desde 1975, uma base de dados de responsabilidade do IBGE, que, atualmente, possui o apoio do Ministério da Saúde, através do projeto de Reforço à Reorganização do SUS – REFORsus. Seu objetivo principal é definir o perfil da capacidade instalada em saúde, mediante o levantamento de dados cadastrais e gerais de todos os estabelecimentos no país. Por estabelecimento de saúde, estão sendo considerados: Postos de Saúde; Centros de Saúde; Clínicas ou Postos de Assistência Médica; Unidades Mistas; Hospitais; unidades de complementação diagnóstica e terapêutica; clínicas radiológicas, de reabilitação, ambulatórios de sindicatos e clínicas odontológicas. Estão excluídos da pesquisa os consultórios médicos e odontológicos particulares, os ambulatórios médicos e dentários inseridos em empresas e na rede escolar, assim como os utilizados eventualmente em campanhas de vacinação ou controle de endemias.

de bucal nos municípios. Em 2001, foi elaborado o Plano de Reorganização das Ações da Saúde Bucal na Atenção Básica (Portaria nº 267/GM), que define como uma das responsabilidades das Secretarias Estaduais de Saúde e do Ministério da Saúde a capacitação de todos os membros das Equipes de Saúde Bucal, por intermédio dos Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente, vinculados às Universidades públicas ou Secretarias Estaduais de Saúde; como também a formação de Técnico de Higiene Dental e Atendente de Consultório Dentário, por intermédio das Escolas Técnicas de Saúde do SUS ou Centros Formadores de Recursos Humanos em Saúde e/ou outras instituições formadoras, em articulação com as Secretarias Municipais de Saúde.

Neste momento, importa relacionar o panorama da Educação Profissional em Saúde no país com a Política Nacional de Recursos Humanos em Saúde, já que, desde a década de 80 do século passado, muitos esforços têm sido feitos no sentido de ampliar a articulação entre os setores da educação e da saúde. No âmbito da legislação, a Constituição Federal, promulgada em 1988, no artigo 200, inciso III, estabelece que uma das atribuições do SUS é a ordenação da formação de recursos humanos para o sistema. A Lei 8.080/90, no artigo 15, inciso IX, estabeleceu como atribuições comuns das diferentes esferas do governo a participação na formulação e na execução da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a Saúde. Especificamente, cabe ao Ministério da Saúde promover a articulação com os órgãos educacionais e de fiscalização do exercício profissional, bem como com entidades representativas de formação de recursos humanos em saúde para viabilizar as propostas de formação. A Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do Sistema Único de Saúde (NOB/RH-SUS),⁵ em sua última versão, ressalta a importância da formação dos trabalhadores da saúde, reafirmando a competência do SUS na ordenação dos seus recursos humanos, além de definir que a União e os Estados devem manter escolas de governo para a formação e o aperfeiçoamento dos trabalhadores do setor.

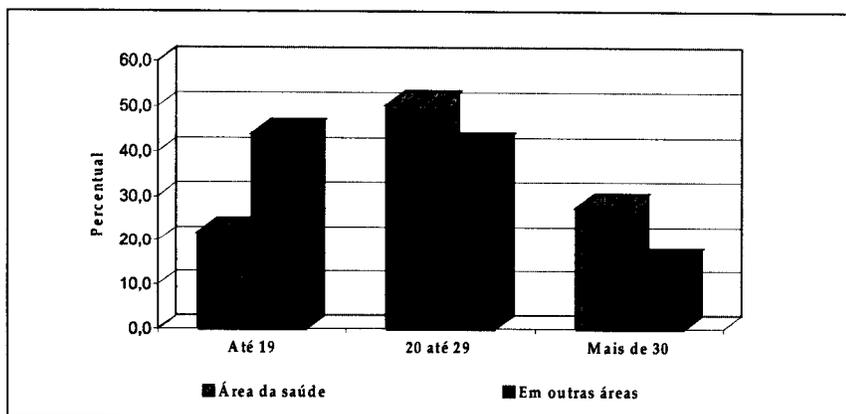
Nesse sentido, a oferta de cursos de Técnicos de Higiene Dental e Atendentes de Consultório Dentário deve ser incrementada e estimulada pelas Secretarias Municipais de Saúde e Secretarias Estaduais de Saúde, em parcerias com instituições de ensino, preferencialmente públicas.

⁵ A Norma Operacional Básica de Recursos Humanos, publicada em fevereiro de 2002, é um instrumento voltado para a consolidação da gestão do trabalho no SUS, e foi elaborada por atores envolvidos nas distintas instâncias que conformam o SUS.

Um Breve Perfil dos Alunos

A partir dos dados do Censo Escolar, também é possível traçar um breve perfil dos alunos matriculados na Educação Profissional de Nível Técnico em Saúde. Os dados revelam que, no Brasil, os matriculados em cursos de nível técnico na área de saúde tendem a ser mais velhos que os alunos de cursos de outras áreas profissionais, ou seja, apenas 22% dos matriculados na área de saúde têm até 19 anos de idade, enquanto 44,4% dos matriculados em cursos técnicos em outras áreas têm menos de 19 anos, conforme Gráfico 2.

GRÁFICO 2 – DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DE ALUNOS MATRICULADOS EM CURSOS DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL DE NÍVEL TÉCNICO SEGUNDO FAIXA ETÁRIA E GRANDES REGIÕES. BRASIL, 2001



Fonte: Censo Escolar 2001- MEC / INEP / SEEC.

Em todas as regiões do país, os dados relativos aos grupos etários permanecem bastante semelhantes, apontando que as variações entre as faixas etárias devem estar relacionadas às subáreas de atuação profissional. Numa comparação entre as faixas etárias selecionadas segundo subárea de formação em saúde, nota-se que os cursos das subáreas de Gestão, Biotecnológico e Nutrição e Dietética apresentam cerca de 40% de alunos com até 19 anos. Essas informações sugerem que os matriculados nesses cursos estão cursando ou concluíram recentemente o ensino médio. Já as subáreas de esté-

tica e de reabilitação apresentam alunos mais velhos com 27,4% e 31% de alunos, respectivamente, com mais de 39 anos de idade.

Com exceção das subáreas acima, a maior parte dos alunos inscritos nas subáreas da saúde concentra-se na faixa etária entre 20 e 29 anos. No caso da enfermagem, essa faixa etária concentra 49,5% dos alunos. Esses dados afastam-se um pouco do encontrado no levantamento realizado pelo PROFAB/MS, no momento de identificar a demanda para os cursos de auxiliar de enfermagem (Brasil/MS, 2001). Nesse cadastramento, o grupo etário predominante era o de 31 a 40 anos, com 30% dos inscritos. Segundo os dados do Censo Escolar, no caso da enfermagem essa faixa etária engloba apenas 19,4% dos alunos matriculados. Essa diferença pode ser explicada pelo fato dos cursos do PROFAB voltarem-se para qualificação dos auxiliares de enfermagem enquanto o censo escolar terminou por expressar mais a demanda pela habilitação em técnico de enfermagem conforme já mencionado neste artigo. Ou seja, a habilitação em técnico de enfermagem é composta por alunos mais jovens que os que procuram a qualificação em auxiliar de enfermagem.

É importante registrar que a variável relativa à faixa etária não deve ser verificada de forma isolada, já que uma análise mais completa exige que questões como renda e sexo também estejam relacionadas para caracterizarmos determinados grupos profissionais. No caso da saúde, o fato do sexo feminino ser predominante, como veremos adiante, pode estar contribuindo para a concentração de alunos(as) em faixa etária mais elevada, já que a oportunidade de inserção no mercado se dá mais tardiamente.

Em relação ao perfil dos alunos segundo sexo, os homens são maioria em quase todos os cursos de nível técnico oferecidos nas grandes áreas de atividades econômicas; as mulheres são maioria apenas na grande área Serviços, onde elas representam 52,5% do total de alunas dos cursos de nível técnico da área. Isso se deve, principalmente, a maior concentração de mulheres nos cursos de Administração, Contabilidade e Saúde (Lima et al., 2002).

Na área de saúde, verifica-se que, no Brasil, mais de 76% dos alunos são do sexo feminino. Ao verificar a participação masculina nos cursos de nível técnico das diversas subáreas de Saúde, nota-se que as subáreas Segurança do Trabalho (70,6%), saúde Visual (63,2%), Radiologia e Diagnóstico por Imagem (47,9%), Farmácia (35,1%), Vigilância Sanitária (34,9%), Reabili-

tação (32,3%) e Saúde Bucal (31,2%), são as que apresentam percentuais acima dos 30% de alunos do sexo masculino (Tabela 4). A grande concentração de homens na subárea de Segurança do Trabalho, pode estar traduzindo a lógica de uma prática que além de se basear em ações preventivas, repousa na força física dos homens.

Nos cursos de Enfermagem, 85,3% dos matriculados são mulheres e pode-se dizer que essa subárea de formação é o carro-chefe da “feminização” dos cursos de nível técnico da educação profissional em saúde, pois dentre todas as subáreas é aí que se concentra o maior número de matriculados, conforme dados na Tabela 4.

TABELA 4 – ALUNOS MATRICULADOS EM CURSOS DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL DE NÍVEL TÉCNICO EM SAÚDE SEGUNDO SUBÁREA DE FORMAÇÃO POR SEXO. BRASIL, 2001

Subárea	Sexo					
	Masculino		Feminino		Total	
	n°	% linha	n°	% linha	n°	% linha
Biodiagnóstico	1294	28,0	3335	72,0	4629	100,0
Enfermagem	10537	14,7	61154	85,3	71691	100,0
Estética	39	8,2	435	91,8	474	100,0
Farmácia	573	35,1	1058	64,9	1631	100,0
Hemoterapia	10	23,8	32	76,2	42	100,0
Nutrição e Dietética	236	5,7	3872	94,3	4108	100,0
Radiologia e D. Imagem	4013	47,9	4360	52,1	8373	100,0
Reabilitação	80	32,3	168	67,7	248	100,0
Saúde Bucal	1537	31,2	3386	68,8	4923	100,0
Saúde Visual	405	63,2	236	36,8	641	100,0
Segurança do Trabalho	6149	70,6	2557	29,4	8706	100,0
Vigilância Sanitária	45	34,9	84	65,1	129	100,0
Gestão	75	14,3	450	85,7	525	100,0
Ignorado	464	31,8	997	68,2	1461	100,0
Total da Área da Saúde	25457	23,7	82124	76,3	107581	100,0

Fonte: Censo Escolar 2001- MEC/INEP/ SEEC.

Esses dados reforçam análises relacionadas ao mercado de trabalho em saúde (Médici,1987; Nogueira,1987; Machado,1997), que sinalizam para uma hegemonia feminina no perfil dos trabalhadores de saúde a partir da década de 80, do século passado. Em 1970 já se observa que o trabalho de algumas categorias profissionais, especialmente das atividades diretamente relacionadas ao cuidado, era tipicamente feminino como na área de enfermagem. Entretanto, o que se assiste naquele momento é apenas uma tendência à incorporação maciça das mulheres no mercado de trabalho em saúde, o que de fato ocorreu, pois, tratando-se do trabalho de enfermagem, verifica-se que, historicamente, a presença das mulheres sempre foi majoritária.

Parece-nos que isso decorre de uma determinada concepção que entende as atividades de cuidado como uma característica supostamente inata, própria à natureza biológica das mulheres e não como uma construção social das distinções sexuais, que dão significado às relações de poder entre homens e mulheres, ou seja, às relações de gênero. Como refere Kergoat (1989), é como se existisse uma 'natureza' feminina, produto de um destino biológico e não um 'construto social' que tem uma base material – a divisão sexual do trabalho – e não apenas ideológica, resultante de relações sociais, que remetem o homem para o espaço público e as mulheres, prioritariamente, para o espaço privado. Na verdade, as empresas de saúde já encontram na sociedade qualificações construídas pelas mulheres em diferentes processos e instituições sociais, como a família, que as qualificam socialmente para exercerem as atividades de cuidados de enfermagem mas que, entretanto, não são reconhecidas pelos empregadores como qualificações, mas como 'qualidades' naturais, o que tem importantes implicações seja para a remuneração do trabalho, seja para o prestígio social da profissão.

Os dados disponíveis na literatura apontam que o maior peso das mulheres na composição relativa do emprego em saúde ocorreu mais acentuadamente com profissionais de formação universitária, com tendência similar, embora menos intensa, também para as trabalhadoras de saúde de nível médio e elementar (Médici, 1987). Com base nas Pesquisas Assistência Médica Sanitária do IBGE, Vieira (1998) verifica que a profissão de nível superior que mais cresceu na composição percentual do total de postos de trabalho em saúde, no período 1976-1992, foi a enfermagem, seguida da odontologia e da psicologia. Na profissão médica, o fenômeno de feminização também é marcante. Na década de 70, 11% dos profissionais eram mulheres, passando para

22% na década seguinte e, em 1995, 32% desses profissionais eram mulheres. No entanto, entre os profissionais com menos de 30 anos verificou-se, nesse último ano, que quase a metade do contingente médico era do sexo feminino (Machado, 1997). Em estudos mais recentes, Machado & Belisário (2000), chegam a levantar a hipótese de que nas próximas décadas, a profissão médica passará a vigorar no cenário das profissões liberais como profissão eminentemente feminina, denominando esse fenômeno como 'transição de gênero', dada a progressiva incorporação de mulheres no trabalho médico.

CONCLUSÕES

Este artigo buscou apresentar um panorama da Educação Profissional de Nível Técnico em Saúde no Brasil, a partir da análise da base de dados do Censo Escolar 2001. Tal levantamento é realizado num momento em que a implementação de uma Política de Recursos Humanos para o Sistema Único de Saúde ressurgiu como pauta importante na agenda da área. As temáticas relacionadas à formação e qualificação de trabalhadores para o sistema aparecem como eixo central de reflexão, e as ocupações de nível médio protagonizam projetos para o setor. É nesse contexto que as bases de dados servem para o acompanhamento de políticas públicas e, nesse caso, especialmente para o monitoramento de Políticas de Recursos Humanos em Saúde.

Algumas considerações merecem ser, então, colocadas no sentido de ampliar as possibilidades dos estudos relacionados ao mapeamento da educação profissional em saúde. Como explicitado neste artigo, a Educação Profissional, hoje, conforma um importante e independente subsistema educacional e, nesse sentido, cabe uma única base de dados que contemple a situação e as tendências dessa modalidade de ensino.

Referimo-nos aqui, a não incorporação de informações sobre os cursos de nível básico no Censo Escolar, e a incorporação dos dados sobre o nível tecnológico ao Censo do Ensino Superior. Essas questões apontam para um duplo problema: a perda de conteúdo e a fragmentação da base de dados da Educação Profissional. No primeiro caso, por não incorporar doravante os dados de cursos de nível básico, o Censo Escolar impede a análise de questões pouco exploradas, tais como, possíveis relações entre trajetórias escolares *vis a*

vis às trajetórias profissionais e sobre os tipos de cursos básicos oferecidos. Neste último caso, poder-se-ia confirmar a continuidade, ou não, da oferta de cursos, por exemplo, de Atendentes de Enfermagem, ou, cursos que sob outras denominações têm a mesma base curricular, uma tendência apontada no estudo realizado pelo HSR/OPS/OMS (Castillo & Manfredi, 1999). Isso sugere que a perspectiva da 'extinção' da ocupação de Atendente de Enfermagem, deve ser tratada com cuidado, pois, com a proibição determinada pela Lei nº 7.498/86, muitas empresas de saúde só trocaram o nome dessa ocupação e continuaram admitindo pessoal como Agente Operacional de Serviços Diversos, Agente ou Auxiliar de Serviços Médicos, Agente Hospitalar, entre outros, e/ou produziram a sua transposição funcional para os cargos de Técnicas, principalmente para o cargo de Auxiliares de Enfermagem, sem certificado de qualificação profissional (Pires, 1998; Brasil/MS, 2001; Vieira & Oliveira, 2001).

Mas, além disso, a incorporação desses dados na análise permite verificar outras tendências que não são passíveis de serem detectadas quando se restringe ao nível técnico da educação profissional. No presente artigo, por exemplo, os dados apontam que 80,6% dos estabelecimentos que oferecem cursos de Educação Profissional de Nível Técnico estão vinculados ao setor privado no Brasil, ou seja, há uma hegemonia privada no denominado 'mercado educativo em saúde'.

No entanto, numa breve análise do primeiro Censo da Educação Profissional, realizado em 1999, observa-se, particularmente nos estados da região Norte e em parte da região Nordeste,⁶ que esse setor tende a concentrar sua oferta em cursos de nível básico. A grande maioria dos cursos (87%) oferecidos pelo Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial (Senac), nesses estados, por exemplo, são de nível básico. A provável causa dessa diferença entre setor público (principalmente o nível estadual) e privado, pode ser explicada pela relação custo-benefício. Os cursos técnicos são de longa duração e alguns exigem maiores investimentos para a sua realização, enquanto os cursos básicos são de curta duração, exigem pouco investimento, e o capital investido tem retorno rápido.

Alguns estudos permitem supor que a não incorporação dos cursos básicos pelo Censo Escolar pode ser decorrente do fato de que o controle

⁶ Esse estudo foi realizado em colaboração com o PROFAB/MS, com o propósito de mapear a Educação Profissional em Saúde e a participação dos trabalhadores técnicos em saúde no mercado de trabalho da Região Norte – Acre, Amapá, Amazonas, Pará, Rondonia, Roraima e Tocantins, em três estados da Região Nordeste – Maranhão, Piauí e Sergipe, e um estado da Região Sul – Rio Grande do Sul. Dentre os Estados brasileiros, esses são os únicos que não têm Escola Técnica do Sistema Único de Saúde.

desse tipo de curso passou para a órbita do Ministério do Trabalho, que, através do Plano Nacional de Educação Profissional (PLANFOR), financiado com recursos do Fundo de Assistência ao Trabalhador (FAT), é responsável pela formação profissional básica dos jovens e adultos com risco de desemprego ou desempregados. Nesse sentido, permitem ampliar também o entendimento sobre a natureza dessa oferta básica (Frigotto, 1998).

O segundo problema é a fragmentação, ou seja, para uma mesma modalidade de ensino temos hoje duas ou três bases de dados diferenciadas, se levarmos em consideração que o PLANFOR tenha uma base de dados organizada sobre os cursos básicos, o que sobrecarrega ainda mais a coleta de informações para todos aqueles que se debruçam sobre a análise da Educação Profissional em geral, e particularmente, em saúde.

No que diz respeito especificamente ao nível técnico dessa modalidade de ensino, conforme esboçado nesse trabalho, a base de dados do Censo Escolar 2001 deve ser tratada com muito cuidado, visto que a própria operacionalização e incorporação de dados da Educação Profissional ocorreu num momento de transição e adaptação do sistema formador, particularmente em Saúde, às novas orientações da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, expressas nas Diretrizes Curriculares Nacionais. Talvez isso explique o subregistro e a possibilidade de baixa cobertura em determinadas subáreas profissionais, principalmente no que diz respeito à oferta de cursos de qualificação profissional, responsáveis pela certificação escolar de auxiliares, conforme detectado em estudos recentes (Lima et al., 2002), mas também no que se refere aos cursos de habilitações profissionais.

Essas observações apontam para a necessidade de dar maior confiabilidade aos dados secundários e para a ampliação da coleta de outras variáveis importantes dessa modalidade de ensino. Ao mesmo tempo, exige pensar em desenhos metodológicos diversificados ou na utilização de outros recursos de abordagem do problema, que permitam refletir de forma aprofundada sobre a realidade da Educação Profissional em Saúde no País, privilegiando questões mais qualitativas, regionais ou de determinada subárea profissional.

Nesse caso, concomitante ao acompanhamento dos resultados dos próximos Censos da Educação Profissional, pode-se monitorar a cobertura dos dados através de pesquisas amostrais junto às instituições que atuam nas diferentes regiões e subáreas de formação em saúde, e analisar a oferta e a

demanda de cursos junto às Escolas Técnicas do SUS, que passam por um processo de fortalecimento com o objetivo de torná-las Centros de Referência Estaduais para a formação de trabalhadores de nível técnico em saúde. Além das bases de dados e pesquisas qualitativas junto ao sistema formador, as corporações profissionais conformam outro pólo de informações que devem ser levados em conta numa perspectiva de associar as temáticas relativas à educação profissional, regulação profissional e trabalho em saúde.

Apesar da análise realizada exigir cautela, em relação aos limites antes esboçados, os dados levantados apontam para a necessidade de ampliar a oferta de Educação Profissional em Saúde, principalmente, nos Estados das Regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste.

Considerando essa ampliação da distribuição dos cursos no país por subáreas profissionais, as prioridades para o setor público são as seguintes: Biodiagnóstico, Gestão em Saúde, Saúde Bucal e Vigilância Sanitária, subáreas típicas do modelo preventivista, mas também pertinentes ao modelo clínico-hospitalar, como as duas primeiras. Cabe ressaltar, que nas subáreas de Gestão em Saúde e Vigilância Sanitária, a oferta de cursos é baixa em todas as regiões brasileiras. Por outro lado, considerando particularmente o modelo clínico-hospitalar, a necessidade de ampliação da oferta pública reside nas subáreas de Hemoterapia, Radiologia e Diagnóstico por Imagem e Reabilitação.

Como referimos no início deste artigo, a proposição que o animou é a perspectiva de contribuir para o desenvolvimento de políticas públicas de Educação Profissional de Nível Técnico em Saúde. Assim, parte-se da compreensão que o Censo Escolar complementado por estudos mais qualitativos, venham a subsidiar ações de formação das diversas instâncias que compõem o Sistema Único de Saúde no Brasil.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BRASIL. *Educação profissional: legislação básica*. 2. ed. Brasília: Ministério da Educação, 1998.
- _____. Diretrizes curriculares nacionais para a educação profissional de nível técnico. *Parecer CNE/CEB n° 16/99*. Brasília: Ministério da Educação, 1999.

- ____. *Educação profissional: referenciais curriculares nacionais da educação profissional de nível técnico*. Brasília: Ministério da Educação, 2000.
- BRASIL. Projeto de profissionalização dos trabalhadores da área de enfermagem. *Diagnóstico das escolas técnicas do SUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.
- ____. *Portaria nº 1.444/GM, de 28/12*. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.
- ____. Reorganização das ações de saúde bucal na atenção básica. *Portaria nº 267, de 06/03*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
- CASTILLO, A.; MANFREDI, M. *Estudio sobre la situación de la formación de personal técnico en salud: algunos países de la región*. Washington, D.C.: OPS, 1999.
- CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. *NOB-RH-SUS*. Brasília: Ministério da Saúde, fev. 2002 (Mimeo).
- CUNHA, L. A. Ensino médio e ensino profissional: da fusão à exclusão. *Revista Tecnologia e Cultura, CEFET/RJ, Ano 2, n.2, jul./dez, 1998*.
- FERRETTI, Celso João. Formação profissional e reforma do ensino técnico no Brasil: anos 90. *Educação & Sociedade*, ano XVIII, n. 59, ago.1997.
- ____. et al. *Novas tecnologias, trabalho e educação: um debate multidisciplinar*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- ____. *Comentários sobre o documento diretrizes curriculares para a educação profissional de nível técnico – MEC/CNE, São Paulo, maio 1999 (Mimeo)*.
- FRIGOTTO, G. *A política de formação técnico-profissional, globalização excludente e o desemprego estrutural*. Rio de Janeiro, 1998 (Mimeo).
- HIRATA, H. Da polarização das qualificações ao modelo de competência. In: *Estatísticas da saúde: assistência médica sanitária*. Rio de Janeiro: IBGE, 1999. 106 pg.
- KERGOAT, D. Da divisão do trabalho entre os sexos. Trad. de Helena Hirata. *Tempo Social*. São Paulo, volume 1, n. 2, p. 88-96, 2º sem. 1989.
- KUENZER, A. Z. *O ensino médio agora é para a vida: entre o pretendido, o dito e o feito*. Disponível em: <http://www.educacao.ufpr.br/agora>. Acesso em 1999.
- LIMA, J. C. F. et al. *Análise da oferta de educação profissional de nível técnico em enfermagem no Brasil*. Relatório Final. Brasília: MS/PROFAE/ SAMETS, ago. 2002.

- LOPES, M. J. M.; MEYER, D. E.; WALDOW, V. R. (org.). *Gênero & Saúde*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.
- MACHADO, M. H. (coord). *Os médicos no Brasil: um retrato da realidade*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.
- MACHADO, M. H. & BELISÁRIO, S. A. Os médicos e o mercado de trabalho. In: CANESQUI, A. M. (org.). *Ciências sociais e saúde para o ensino médico*. São Paulo: Hucitec, 2000.
- MEDICI, A. C. A força de trabalho em saúde no Brasil dos anos 70: percalços e tendências. In: MEDICI, André Cezar (org). *Textos de apoio*. Planejamento I. Recursos humanos em saúde. Rio de Janeiro: PEC/ENSP-Abrasco, 1987.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Projeto de profissionalização dos trabalhadores da área de enfermagem. *Formação*, Brasília, v. 1, n. 1, jan. 2001.
- NOGUEIRA, R. P. A força de trabalho em saúde. In: MEDICI, A. C. (org). *Textos de apoio*. Planejamento I. Recursos humanos em saúde. Rio de Janeiro: PEC/ENSP-Abrasco, 1987.
- PIRES, D. *Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil*. São Paulo: Annablume, 1998.
- RAMOS, M. N. *A pedagogia das competências: autonomia ou adaptação?* São Paulo: Cortez, 2001.
- TARTUCE, G. L. B. P. O que há de novo no debate da "qualificação do trabalho?" Reflexões sobre o conceito com base nas obras de Georges Friedmann e Pierre Naville, 2002. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- VIEIRA, Ana Luiza Stiebler (org). *Trabalhadores de saúde em números*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.
- VIEIRA, A. L. S.; OLIVEIRA, E. dos S. A equipe de enfermagem no mercado de trabalho em saúde no Brasil. *Saúde em debate*. Rio de Janeiro, v. 25, n.57, p. 63-70, jan.-abr. 2001.



ESTUDO SOBRE O PERFIL DOS GESTORES MUNICIPAIS DE SAÚDE DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE¹

Rosana Lúcia Alves de Vilar

INTRODUÇÃO

O tema da descentralização dos serviços de saúde adquiriu maior relevância a partir da década de 80, em virtude da crise do modelo de assistência centralizado e de todos os seus problemas, como também em função da necessidade da reforma do Estado.

É importante ressaltar que a descentralização supõe a transferência de poderes do nível central para uma área com distinta personalidade jurídica, no caso da saúde, o município.

O município assume, segundo Rofman (1996), o espaço de maior destaque dentro do processo de descentralização, por representar os seguintes valores:

- O âmbito de contato direto entre governantes e governados.
- O espaço onde o processo de participação e o exercício da cidadania podem ocorrer; a instância onde a prática de gestão com autonomia voltada para o desenvolvimento das potencialidades das novas funções tem a possibilidade de ser implementada.

Para Mello (1991), a autonomia municipal é a forma mais universal da descentralização, sendo imprescindível a existência destes quatro requisitos: governo eleito popularmente; receitas suficientes; ausência de subordinação administrativa às esferas superiores e competências para administrar os serviços de caráter local.

De acordo com esses dois autores, constata-se que a descentralização pressupõe uma reestruturação do município com adoção de práticas políti-

¹ Trabalho realizado para a Estação de Trabalho Observatório RH Nesc/UFRN, componente da Rede Observatório de Recursos Humanos de Saúde.

cas, técnicas e administrativas mais voltadas para as reais necessidades e para os princípios democráticos.

Nesse sentido, torna-se de fundamental importância, além de outros fatores a condição do sistema de saúde que tem como principal protagonista o gestor do referido sistema.

No Estado do Rio Grande do Norte, o processo de municipalização dos serviços de saúde aconteceu em curto espaço de tempo, na sua maioria no ano de 1996. Atualmente todos os municípios do Estado, que são em número de 167, encontram-se com gestão já municipalizada, porém com situações bastante diversificadas, ocasionadas pela diferentes realidades de cada um; 10 municípios na condução de gestão plena do sistema municipal e 157 municípios na condição de gestão plena de atenção básica. Apesar de se configurarem como parte de um Estado onde as semelhanças são mais comuns do que as diferenças, estas, mesmo em menor número, influenciam e diferenciam o grau de avanço do processo no município.

Diante desse quadro, surgem vários questionamentos que precisam ser investigados, na tentativa de contribuir para superação das dificuldades que impedem o avanço da municipalização, sendo importante **o conhecimento sobre quem são os gestores desses sistemas e também os principais que dificultam as suas atuações.**

A metodologia do estudo em pauta teve como base a aplicação de questionários em uma amostra de 82% dos secretários de saúde dos municípios do Rio Grande do Norte, abordando aspectos voltados para identificação dos seus perfis e dos principais problemas que dificultam o processo de gestão no âmbito do setor saúde.

Ao final, são feitas algumas considerações à guisa de conclusão, que apontam a influência do perfil do gestor como um dos determinantes do grau de avanço do processo de municipalização.

O PERFIL DOS GESTORES MUNICIPAIS

O propósito desse estudo é conhecer quem são os protagonistas que estão gerenciando os serviços municipais de saúde, como atores sociais im-

portantes na condução política, sem deixar de considerar a existência de outros atores, como conselheiros de saúde, equipes técnicas, e outro grupos de interesse, que exercem influência dependendo das realidades sociais.

Nesse sentido, Bordieu (1989) coloca que o campo político é o lugar onde se geram, na concorrência entre os agentes que nele estão inseridos (campo de forças e de lutas), os produtos políticos. Esses produtos são resultado da relação que os mandantes mantêm com seus mandatários e da relação que os mandatários mantêm com suas organizações. Mas, mesmo sendo um campo aberto, esse autor aponta o monopólio que os profissionais (políticos) exercem nele.

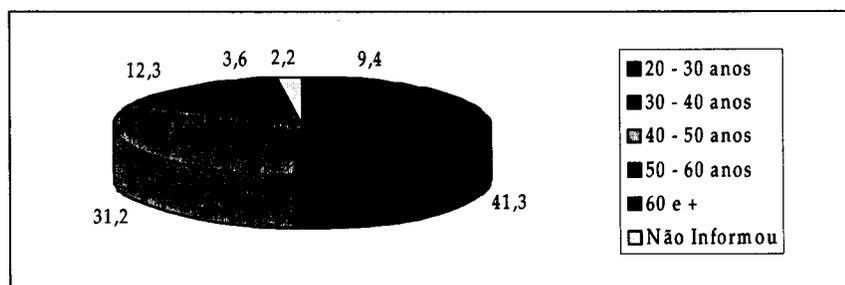
Dessa forma, o gestor do sistema municipal, assume um papel de peso no processo da municipalização das ações de saúde, necessitando de capacitação técnica e política para o exercício do cargo e desenvolvimento das novas funções, considerando o contexto democrático.

Todos os secretários incluídos na amostra foram indicados pelos prefeitos eleitos no último pleito (2001).

A seguir, serão apresentados tabelas e gráficos, que respondem questões referentes ao perfil e problemas dos gestores municipais de saúde do Estado do Rio Grande do Norte.

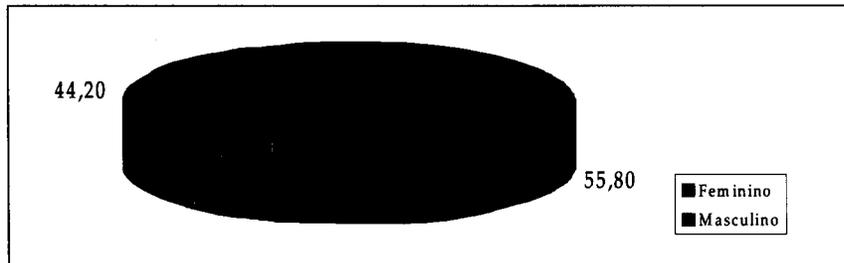
a) Qual a faixa etária dos secretários municipais de saúde do RN?

GRÁFICO 1 – FAIXA ETÁRIA DOS SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE, RN – 2001



b) Qual o sexo que predomina nos secretários municipais de saúde?

GRÁFICO 2 – DIVISÃO DOS SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE SEGUNDO SEXO, RN – 2001



c) Qual o grau de escolaridade dos secretários municipais de saúde do RN?

TABELA 1 – DISTRIBUIÇÃO DOS SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE SEGUNDO ESCOLARIDADE, RN – 2001

Escolaridade	Absoluto	%
Ensino superior	95	69,3
Ensino médio	38	27,7
Ensino fundamental	4	2,9
Total	137	100,0

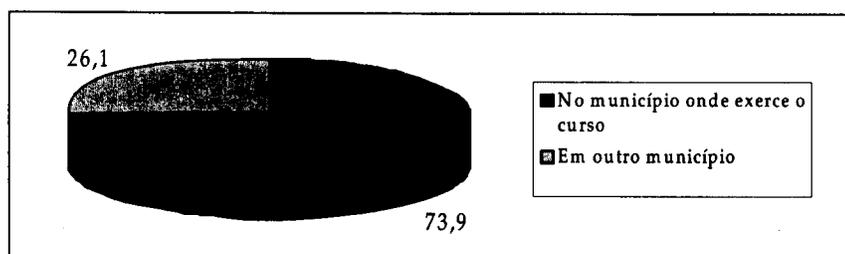
d) Considerando os secretários que têm formação superior, há quanto tempo obtiveram a graduação?

TABELA 2 – DISTRIBUIÇÃO DOS SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE SEGUNDO TEMPO DE FORMAÇÃO SUPERIOR, RN – 2001

Tempo	Absoluto	%
0 - 3 anos	3	3,1
4 - 7 anos	11	11,5
8 - 11 anos	17	17,7
12 - 20 anos	33	34,4
21 - 30 anos	28	29,2
31 e +	2	2,1
Não Informou	2	2,1
Total	96	100,0

e) Os secretários residem no município onde exercem o cargo?

GRÁFICO 3 – LOCAL DE RESIDÊNCIA DOS SECRETÁRIOS MUNICIPAIS, RN – 2001



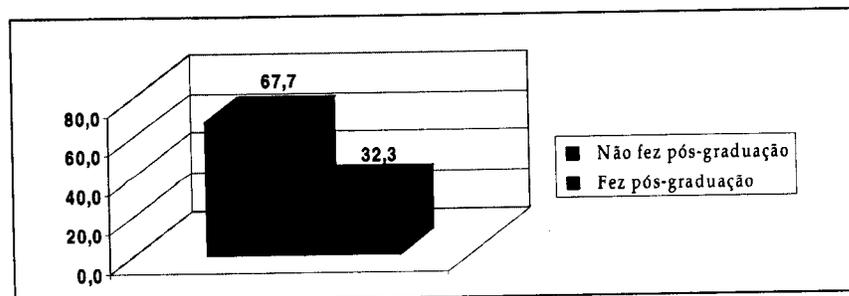
f) Qual a formação básica dos secretários municipais?

TABELA 3 – DISTRIBUIÇÃO DOS SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE SEGUNDO FORMAÇÃO BÁSICA PROFISSIONAL, RN – 2001

Formação Básica	Absoluto	%
Medicina	21	15,0
Farmácia	16	11,0
Enfermagem	15	11,0
Auxiliar de Enfermagem	12	9,0
Odontologia	11	8,0
Serviço Social	9	7,0
Pedagogia	5	4,0
Sociologia	4	3,0
História	4	3,0
Administração	3	2,0
Economia	3	2,0
Nutrição	1	0,7
Geografia	1	0,7
Direito	1	0,7
Secretariado Executivo	1	0,9
Total	107	100,0

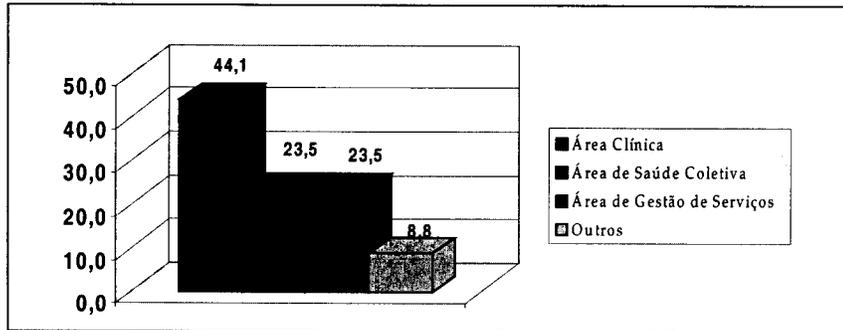
g) Após o seu curso de graduação, teve oportunidade de fazer algum curso de pós-graduação?

GRÁFICO 4 – RELAÇÃO DOS SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE COM/SEM PÓS-GRADUAÇÃO, RN – 2001



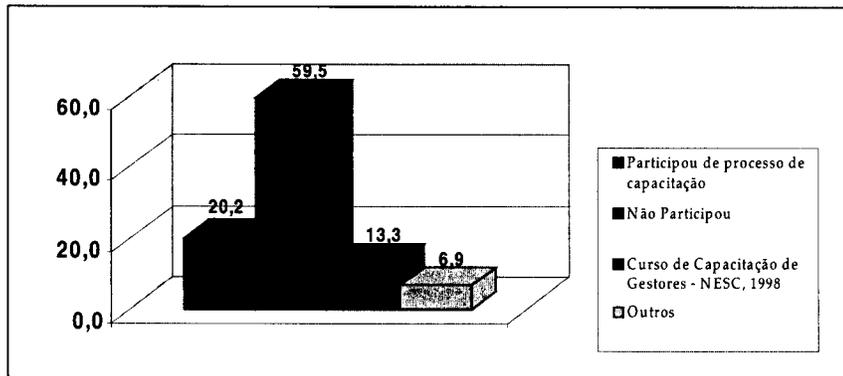
h) Qual a área de conhecimento da pós-graduação dos secretários municipais de saúde?

GRÁFICO 5 – ÁREA DE CONHECIMENTO DA PÓS-GRADUAÇÃO DOS SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE, RN – 2001



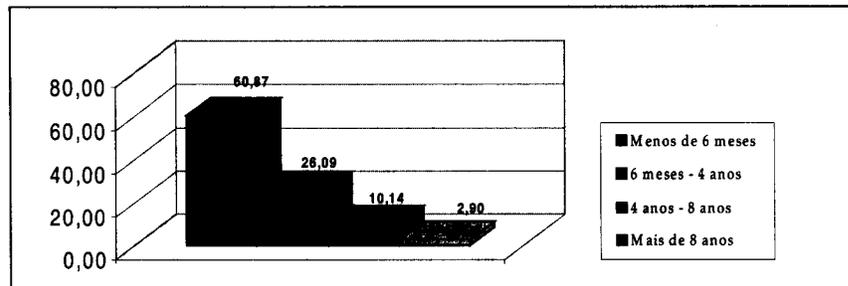
i) Teve oportunidade de participar de algum curso de capacitação em gestão de serviços de saúde?

GRÁFICO 6 – RELAÇÃO DOS SECRETÁRIOS POR PARTICIPAÇÃO EM CURSOS DE CAPACITAÇÃO NA ÁREA GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE, RN – 2001



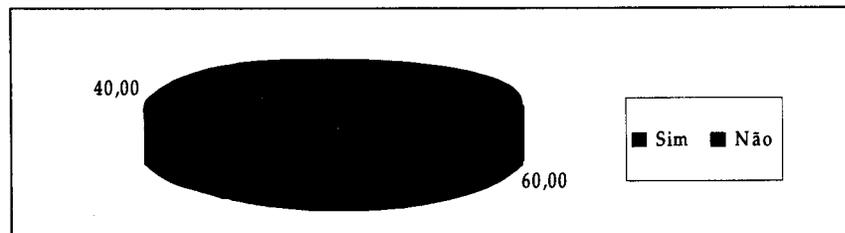
j) Quanto tempo tem no exercício do cargo de secretário municipal de saúde?

GRÁFICO 7 – TEMPO DE EXERCÍCIO NO CARGO DE SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE, RN – 2001



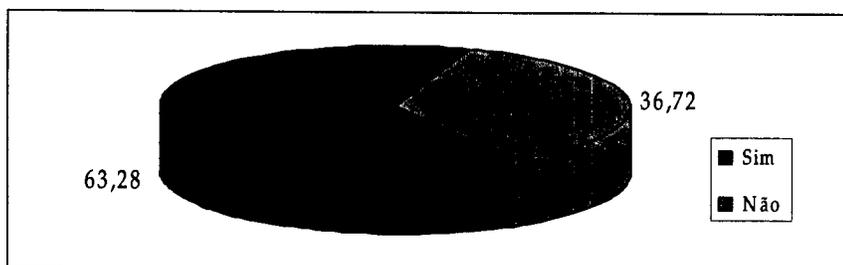
k) Já teve experiência anterior em algum cargo na gestão de serviços públicos?

GRÁFICO 8 – EXPERIÊNCIA ANTERIOR EM CARGOS DE GESTÃO NO SERVIÇO PÚBLICO DOS SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE, RN – 2001



l) O secretário de saúde assume outra função (acumulando)?

GRÁFICO 9 – ACÚMULO DE FUNÇÃO DO SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE, RN – 2001



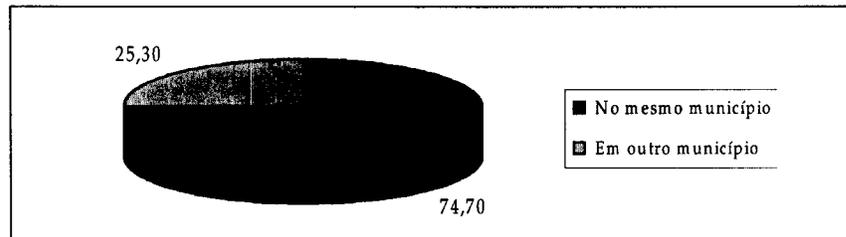
m) Que outra função assume concomitante a de secretário municipal de saúde?

TABELA 4 – DISTRIBUIÇÃO DOS SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE DE ACORDO COM A OUTRA FUNÇÃO CONCOMITANTE, RN – 2001

Função Assumida Concomitante	f	%
Função Técnica	63	67,74
Outra Função Gerencial	12	12,90
Função Docente	8	8,60
Autônomo	5	5,38
Outras	5	5,38
Total	93	100,00

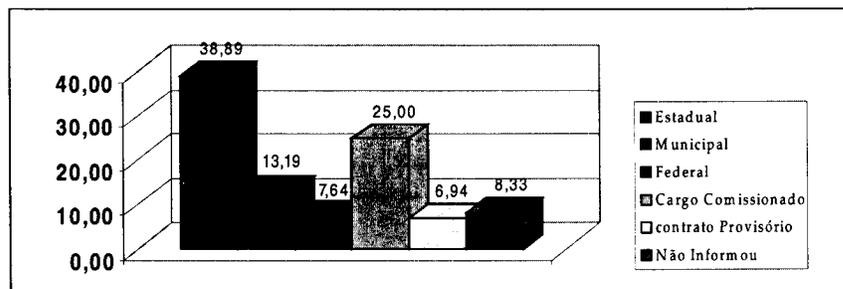
n) Qual o local onde desempenha a sua outra função concomitante à de secretário municipal de saúde?

GRÁFICO 10 – LOCAL ONDE DESEMPENHA OUTRA FUNÇÃO, CONCOMITANTE A DE SECRETÁRIO MUNICIPAL DA SAÚDE, RN – 2001



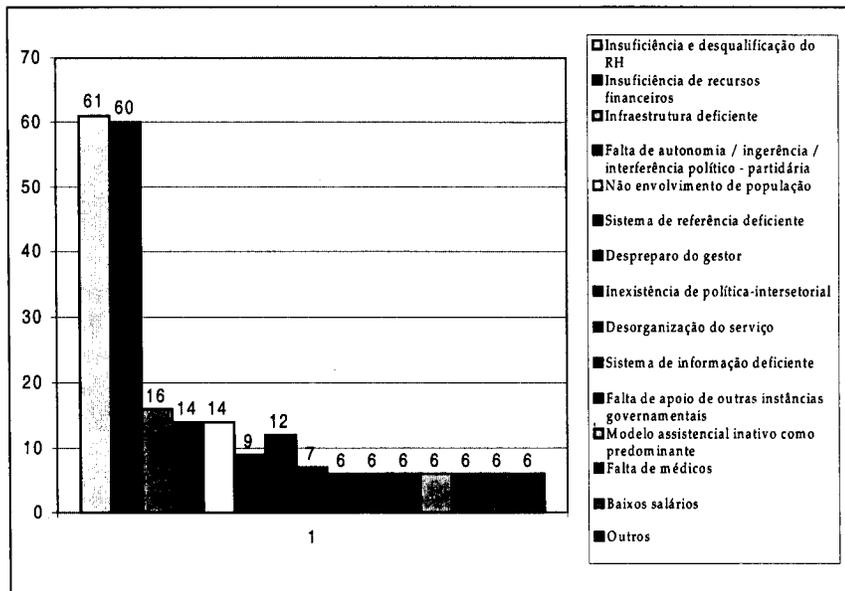
o) Qual o vínculo empregatício do secretário municipal de saúde?

GRÁFICO 11 – VÍNCULO EMPREGATÍCIO DOS SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE, RN – 2001



p) Quais os problemas que mais dificultam a gestão do sistema de saúde municipal?

GRÁFICO 12 – PROBLEMAS APONTADOS, QUE DIFICULTAM A GESTÃO DO SISTEMA DE SAÚDE NO MUNICÍPIO, RN – 2001





ESTUDO DO PERFIL DOS GERENTES DOS HOSPITAIS PÚBLICOS DO RIO GRANDE DO NORTE*

Janete Lima de Castro & Jorge Luiz de Castro

INTRODUÇÃO

Muitas são as terminologias usadas no decorrer da história para o espaço que hoje denominamos de Hospital. A palavra hospital, historicamente, vem do latim *hospitalis*, significando o que hospeda. Mirshawka (1994, p.16) diz que nos primórdios da era cristã as terminologias mais utilizadas eram relacionadas com o grego e o latim *Nosocomium*: lugar para tratar doentes, asilo de enfermos; *Nosodochium*: lugar para receber doentes; *Ptochotrophium*: asilo para pobre; *Poedotrophium*: asilo para crianças; *Xenotrophium*: asilo e refúgio para viajantes estrangeiros; *Gynetrophium*: hospital para mulheres; *Gerontokomium*: asilo para velhos; *Hospitium*: lugar onde os hóspedes eram recebidos.

Estabelecido, inicialmente, como uma instituição filantrópica e agência de auxílio aos pobres ou, como ressalta Pitta (1994, p.39), como uma instituição que tinha a profana incumbência de seqüestrar pobres, moribundos, doentes e vadios do meio social, escondendo o incômodo, disciplinando os corpos e guardando-os até a morte, o hospital tem percorrido um caminho complexo e tortuoso em busca do tecnicismo científico adequado às novas funções.

O modelo que emerge no começo do século XX, resultante do Relatório Flexner, tem o hospital como principal centro de produção de atendimento à saúde. No Brasil, a construção e organização do novo Hospital da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Santos e do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo, deram o início à nova era hospitalar. A complexidade da organização do trabalho nesse espaço hospitalar passou a exigir profissionais qualificados para a sua administração. Assim, no início do

*Os autores registram e agradecem a colaboração de João Arthur de Santa Cruz e de Maria de Fátima Teixeira Marques na elaboração deste texto.

século XX, surgiram os primeiros cursos de formação de administradores hospitalares na Universidade de São Paulo, na Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, na Universidade de Ribeirão Preto e em diversas outras instituições de ensino do país.

Qualquer organização de saúde, atualmente, seja ela um centro de saúde ou um hospital de alta complexidade, exige uma gerência qualificada formada por profissionais, efetivamente, comprometidos na obtenção dos objetivos finais do serviço que dirigem. Um gerente não comprometido, insatisfeito com o seu trabalho e que não procura, permanentemente, desenvolver seus conhecimentos e habilidades gerenciais, estará destinado a ficar fora do negócio, seja público, seja privado.

A melhoria da qualidade dos serviços passa pela superação dos fatores limitantes ao desenvolvimento do seu trabalho, através do desenvolvimento de conhecimentos e habilidades com mecanismos gerenciais que permitam a utilização dos poucos recursos disponíveis com o máximo de eficiência, eficácia e efetividade possíveis.

Na perspectiva de conhecer os gerentes dos hospitais públicos do Estado, o presente trabalho foi realizado. Conhecer o perfil desse administrador poderá ser útil para a definição das políticas de capacitação e da escolha do profissional mais adequado ao cargo.

A REDE HOSPITALAR NO RIO GRANDE DO NORTE

A organização dos serviços de saúde no Rio Grande do Norte compreende um conjunto de ações e serviços realizados de forma a atender às demandas coletivas e individuais da população usuária. Esses serviços são realizados por estabelecimentos públicos e privados, através de atividades ambulatoriais, hospitalares ou domiciliares.

De acordo com o Ministério da Saúde (2001, p.21),¹ a rede hospitalar do Sistema de Saúde do Estado do Rio Grande do Norte é constituída por

¹ Dados retirados da publicação Assistência à Saúde no SUS – média e alta complexidade 1995 a 2000.

202 (duzentos e duas) unidades hospitalares, dos quais 49 (quarenta e nove) são hospitais filantrópicos; 26 (vinte e seis) são contratados; 4 (quatro) universitários e 123 (cento e vinte e três) públicos, cuja proporcionalidade pode ser vista no Gráfico 1. Nos hospitais públicos, encontra-se a seguinte distribuição: 04 (quatro) hospitais federais, 27 (vinte e sete) estaduais e 92 (noventa e dois) municipais, como pode ser visto no Gráfico 2.

GRÁFICO 1 – REDE HOSPITALAR DO SISTEMA DE SAÚDE DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

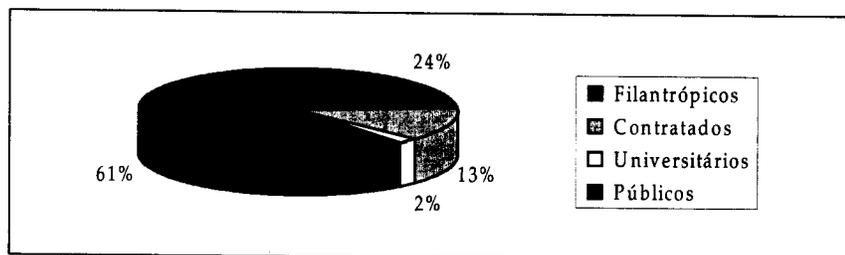
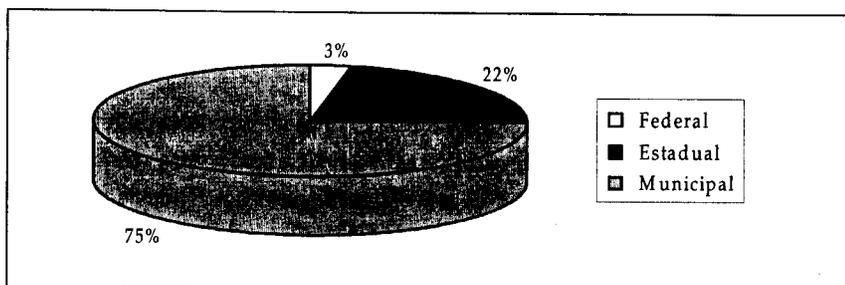
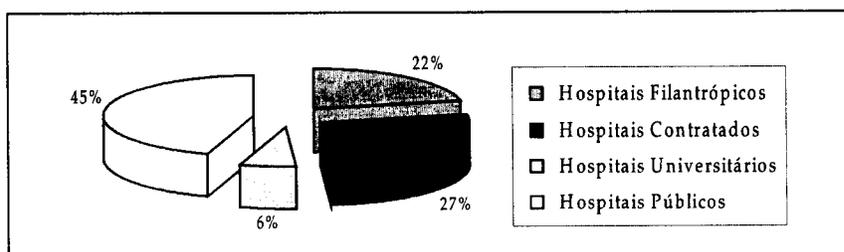


GRÁFICO 2 – DISTRIBUIÇÃO DOS HOSPITAIS PÚBLICOS NO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE



Essa rede hospitalar possui 7.436 (sete mil quatrocentos e trinta e seis) leitos, assim distribuídos: hospitais filantrópicos, 1.622 (hum mil seiscentos e vinte e dois); contratados, 1.976 (hum mil novecentos e setenta e seis); universitários, 448 (quatrocentos e quarenta e oito) e públicos 3.390 (três mil trezentos e noventa), de acordo com o Gráfico 3.

GRÁFICO 3 – DISTRIBUIÇÃO DE LEITOS EXISTENTES NA REDE HOSPITALAR DO ESTADO



PROCURANDO CONHECER O PERFIL DOS DIRIGENTES HOSPITALARES: A COLETA DE DADOS

Universo e a População

O universo do presente estudo foi constituído pela rede de hospitais públicos pertencentes à Universidade Federal do Rio Grande do Norte e à Secretaria de Saúde Pública do Estado do Rio Grande do Norte. Da rede de saúde estadual foram investigados apenas os hospitais de abrangência regional, ou estadual, portanto, aqueles que, por algum motivo, ainda não foram municipalizados, não se tornaram alvo do nosso estudo.

A Coleta de Dados

A coleta de dados foi realizada no período de agosto a dezembro de 2001. Questionários, anexados a uma carta explicativa, foram enviados por correio, ou entregues pessoalmente aos dirigentes dos hospitais da rede estadual e da rede do complexo de atenção da UFRN.

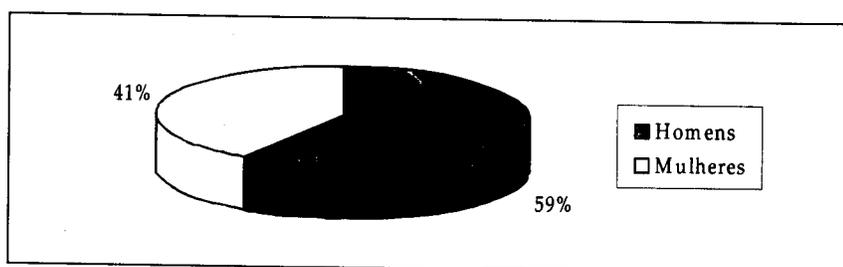
Para efeitos de tabulação, foram considerados todos os 61 (sessenta e um) questionários devolvidos devidamente preenchidos. Os hospitais responsáveis pela devolução fôramos seguintes: Hospitais Universitários (Hospital Onofre Lopes, Hospital de Pediatria, Hospital Escola-maternidade Januário Cicco). Hospitais Estaduais (João Machado, Walfredo Gurgel, Giselda Trigueiro, José Pedro Bezerra, Regional Cleodon de Andrade, Regional Hélio Morais Marinho, Regional Tarcísio Maia, Regional de Canguaretama,

Regional Alfredo Mesquita Filho, Regional de Caraúbas, Regional Dr. Odilon Guedes da Silva, Regional Dr. Inácio dos Santos, Regional Monsenhor Antônio Barros, Regional de Angicos, Rafael Fernandes).

TRAÇANDO O PERFIL DOS GERENTES DOS HOSPITAIS PÚBLICOS ESTADUAIS E FEDERAIS DO RIO GRANDE DO NORTE

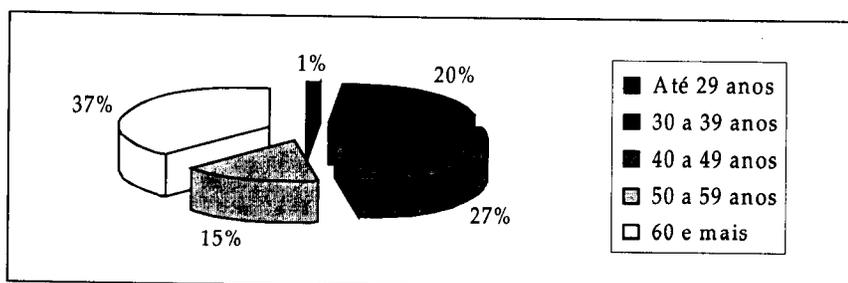
a) Qual a distribuição dos gerentes segundo o sexo?

GRÁFICO 4 – DISTRIBUIÇÃO DOS GERENTES SEGUNDO O SEXO



b) Qual é a distribuição dos gerentes segundo a faixa etária?

GRÁFICO 5 – DISTRIBUIÇÃO DOS GERENTES SEGUNDO A FAIXA ETÁRIA



c) Qual a formação básica dos gerentes dos hospitais?

GRÁFICO 6- FORMAÇÃO BÁSICA DOS GERENTES DOS HOSPITAIS DA SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA DO RIO GRANDE DO NORTE SESAP

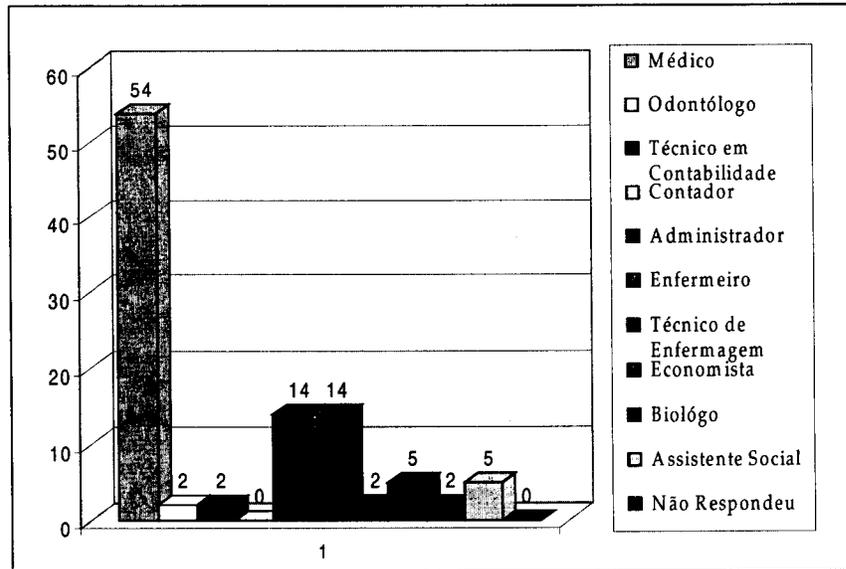


GRÁFICO 7 - FORMAÇÃO BÁSICA DOS GERENTES DOS HOSPITAIS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE

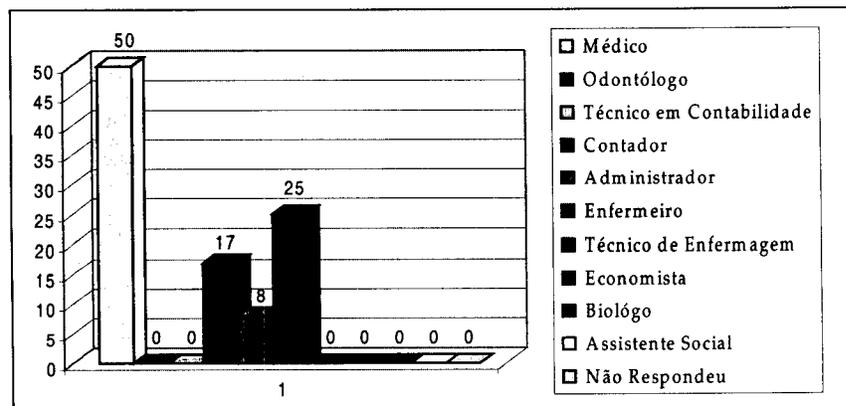
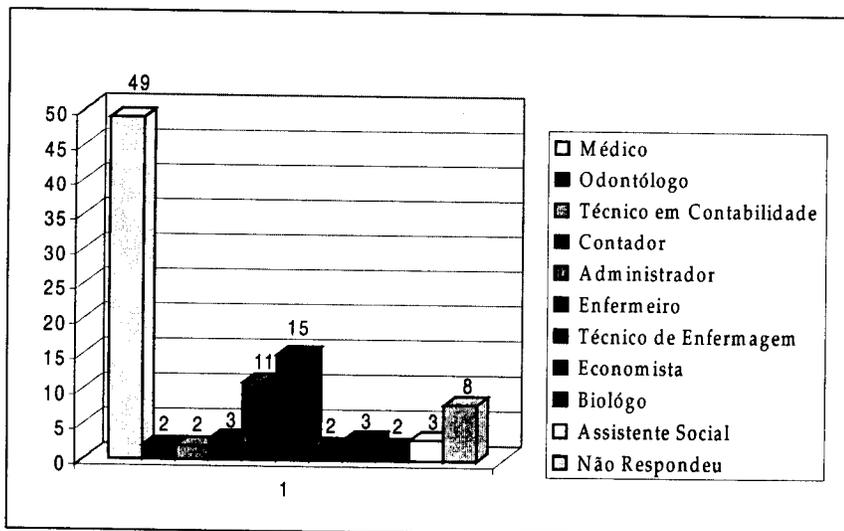
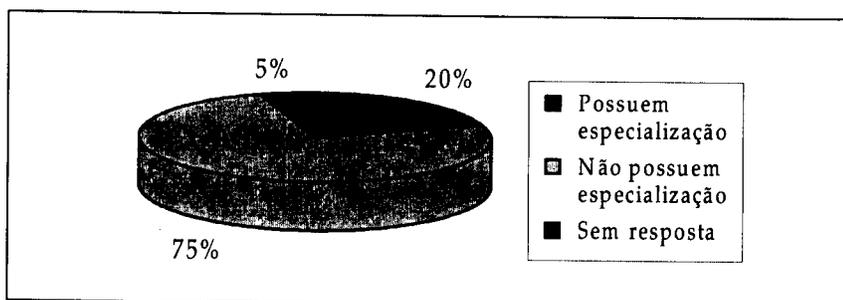


GRÁFICO 8- SESAP X UFRN



d) Quantos gerentes possuem especialização em Gestão Hospitalar?

GRÁFICO 9 – GERENTES QUE POSSUEM ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO HOSPITALAR



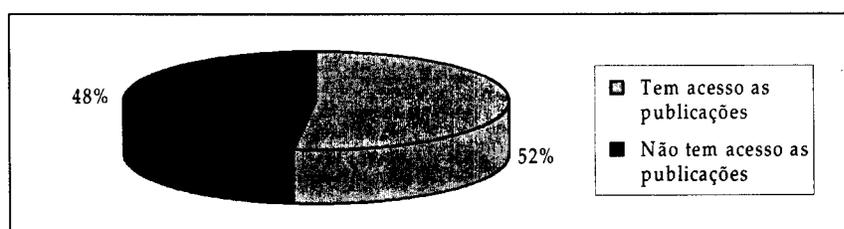
e) Que outras especializações podem ser encontradas entre os gerentes hospitalares?

Foram identificadas as seguintes especializações: Desenvolvimento de Recursos Humanos de Saúde; Desenvolvimento e Gestão de Recursos Humanos nas Instituições; Planejamento; Projetos Especiais; Auditoria; Saúde

Pública; Medicina do Trabalho; Enfermagem Materno-infantil; Cirurgia Geral; Terapia Intensiva; Enfermagem Médico-cirúrgica; Desenvolvimento Regional e Meio Ambiente; Pediatria; Neurologia; Psicologia; Endoscopia Digestiva Alta e Baixa; Psicoterapia e Orientação Psicanalítica; Psicoterapia Cognitiva e Comportamental; Anestesia; Cardiovascular; Ciências Contábeis.

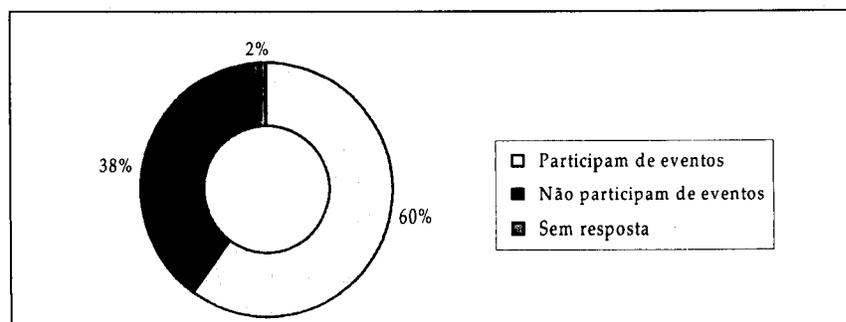
f) Qual o percentual dos gerentes que tem acesso a publicações na área da Gestão Hospitalar?

GRÁFICO 10 – PERCENTUAL DOS GERENTES QUE TEM ACESSO A PUBLICAÇÕES NA ÁREA DA GESTÃO HOSPITALAR



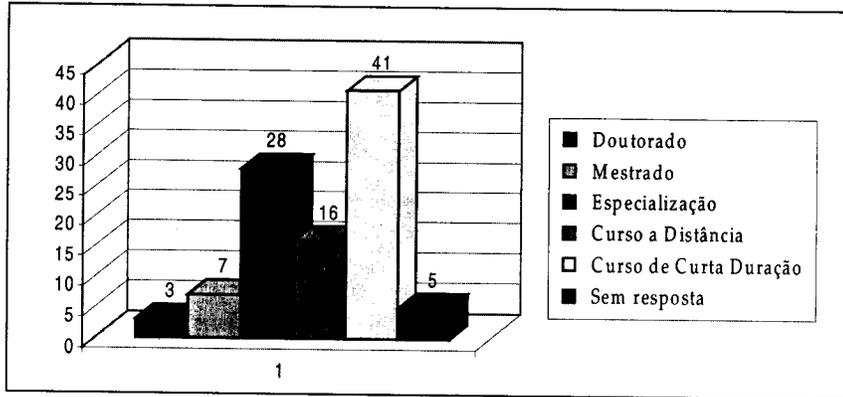
g) Os administradores hospitalares costumam participar de eventos científicos na área da Gestão Hospitalar?

GRÁFICO 11 – PERCENTUAL DOS ADMINISTRADORES HOSPITALARES QUE COSTUMAM PARTICIPAR DE EVENTOS CIENTÍFICOS NA ÁREA DA GESTÃO HOSPITALAR



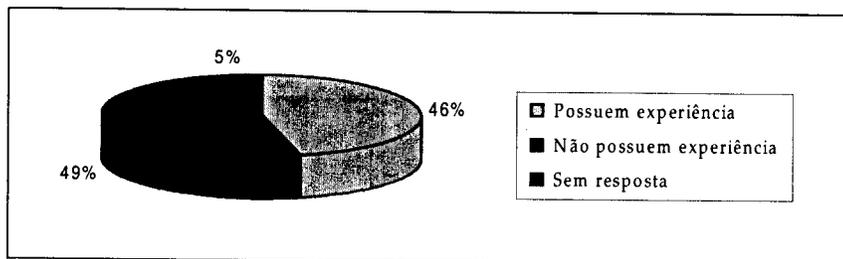
h) Quais as modalidades de cursos mais solicitadas pelos gerentes?

GRÁFICO 12 – MODALIDADES DE CURSOS MAIS SOLICITADAS PELOS GERENTES



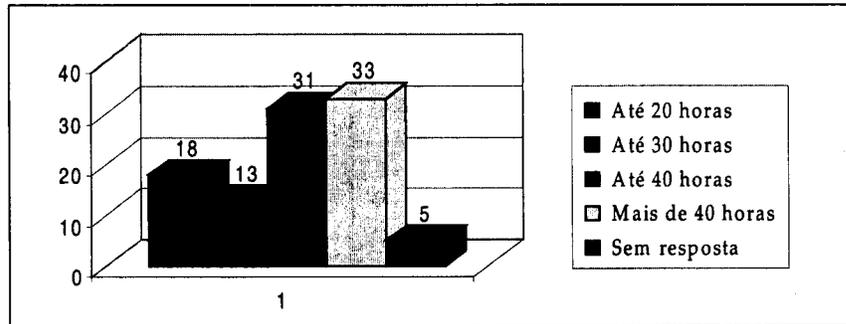
i) Os gerentes possuem experiência anterior no exercício da função gerencial?

GRÁFICO 13 – GERENTES QUE POSSUEM EXPERIÊNCIA ANTERIOR NO EXERCÍCIO DA FUNÇÃO GERENCIAL



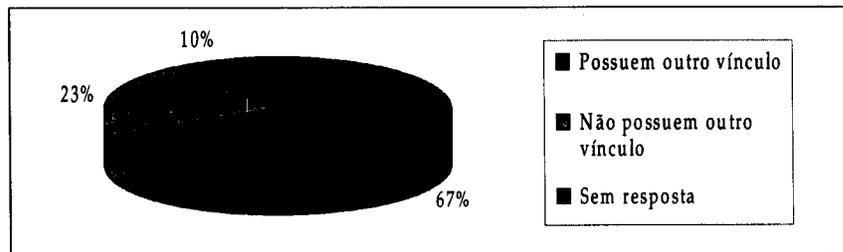
j) Qual a carga horária dedicada à função gerencial?

GRÁFICO 14 – CARGA HORÁRIA DEDICADA À FUNÇÃO GERENCIAL



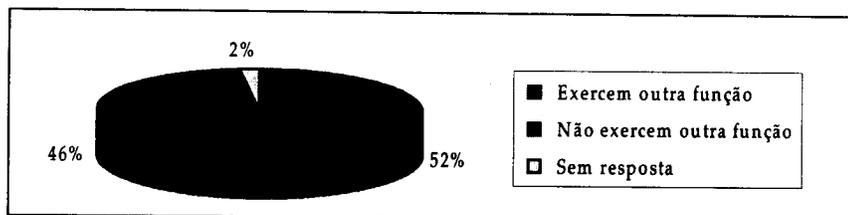
k) É comum a existência de outro vínculo empregatício?

GRÁFICO 15 – EXISTÊNCIA DE OUTRO VÍNCULO EMPREGATÍCIO



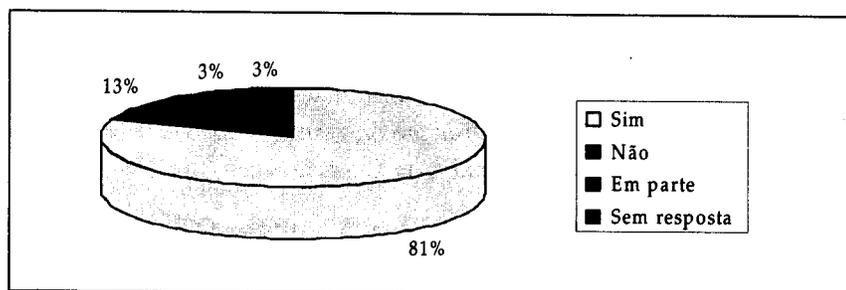
l) Os gerentes exercem outras funções na unidade pesquisada?

GRÁFICO 16 – GERENTES QUE EXERCEM OUTRAS FUNÇÕES NA UNIDADE PESQUISADA



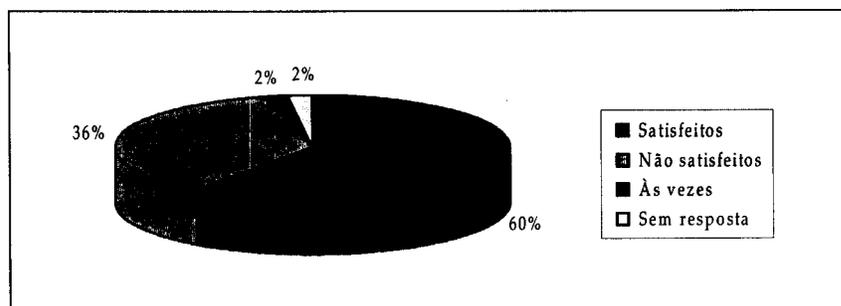
m) A função gerencial é considerada desgastante?

GRÁFICO 17 – PERCENTUAL DOS GERENTES QUE CONSIDERA A FUNÇÃO GERENCIAL DESGASTANTE



n) Os gerentes estão satisfeitos com a sua gestão?

GRÁFICO 18 – PERCENTUAL DOS GERENTES SATISFEITOS COM SUA GESTÃO



o) Quais os motivos apontados para a insatisfação e desgaste no exercício da função?

Entre os vários motivos citados, destacam-se os seguintes: a morosidade administrativa; os estreitos limites da 'autonomia'; os repetidos enfrentamentos com os servidores em virtude das insatisfações com os baixos salários e as precárias condições de trabalho; as dificuldades financeiras; equipamentos precários; decisões centralizadas na administração central da Secretaria de Saúde; acúmulo da função de gerente com a de execução e despreparo para assumir as atividades da gerência.

Os gráficos anteriores mostram que os hospitais do Estado do Rio Grande do Norte são, predominantemente, gerenciados pelo sexo masculino (59% da população estudada). A idade dos gerentes do sexo masculino e feminino concentra-se, basicamente, na faixa etária de 30 a 49 anos .

A formação básica é diversificada, contudo, a profissão médica se apresenta de forma bastante predominante. A grande maioria, 75% dos dirigentes, não possui especialização em Gestão Hospitalar, todavia, costuma participar de eventos (seminários e congressos) na área. Um pouco menos da metade, 48% da população estudada, não tem acesso às publicações direcionadas para a gerência de hospitais. As publicações mais consultadas são aquelas enviadas pelo Ministério da Saúde. No que se refere à qualificação

necessária para o desempenho da função, os gerentes ressaltam a necessidade de aprimoramento para o exercício da gerência. Da clientela estudada, 28% apontam os cursos de especialização como a modalidade mais adequada às suas exigências de tempo e disponibilidade, 41% referem os cursos de pequena duração, até 80 horas, como a forma mais adequada às suas necessidades.

É importante destacar que o ensino a distância foi ressaltado como uma estratégia que pode facilitar o acesso dos gerentes aos processos de capacitação.

Sobre a inserção nas atividades gerenciais, foi observado que 49% dos dirigentes não possuem experiência anterior no campo da administração hospitalar. A carga horária dedicada à gerência dos hospitais é bastante variada, todavia, há uma concentração de 61% daqueles que referem dedicar 40 horas ou mais à função gerencial. Sessenta e sete por cento da clientela alvo deste estudo possuem outro vínculo empregatício, e 52% desenvolvem outra função no seu hospital, além da função gerencial.

O exercício da gerência hospitalar é uma atividade considerada desgastante para 74% dos dirigentes dos hospitais da rede estadual e universitária. No entanto, apesar de todas as dificuldades ressaltadas, 60% referem estar satisfeitos com a sua gestão. Vários foram os motivos apontados como determinantes da satisfação referida. Entre outros, pode-se citar a possibilidade de aprendizado; o contínuo enfrentamento do desafio que estimula a superação dos problemas; a possibilidade de ter um trabalho reconhecido; a sensação de estar contribuindo para a melhoria do Sistema Único de Saúde; e a possibilidade de realizar um trabalho, mesmo com as limitações impostas.

CONCLUSÕES

Informações sobre a inserção no trabalho, formação e capacitação, acesso às publicações e informações, assim como a visão do gerente hospitalar sobre seu próprio trabalho, foram destacadas nesse estudo. Espera-se que essas informações possam contribuir para a superação de dois desafios constantemente colocados para os que trabalham na área de gestão de recursos humanos de saúde: a capacitação dos quadros gerenciais e a adequação desses profissionais aos cargos que exercem.

A necessidade de melhor capacitação para o desempenho da função gerencial é destacada, inclusive, pelos próprios dirigentes dos hospitais. Como foi dito no início desse estudo, para não ficar fora do negócio, os hospitais públicos precisam se qualificar, mostrar agilidade e competência para responder às demandas sociais. O hospital é um campo de práticas onde os conflitos existentes entre os atores que transitam no setor saúde aparecem de forma mais nítida, por isso mesmo, é um excelente espaço para a promoção do desenvolvimento gerencial. Portanto, considerar o perfil do quadro gerencial da organização é, sem dúvida, necessário para melhor planejar as iniciativas e, conseqüentemente, evitar desperdício de tempo, de energia e de recursos financeiros.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. *Assistência de média e alta complexidade no SUS -1995/2000*/Secretaria de Assistência à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

MIRSHAWKA, V. *Hospital: fui bem atendido, a vez do Brasil*. São Paulo: Makron Books, 1994.

PITTA, A. *Hospital: dor e morte como ofício*. 3. ed. São Paulo: Editora Hucitec, 1994.

OBSERVAÇÃO DA EDUCAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE: EVIDÊNCIAS À ARTICULAÇÃO ENTRE GESTORES, FORMADORES E ESTUDANTES

Ricardo Burg Ceccim & Luiz Fernando Silva Bilibio



INTRODUÇÃO

Este artigo se insere no debate sobre as estratégias e os processos de mudança na formação/capacitação dos profissionais de saúde. Essas estratégias e processos envolvem a construção de cenários favoráveis à formação profissional, a inclusão dos gestores do setor na composição desses cenários e no exercício direto de compromissos com a profissionalização dos estudantes da área da saúde e, também, a co-produção (co-operação) entre gestores, formadores e estudantes que permita/viabilize/autorize o protagonismo do movimento estudantil no aprendizado de compromisso com a organização da atenção à saúde.

Um processo de reforma setorial, como o observado no setor da saúde, em especial na região da América Latina e Caribe implica correspondente formação/capacitação de recursos humanos. Feuerwerker e Marsiglia (1996, p. 25) registram que nas propostas preocupadas com a construção de um sistema de saúde público, único, universal e descentralizado surgem importantes preocupações com a educação profissional superior e a necessidade de integrar os sistemas de ensino e de saúde. As autoras destacam que não basta levar os estudantes para o aprendizado fora do hospital ou a integração docente-assistencial, ambas estratégias observadas no Brasil entre o final dos anos setenta e o início dos anos 90. Uma reforma sanitária com esses valores requer o desenvolvimento do aprendizado e da prática multiprofissional, a diversificação dos cenários de aprendizado e prática e a incorporação da causalidade social na explicação do processo saúde-doença-cuidado-qualidade de vida. A Reforma Sanitária, desde sua constituição jurídico-institucional, vem propondo profundas alterações na formulação e implementação das políticas de saúde, entretanto o mesmo não tem sido observado quanto

às políticas educacionais de interesse para o setor. Apesar de não restar dúvida de que um profundo processo de reformas não pode se fazer sem profundas alterações na preparação técnico-política e ética do pessoal que irá atuar e preencher os cargos de comando no setor reformado, o que se observou, no Brasil, foi o investimento recente em processos de formação posterior à graduação ou à inserção nos postos de trabalho do Sistema de Saúde. O próprio sistema de saúde não institucionalizou qualquer forma de interação permanente com os órgãos formadores com reflexo no ensino de graduação.

Ainda que recentemente o Ministério da Saúde tenha lançado um Edital de incentivo às mudanças curriculares na graduação em medicina, pode-se constatar a escolha uniprofissional, quando a experiência acumulada dos projetos do Programa UNI – Uma Nova Iniciativa na Educação dos Profissionais de Saúde: União com a Comunidade, a partir de 1991, determinava como denominador comum das iniciativas de mudança a interdisciplinaridade e o trabalho em equipe multiprofissional. A avaliação do Programa UNI era enxuta o suficiente para afirmar dois pontos para a reflexão, desde 1994: transcender o trabalho de um departamento e de uma profissão, para envolver equipes multiprofissionais durante todo o curso de graduação e engajar as instituições de ensino e de serviço à participação social na integração docente-assistencial (Kisil & Chaves, 1994). Tampouco as conclusões do amplo processo de avaliação do ensino médico, promovido pela Comissão Interinstitucional de Avaliação do Ensino Médico (Cinaem) parecem ter servido, para além de referência formal, como orientação para a proposição de estratégias capazes de interferir não somente no currículo, mas em todo o processo de formação de médicos e demais profissionais da saúde.

A experiência aqui relatada acolhe e aceita os acúmulos do Programa UNI e dos Projetos de Integração Docente-Assistencial, em especial na configuração da atual Rede Unida de Educação e Desenvolvimento dos Profissionais da Saúde, que contraiu ambas as ações em uma unidade em rede latino-americana. A Agenda Estratégica (2002-2003) da Rede Unida está disponível na internet (<http://www.redeunida.org.br/rede/agenda.asp>) sob a designação *Impulsionando movimentos de mudança na formação e desenvolvimento de profissionais de saúde para o Sistema Único de Saúde*, portanto fortemente aliançada com a Reforma Sanitária brasileira. Ainda assim, entendemos que a experiência gaúcha relatada difere do desenho da Rede Unida, operando quatro des-

locamentos: 1) **do** eixo central da articulação ensino-serviço-comunidade **para** a interação formação-gestão-controle social; 2) **do** eixo de orientação à construção de novas práticas, centradas na rede básica de atenção à saúde, **para** a detecção de *diagramas operadores*¹ da descentralização da gestão e regionalização da atenção de saúde como um sistema orgânico em rede única (sem centro na rede básica ou saúde da família e sem centro nos ambulatórios e hospitais de qualquer porte); 3) **do** protagonismo dos docentes e profissionais comprometidos com as mudanças no ensino e oportunidade de prática **para** o movimento estudantil e 4) **das** atividades na comunidade **para** a participação nos fóruns jurídico-institucionais de controle social e escuta/compreensão da satisfação dos usuários com os serviços e com os profissionais, junto aos locais de prestação do cuidado à saúde.

Do ponto de vista da observação das reformas setoriais, a observação da área de recursos humanos não pode seguir apenas a compreensão dos processos de gestão de pessoal/trabalhadores, sinais de distribuição e empregabilidade no mercado de trabalho, programas de educação permanente/educação continuada/educação em serviço e mudanças na formação, mas a observação de políticas públicas de educação profissional superior na área da saúde, das ações de compromisso dos gestores em saúde com os estudantes das profissões de saúde, das inovações na concretização de práticas de pensamento e produção de conhecimento pela presença e debate junto ao Sistema Único de Saúde.

O tema da educação dos profissionais está presente na pauta dos vários fóruns participativos do setor, assim a Educação começa a se destacar como componente da agenda da gestão em saúde. De um lado, os programas de educação em serviço e a profissionalização dos trabalhadores de escolaridade básica, de outro, a especialização dos trabalhadores incorporados aos serviços ou à gestão e o incentivo às mudanças curriculares. Todavia, para problematizar a Educação, como agenda da gestão, cabe ainda o debate das políticas públicas de saúde, a avaliação dos cursos que proliferam na pós-

¹ *Diagramas operadores* é uma expressão que criei como contribuição à tese de doutorado em saúde coletiva na Unicamp de Liane Righi (2002) e consta do parecer apresentado na sua argüição (Ceccim, 2002). Os *diagramas operadores* são desenhos de fluxo acentrados (nem pirâmide, nem círculo; nem hospitalocêntrico, nem rede-basico-cêntrico), orientados pela realidade locorreional. Seu segredo está na atenção integral à saúde, entendida como *uma modalidade de organização dos serviços, atributo das práticas dos profissionais de saúde e resposta governamental aos problemas de saúde capaz de levar em conta as várias dimensões e necessidades das pessoas e dos coletivos* (Mattos, 2001).

graduação *stricto sensu*, a avaliação e acompanhamento dos cursos de graduação na área da saúde, a criação de instâncias participativas junto à gestão e ao controle social para o aprofundamento da reflexão, proliferação dos espaços de discussão e montagem de estruturas de apoio aos estudos e publicações sobre o assunto, além do efetivo esforço de cumprir o dispositivo constitucional do ordenamento da formação de recursos humanos e de levar a Educação dos Profissionais de Saúde ao caráter de movimento social, onde o relacionamento com o movimento estudantil deveria ocupar lugar central pela sua capacidade de protagonismo nos destinos de sua formação e de compreensão do projeto social, gerencial, assistencial e pedagógico da Reforma Sanitária.

Em inúmeros estudos e publicações sobre o assunto aparece a busca e o relato de experiência sobre a integração ensino-serviço, praticamente inexistindo publicações que buscam a integração ensino-serviço-gestão-controle social e a articulação com os estudantes de graduação (o movimento/articulação estudantil, não a Instituição de Ensino Superior ou Departamentos/Setores universitários).

Especialmente os gestores do SUS, como responsáveis institucionais pela qualidade dos serviços do Sistema, são profundamente afetados pela questão recursos humanos. Nesta direção, Santana (1999, p. 435) escreve que “a discussão sobre o papel dos gestores do SUS na área de recursos humanos representa um dos mais importantes temas da agenda atual da política de saúde”. Para o autor, as dimensões do mercado de trabalho, na área pública da saúde, a complexidade dos conflitos de interesse e correlação de forças presentes neste campo, a emergência de novos agentes políticos no cenário da reforma setorial e, como pano de fundo de todos esses aspectos, o processo de democratização da sociedade brasileira conferem destaque e relevância ao debate da formação e do desenvolvimento dos recursos humanos de saúde.

A exigência de mudanças éticas, técnicas e políticas na educação e no desempenho dos profissionais de saúde é consensual em todas as instâncias onde se debate o desafio de aperfeiçoar a preparação dos recursos humanos para a saúde. Um movimento de parceria solidária pela educação dos profissionais de saúde, efetivado entre as três esferas da federação, as Instituições de Ensino Superior (IES), os Conselhos de Saúde e o próprio movimento estu-

dantil poderia inaugurar uma nova agenda política para a área de recursos humanos em saúde. É neste sentido que uma gama de obstáculos relacionada às relações de força, mudança de cultura e perda de privilégios, dificulta uma mudança mais concreta nas próprias práticas de formação. Uma dessas mudanças solicitadas é sobre o próprio preparo para a gestão.

É reconhecido que o profissional de saúde, em diversos momentos de sua carreira, estará no exercício da função de gestão no Sistema ou nos serviços de saúde. Paradoxalmente, também é reconhecido o despreparo dos profissionais para executar esta função. Nos resultados dos debates do Projeto Agenda,² dois itens foram diretamente apontados sobre este problema: a incoerência entre o processo de formação acadêmica e as necessidades dos serviços e ações desenvolvidas no SUS e os gestores com dificuldades no exercício do cargo, devido ao desconhecimento da administração do SUS (Castro, 2000, p. 23-24).

Diante desse quadro, ainda podem ser caracterizadas como inovadoras as experiências de integração entre gestores, formadores, usuários e estudantes com o objetivo de qualificar a formação dos recursos humanos para as reais necessidades sanitárias no Brasil. Na experiência nacional e internacional, as propostas de mudança têm se centrado na tríade instituições de ensino, instituições de serviço e associações científico-profissionais. A Rede Unida introduziu como novidade e avanço o componente comunidade. Defendemos a inclusão das instituições de serviço na condição de instituições de gestão e de atenção à saúde. Como instituições de gestão, além da qualidade da atenção, está a qualidade da condução das políticas, a gerência do sistema e a organização da inteligência do setor. Defendemos a inclusão do movimento estudantil como ator político diferente das instituições de ensino e cujo protagonismo deve ser incentivado como movimento político de construção do sistema de saúde e não apenas de inovações ao ensino. Defendemos a inclusão do 'controle social' como algo diferente da interação com a comunidade, é a inclusão da sociedade como ator necessário na escuta aos usuários do sistema de saúde, sem perdermos jamais a veemente necessidade de efetivar o acompanhamento singular de cada usuário das ações individuais de saúde.

² Trata-se do Projeto Políticas de Recursos Humanos de Saúde – Agenda de Prioridades para a Ação dos Gestores do SUS. Este projeto atingiu os gestores de saúde dos estados da federação e ficou conhecido como *Projeto Agenda*.

No Rio Grande do Sul, uma experiência inovadora foi o Projeto de Vivência-Estágio na Realidade do Sistema Único de Saúde, o projeto VER-SUS/RS. Uma atividade de educação “problematizadora e inventiva” (Kastrup, 2001, p. 207-223), onde a aprendizagem é, sobretudo, invenção de problemas e experiência de problematização.

A atividade de educação proposta não foi a de acumular ou consumir soluções para o ensino, a gestão do SUS ou o desenvolvimento de práticas de atenção integral à saúde, mas a experimentação e compartilhamento de problematizações e a geração de uma certa familiaridade com o Sistema de Saúde (órgãos de gestão estadual, central e regional; órgãos de gestão municipal; serviços e colegiados de participação social) que permita a emergência de significados e sentidos singulares em cada agente (sensibilização dos afetos).

Conhecer a realidade de um modo absolutamente estranho ao da universidade (em seu sistema acadêmico) tende às aprendizagens inovadoras, por estranhamento e surpresa, mobilizando o corpo, o afeto e o pensamento de tal forma que o retorno aos modos da universidade causem novo estranhamento e, portanto, um novo padrão de exigência de aprendizados.

Este artigo busca relatar esta experiência de educação em saúde coletiva, gerada por uma Escola de Saúde Pública estadual (ESP/RS), integrante da estrutura de uma Secretaria Estadual da Saúde, no caso o Estado do Rio Grande do Sul. A experiência envolveu Associações Científico-Profissionais, Instituições de Ensino Superior, Conselhos Regionais e Municipais de Saúde e os próprios estudantes universitários da área da saúde. Uma estratégia de mudança da formação dos profissionais de saúde em sintonia com a idéia de Feuerwerker (2002, p.18), quando ela escreve que “a mudança da formação se faz dentro do espaço local: escolas, serviços e espaços comunitários, com a participação ativa de professores, estudantes, profissionais da saúde e representantes da população” e com a idéia de Ceccim (2001) que propõe a experimentação como atitude de reflexão coletiva, tendo diante de si a realidade em todas as suas vertentes de informação”: os órgãos de gestão, os usuários concretos, os profissionais no exercício do seu modo de fazer o trabalho em saúde, a população representada nos fóruns de exercício da cidadania previstos pelo SUS, os gestores dos diferentes serviços de saúde e docentes universitários, sem experimentar a assistência, mas o próprio pensar o Sistema.

A participação das Escolas de Saúde Pública (Chaves & Kisil, 1994, p. 67), entendidas no sentido *lato* de instituições educacionais dedicadas ao ensino e pesquisa no campo setorial do conhecimento organizado pela saúde pública/saúde coletiva era uma expectativa do Programa UNI pelo seu caráter de estudo aprofundado da organização dos sistemas de saúde, por seu caráter de absorção de um alunado multiprofissional e por seu papel de formação profissional de quadros gestores.

Independentemente da oportunidade da experiência multiprofissional, a experimentação como atitude de reflexão coletiva se orientou por dois fatores fundamentais: a mobilização estudantil e a vivência das responsabilidades éticas, técnicas e políticas da condição de Sistema em rede única, descentralizada na gestão e regionalizada na complementaridade da atenção integral em saúde.

A primeira experiência se deu apenas com estudantes de medicina e a segunda com estudantes das várias carreiras universitárias da saúde, a primeira em janeiro de 2002 e a segunda em julho de 2002. Não se tratando de uma atitude fortuita, a experiência gerou, na Secretaria Estadual da Saúde, no interior da Escola de Saúde Pública/RS, uma assessoria de relações com o Movimento Estudantil da área da saúde. Reunida às relações com as Associações Científico-Profissionais, esta assessoria ficou designada como Articulação com o Movimento Estudantil e com as Associações Científico-Profissionais da Área da Saúde. Entendemos que o conjunto da experiência propõe uma estratégia educacional que, no campo do conhecimento, articula aprendizagens vivenciais cujo espaço privilegiado e único é o próprio tempo-espaço da gestão do SUS e, no campo da política de saúde, configura o relacionamento com um novo segmento de interlocução, os estudantes, chamados precocemente ao raciocínio e atuação multiprofissional e ao compromisso com o sistema de saúde.

A HISTÓRIA DA ORGANIZAÇÃO DO VER-SUS/RS

Em todo o mundo o Movimento Estudantil participa das conquistas e mudanças sociais. A interferência estudantil organizada, não só registra amplos poderes de interpor conceitos à sociedade, como registra um modo

peculiar de ver/estar no mundo que exige transformações sociais. Esse Movimento deixou sua marca no conturbado e produtivo maio de 1968 da França e igualmente no Brasil. No Brasil, o movimento estudantil teve forte presença na resistência contra a ditadura militar e sua subversão nos anos setenta no Brasil; na luta por eleições diretas; no processo de *impeachment* do Presidente da República, Fernando Collor de Mello, no início da década de noventa; no movimento Em Defesa da Universidade Pública, junto com o magistério superior público federal, e em outros processos sócio-históricos. Velasco e Cruz (1994, p. 51) nos mostra o ativismo estudantil presente em várias conjunturas importantes. É possível, conforme o autor, constatar como “nas mobilizações de classes médias que se multiplicaram no contexto da abertura política – associações de bairro, sindicalismo de médicos e de professores – é grande o número de ex-ativistas”. Este autor ressalva, ainda, quanto à história do movimento estudantil brasileiro, que “não parece casual, tampouco, que no PT [Partido dos Trabalhadores] – primeiro partido de esquerda, com ampla penetração popular no Brasil” a presença de ex-ativistas da juventude estudantil “seja tão perceptível”.

O próprio processo da Reforma Sanitária no Brasil também recebeu, e recebe, contribuições e pressões desse movimento, seja diretamente, seja por sua participação em associações nacionais de ensino das profissões (por exemplo, a Associação Brasileira de Educação Médica, a Associação Brasileira de Enfermagem e a Associação Brasileira de Ensino Odontológico).

A experiência que relatamos aqui tem sua nascente na presença dos estudantes de medicina, organizados por sua Direção Executiva Nacional. Em setembro de 2001, a Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina (DENEM) recorreu à Secretaria Estadual da Saúde/RS em busca de parceria para viabilizar seu V Estágio Nacional de Vivência no SUS, dessa vez também proposto como o I Estágio Regional de Vivência no SUS (Regional Sul I da DENEM). A proposta de um estágio regional seguia o desenho de regionalização da DENEM, correspondente aos estados de Santa Catarina e do Rio Grande do Sul. A iniciativa da Denem mobilizou o apoio da Escola de Saúde Pública/RS como a instância da gestão estadual em saúde encarregada da política de educação para o SUS, nessa esfera político-administrativa.

Tratando-se de uma ação absolutamente nova, uma vez que, pela primeira vez a Escola de Saúde Pública/RS organizava uma ação com estudantes de

graduação, a experiência foi designada como Escola de Verão, correspondendo ao suposto período de férias letivas (para as universidades federais, em reposição dos dias de paralisação do movimento de defesa da universidade pública, as aulas se prolongariam por todo o verão gaúcho). Em janeiro de 2002, aconteceu na ESP/RS o V Estágio Nacional/I Estágio Regional de Vivência no SUS, da DENEM, e a I Escola de Verão da Escola de Saúde Pública/RS. Uma comissão de estudantes, do gabinete da Secretaria Estadual da Saúde e da Escola de Saúde Pública/RS desenharam o projeto que seria levado a efeito. O projeto original de acompanhamento de serviços foi reorientado para o acompanhamento da gestão do SUS, envolvendo o conhecimento de indicadores de financiamento, indicadores epidemiológicos e demográficos, indicadores gerenciais e de satisfação dos usuários, discussão do ensino-aprendizagem e sua repercussão na prática médica e na organização de sistema de serviços de saúde. A Escola de Verão foi articulada em uma parceria com a Associação Médica do Rio Grande do Sul (Amrigs), viabilizando a operacionalização do desafio educacional entabulado.

A atividade contou com 56 estudantes de medicina oriundos de todo o país. Durante 17 dias esses estudantes conheceram a dinâmica da gestão e do funcionamento do SUS em seis regiões sanitárias do estado.³ A avaliação dos resultados quanto à possibilidade de potencialização da formação de recursos humanos para a saúde foi tão positiva que foram desencadeados, na ESP/RS, alguns processos de trabalho destinados à articulação com os estudantes. Um desses processos foi criar uma 'assessoria de relações com o Movimento Estudantil'.⁴ Esta 'assessoria de relações' teve a incumbência de dialogar com os estudantes organizados da área da saúde, a fim de desenvolver projetos destinados à educação dos profissionais de saúde para a saúde coletiva e para o SUS.

Num primeiro momento, os estudantes participantes desse processo eram universitários de medicina de algumas instituições de ensino superior do estado, dando seguimento e desdobramento à Escola de Verão. Diante deste quadro e, considerando o leque de profissionais que atuam no Sistema de Saúde, o primeiro movimento feito por essa 'assessoria' de relações foi buscar a participação multiprofissional e aumentar a representatividade por

³ As regiões escolhidas corresponderam, às Coordenadorias Regionais de Saúde da SES/RS (CRS) com sedes em Porto Alegre (1ª CRS), Pelotas (3ª CRS), Santa Maria (4ª CRS), Caxias do Sul (5ª CRS), Passo Fundo (6ª CRS) e Ijuí (17ª CRS).

⁴ Esta assessoria, hoje se configura como Articulação com o Movimento Estudantil e com as Associações Científico-Profissionais da Área da Saúde, um Comitê Assessor do Pólo de Educação em Saúde Coletiva da ESP/RS.

carreira e por IES no grupo de estudantes envolvidos. Com o auxílio dos próprios estudantes de medicina foi desenvolvida uma rede de contatos com os Diretórios/Centros Acadêmicos dos outros cursos da área da saúde.

Para fins institucionais e como ponto de partida para a construção desta rede, foi acordado como parâmetro a Resolução 287/98 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que define 14 profissões como carreiras de saúde. Essa definição permite ordenar a política de recursos humanos do setor, especialmente os processos de educação permanente e educação continuada. Dentre as 14 profissões estão a Biologia, Biomedicina, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Terapia Ocupacional e Serviço Social. Como o Rio Grande do Sul é o único estado da federação que possui um curso de graduação em saúde coletiva, curso da Universidade Estadual do Rio Grande do Sul, ministrado e conduzido na Escola de Saúde Pública/RS, o curso de bacharelado em Administração de Sistemas e Serviços de Saúde foi acrescido como mais uma carreira.

O grupo de trabalho foi composto pela ESP/RS e por estudantes de Administração de Sistemas e Serviços de Saúde, Enfermagem, Farmácia, Fonoaudiologia, Medicina, Medicina Veterinária, Odontologia e Serviço Social. Desencadeados alguns contatos informais com os Diretórios/Centros Acadêmicos das carreiras da saúde obteve-se o engajamento de 8 cursos, representados por seu corpo discente. Pode-se perceber que, além das carreiras mais tradicionais, sempre previstas no debate da profissionalização no SUS, como é o caso da Enfermagem, Medicina e Odontologia, participaram acadêmicos de de farmácia, fonoaudiologia, medicina veterinária e serviço social, Administração de Sistemas e Serviços de Saúde, como bem apregoado pelo Programa UNI, desde 1987 (Chaves & Kisil, 1994, p. 02).⁵

Quanto à ausência de diversas carreiras (biologia, biomedicina, educação física, fisioterapia, nutrição, psicologia e terapia ocupacional) pode-se argüir que, no Rio Grande do Sul, há apenas um curso de Terapia Ocupacional e um curso de Biomedicina, este último sem ter formado nenhuma turma até o momento, mas também pode-se perguntar como vai o ensino da área de saúde coletiva nessas carreiras em nosso estado, e obterem-se indícios para a

⁵ Chaves & Kisil (1994, p. 2-3) resgatam o surgimento do Programa UNI com a prioridade para o desenvolvimento de quatro importantes profissões da saúde: Medicina, Enfermagem, Odontologia e Administração em Saúde e a contribuição ao desenvolvimento de novos líderes na área da saúde.

política e gestão de recursos humanos e para a educação permanente desse pessoal da equipe de saúde. Esse tipo de ausência de participação também marcou outras atividades desenvolvidas pela ESP/RS.

Outra característica do grupo de estudantes foi a proveniência universitária e regional. Os estudantes eram oriundos de diferentes Instituições de Ensino Superior (IES): Centro Universitário Instituto Porto Alegre (IPA), capital; Fundação Faculdade Federal de Ciências Médicas de Porto Alegre (FFCMPA), capital; Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUC-RS), capital; Universidade de Caxias do Sul (UCS), região da serra; Universidade do Vale dos Sinos (Unisinos), região metropolitana; Universidade Estadual do Rio Grande do Sul (Uergs), capital e Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), capital. A representatividade envolveu capital, região metropolitana e interior; instituições públicas, federal e estadual; instituições privadas, comunitárias ou não, e instituições configuradas como Universidade, Centro Universitário e Faculdade Isolada.

Esse grupo de estudantes, a partir do processo de trabalho de montagem da vivência-estágio na realidade do SUS, decidiu institucionalizar sua configuração como um grupo multiprofissional e interinstitucional de universitários da área da saúde, proposto a desenvolver ações voltadas para a saúde coletiva. O grupo entendeu que sua atuação não estava limitada ao estudo e pesquisa devendo fortalecer-se como um núcleo de desenvolvimento de trabalhos na área da saúde coletiva. Desse modo, surgiu o Núcleo Estudantil de Trabalhos em Saúde Coletiva (NETESC). Uma instância estudantil autônoma que, em interação com outras instâncias oficiais do movimento estudantil, proporia e estabeleceria articulação com as IES, com os Conselhos Estadual, Regionais e Municipais de Saúde, com gestores do SUS e com a própria Escola de Saúde Pública/RS. O NETESC assumiu o desafio da sua própria formação, no sentido de perscrutar a formação de recursos humanos para o SUS no estado do Rio Grande do Sul e instigar o seu debate.

A ESP/RS, articulada com o NETESC, iniciou o trabalho de 'desdobramento' da Escola de Verão. Desse debate surgiu a nova designação da vivência-estágio. A idéia era a de levar os universitários a verem o SUS em sua realidade concreta, multifacetada e diversificada pelas regiões do território estadual. Uma vivência-estágio para 'ver' a realidade do SUS, ainda que sentindo-a, experimentando-

a e refletindo coletivamente sobre ela, levou ao VER-SUS/RS. O 'desdobramento' aconteceu na direção da ampliação da atividade, de estudantes de medicina para o conjunto das carreiras da saúde, de 6 regiões sanitárias para o conjunto das 19 regiões sanitárias da Secretaria Estadual da Saúde. Nesta primeira/segunda edição, o VER-SUS/RS reuniu 112 estudantes e envolveu 66 municípios.

OS OBJETIVOS E A INFRA-ESTRUTURA NECESSÁRIA

Com a meta de realizar o VER-SUS/RS, a articulação entre a ESP/RS e o NETESC passou a ser a de Comissão Organizadora da Vivência-Estágio. Diante dessa tarefa, várias e importantes questões foram surgindo como desafios de execução da proposta. Questões relativas à clareza dos objetivos, à infra-estrutura necessária, ao financiamento e à metodologia que seria a mais apropriada. Considerando os aspectos pedagógicos envolvidos numa atividade de formação de recursos humanos para a saúde, mais especificamente para os espaços de trabalho em saúde coletiva, foram estabelecidas as seguintes metas:

- Promover o encontro entre estudantes das várias carreiras de graduação em saúde de todo o estado⁶ e proporcionar estágio de vivência na gestão do Sistema Único de Saúde;
- Possibilitar o intercâmbio sobre a gestão do SUS entre os estudantes da saúde de todo o estado; docentes de saúde coletiva do Rio Grande do Sul; trabalhadores da área da saúde no sistema; gestores regionais, municipais e de serviços de saúde; usuários nos serviços de saúde e conselheiros de saúde;
- Constituir fóruns regionais de discussão e aproximação entre Instituições de Ensino Superior, serviços de saúde, órgãos de gestão do SUS e controle social na área da saúde;
- Propiciar para estudantes de graduação em saúde o debate das políticas públicas de saúde no SUS e estágio de vivência nas instâncias de um Sistema Estadual de Saúde (âmbitos estadual, regional, municipal, distrital e local).

⁶ Alguns estudantes de outros estados, bem como, de outros países, participaram do projeto, entretanto, a prioridade das vagas foi destinada aos estudantes do Rio Grande do Sul.

Com os objetivos traçados, o próximo passo foi prever a infra-estrutura necessária à execução do VER-SUS/RS. Um ponto de partida para a previsão de infra-estrutura foi a configuração do *Pólo de Educação em Saúde Coletiva do Rio Grande do Sul*, estrutura em formato de Comissão Permanente que congrega o gestor estadual do SUS, por meio de suas estruturas de educação em saúde coletiva, órgãos formadores, representação dos gestores municipais de saúde, prefeitura da capital e alguns hospitais universitários ou de ensino. No *Pólo de Educação em Saúde Coletiva* está inserida a maioria das IES do estado e, assim, a quase totalidade dos cursos da saúde. No período de planejamento do VER-SUS/RS, existia o total de 149 cursos da saúde nessas IES. A primeira meta foi envolver, no mínimo, um estudante por curso, o que acarretaria uma atividade com pelo menos 149 estagiários.

Outro ponto de referência foi o processo de regionalização da atenção à saúde que acontece no Rio Grande do Sul, pois se tratava de conhecer o processo de gestão: o estado está organizado em sete macrorregiões de saúde. São elas: região metropolitana, região sul, região norte, região centro-oeste, região da serra, região missioneira e região dos vales. Dentro destas macrorregiões estão localizadas as 19 Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS) da SES/RS, em cada uma delas um Núcleo Regional de Educação em Saúde Coletiva (NURESC) da ESP/RS, perfazendo uma distribuição por toda a diversidade epidemiológica, demográfica e sócioeconômica do estado. Os municípios sede destes núcleos são: 1ª CRS - Porto Alegre, 2ª CRS - Porto Alegre (abrange a vizinhança da Grande Porto Alegre), 3ª CRS - Pelotas, 4ª CRS - Santa Maria, 5ª CRS - Caxias do Sul, 6ª CRS - Passo Fundo, 7ª CRS - Bagé, 8ª CRS - Cachoeira do Sul, 9ª CRS - Cruz Alta, 10ª CRS - Alegrete, 11ª CRS - Erechim, 12ª CRS - Santo Ângelo, 13ª CRS - Santa Cruz do Sul, 14ª CRS - Santa Rosa, 15ª CRS - Palmeira das Missões, 16ª CRS - Lajeado, 17ª CRS - Ijuí, 18ª CRS - Osório e 19ª CRS - Frederico Westphalen.⁷ Considerando todas as macrorregiões, as CRS e as IES do *Pólo de Educação em Saúde Coletiva*, tínhamos a seguinte distribuição, que pode ser vista no Quadro 1:

⁷ Veja-se o documento relativo à formação e ao desenvolvimento no SUS/RS em Ceccim (2002).

QUADRO 1 – DISTRIBUIÇÃO CONSIDERANDO TODAS AS MACROREGIÕES

Macrorregião	Nuresc/CRS	Cidade Sede	IES/RS*
Metropolitana	1ª, 2ª e 18ª	Porto Alegre; Osório	FEEVALE, IPA, FFFCMPA, PUCRS, UERGS, Ulbra, Ufrgs, UNISINOS, UNILASALLE
Sul	3ª e 7ª	Pelotas; Bagé	Furg, UCPel, UFPel, Urcamp
Centro-Oeste	4ª e 10ª	Santa Maria; Alegrete	UFSM; Unifra
Serra	5ª	Caxias do Sul	UCS
Norte	6ª e 11ª	Passo Fundo; Erechim Cruz Alta; Santo Ângelo;	UPF; URI
Missioneira	9ª, 12ª, 14ª, 15ª e 17ª	Santa Rosa; Palmeira das Missões; Ijuí Cachoeira do Sul; Santa	Unijuí, Unicruz
dos Vales	8ª, 13ª, 16ª e 19ª	Cruz do Sul; Lajeado; Frederico Westphalen	Unisc, Univates

* FEEVALE - Centro Universitário Federação de Estabelecimentos de Ensino Superior do Vale dos Sinos em Novo Hamburgo, FFFCMPA - Fundação Faculdade Federal de Ciências Médicas de Porto Alegre, Furg - Fundação Federal Universidade do Rio Grande, IPA - Centro Universitário Instituto Porto Alegre, PUC-RS - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, UCPel - Universidade Católica da Pelotas, UCS - Universidade de Caxias do Sul, UERGS - Universidade Estadual do Rio Grande do Sul, UFPel - Universidade Federal de Pelotas, Ufrgs - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, UFSM - Universidade Federal de Santa Maria, ULBRA - Universidade Luterana do Brasil, UNICRUZ - Universidade de Cruz Alta, Unifra - Centro Universitário Franciscano, UNIJUI - Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, UNILASALLE - Centro Universitário La Salle, UNISC - Universidade de Santa Cruz do Sul, UNISINOS - Universidade do Vale dos Sinos, UNIVATES - Centro Universitário Vale do Taquari de Ensino Superior, UPF - Universidade de Passo Fundo, URCAMP - Universidade Regional da Campanha, URI - Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões.

A estratégia era contemplar todas as carreiras de graduação em saúde das IES/RS com uma vaga de estágio, agregar a esse número algumas vagas extras para, por exemplo, estudantes de fora do estado e, por fim, distribuir entre os 19 NURESC/CRS o mesmo número de estudantes. Assim, chegou-se ao número de 9 estudantes para formar o grupo de estagiários de cada um dos 19 NURESC/CRS. O que resultou num total de 171 vagas a serem abertas na edição do VER-SUS/RS.⁸

A proposta incluía que os estudantes tivessem suas despesas custeadas durante o período da vivência-estágio. A ideia era incentivar a máxima

⁸ A divisão de 149 vagas por 19 Núcleos Regionais levaria a grupos de 8 alunos. Considerando uma vaga a mais em cada região, chegamos a 9 estudantes por NURESC e 171 vagas no total.

adesão dos estudantes em uma categoria de estágio pouco presente na cultura universitária da saúde: a gestão do SUS. A bolsa de apoio ao estudante para a vivência-estágio também previa evitar a não-participação estudantil em função das dificuldades financeiras, característica de grande parte deste público. Em função deste enquadre, foi previsto um custeio das seguintes despesas, além do apoio para alimentação durante todo o período da atividade: local para o acolhimento; capacitação introdutória e alojamento do conjunto dos participantes para o início coletivo da atividade, o que aconteceria em Porto Alegre; transporte para os municípios sede dos 19 NURESC/CRS; alojamento e transporte nesses municípios para viabilizar a visitação às diferentes instâncias do Sistema de Saúde; transporte para retornar a Porto Alegre; e nova estada na capital para a avaliação final da vivência-estágio.

O APOIO DAS ASSOCIAÇÕES CIENTÍFICO-PROFISSIONAIS

A estratégia de trabalho implantada buscou conciliar a vivência-estágio com o projeto de interação com as Associações Científico-Profissionais proposta pela ESP/RS como conduta de incentivo ao engajamento dos estudantes e desenvolvimento do debate crítico sobre o SUS. A aproximação da gestão estadual às Associações Científico-Profissionais da Saúde por meio da Escola de Saúde Pública/RS ocorre de forma conveniente com transferência de recursos financeiros para as atividades de debate técnico-científico-profissional, desenvolvimento de pesquisas sobre os recursos humanos da saúde e oportunidade de educação profissional compartilhada para estudantes universitários das carreiras de saúde. As Associações Científico-Profissionais que integram essa ação são a Associação Brasileira de Enfermagem – seção Rio Grande do Sul (ABEN/RS), a Associação Brasileira de Odontologia – seção Rio Grande do Sul (ABO/RS) e a Associação Médica do Rio Grande do Sul (Amrigrs).

Com essas três Associações Científico-Profissionais a Comissão Organizadora da Vivência-Estágio encaminhou a negociação quanto à inclusão do VER-SUS/RS no Plano de Trabalho do Convênio. Essa inclusão colocou consistentemente tal Projeto dentro das atividades que compõem as políticas do Governo Estadual voltadas para a formação de recursos humanos na área da saúde no estado.

Assim, o grupo de trabalho responsável pela execução do VER-SUS/RS aumentou. Já não era mais a ESP/RS e o NETESC, mas, também, os representantes das três principais Associações Científico-Profissionais dentre as carreiras de saúde, sendo essas últimas as responsáveis pela execução financeira da maior parte dos custos operacionais da vivência-estágio.

A METODOLOGIA

Uma das primeiras medidas adotadas quanto à efetiva realização da vivência-estágio foi a construção de um canal de comunicação com todos os prováveis interessados na atividade, principalmente, os estudantes universitários da área da saúde do estado do Rio Grande do Sul. Nessa direção, foi ativado um *site* na *web*, destinado a dar visibilidade a todas as atividades desenvolvidas pela Secretaria Estadual da Saúde em parceria com instâncias do Movimento Estudantil.

Por intermédio deste *site* (www.saude.rs.gov.br/esp/versus), que compõe o conjunto de serviços oferecidos pela Rede Gaúcha de Informações em Saúde (RGIS), todos os estudantes do estado, os professores dos cursos da saúde, os coordenadores desses cursos, bem como, toda a população que tem acesso à internet puderam acompanhar a construção do VER-SUS/RS, enviar sugestões para a Comissão Organizadora e obter informações sobre o processo de seleção para participar da vivência-estágio.

O processo de seleção dos estagiários ficou sob a responsabilidade do próprio segmento estudantil organizado junto à ESP/RS. A proposta foi de que os Diretórios/Centros Acadêmicos dos cursos da saúde encaminhassem esses processos em suas instituições. Entretanto, diante do fato de não existir em Diretórios/Centros Acadêmicos em boa parte dos cursos, também foram contatadas as direções de todas as faculdades das profissões de saúde. Esse procedimento aconteceu com o propósito de que as direções coordenassem tais processos de seleção, quando não houvesse organização estudantil nas respectivas faculdades.

A Comissão Organizadora do VER-SUS/RS elaborou algumas sugestões quanto à seleção dos candidatos, dentre elas, que os Diretórios/Centros Acadêmicos e as direções de cursos trabalhassem com uma comissão de sele-

ção mista, ou seja, que fosse composta por representantes discentes e docentes das instituições. Outra sugestão foi a de que o estudante selecionado tivesse um perfil multiplicador, capaz, assim, de retornar à sua instituição de origem (principalmente seus colegas) a experiência de formação junto ao SUS.

Outro procedimento importante para a condução do VER-SUS/RS foi o conjunto de reuniões com os 19 NURESC/CRS, incluindo o fato de sua existência como fator de desenvolvimento dos recursos humanos do e para o SUS. Nessas reuniões estiveram presentes membros da Comissão de Organização da Vivência-Estágio e os representantes de cada uma das CRS. Nessas reuniões foi definido que cada NURESC/CRS ficaria responsável pela definição do alojamento e do transporte na região, uma vez que conhecem os melhores recursos locais e as melhores oportunidades de parceria, interlocução e ação associada.

Um ponto trabalhado nesses encontros foi o Roteiro de Atividades que configuraria a vivência-estágio. A implantação do SUS tem sua especificidade em cada uma das 19 regiões, as dificuldades, os acertos, os aspectos positivos e negativos da gestão em saúde têm suas peculiaridades em cada espaço territorial. Essa não é uma característica exclusiva da organização do Sistema da Saúde no estado do Rio Grande do Sul.

A diversidade cultural, geográfica, epidemiológica e econômica, entre um conjunto de outras diferenças, marca a implantação do Sistema nos estados da federação brasileira e nas próprias regiões internas aos estados e nos municípios. Assim, o parecer do NURESC foi decisivo para a definição sobre 'o que conhecer' na vivência-estágio em cada região.

Diante desse quadro, optou-se pelo encaminhamento a cada NURESC de um Termo de Referência formulado com os estudantes. Nesse Termo de Referência foram previstas as atividades que comporiam a vivência-estágio, bem como, o convite para que cada CRS acolhesse o grupo de estagiários como um 'grupo com interesse investigativo', isto é, que o grupo fosse apoiado na sua curiosidade de *ver* o SUS.

As atividades sugeridas no Termo de Referência foram:⁹

⁹ Note-se que neste campo surge a palavra 'visitar' como atitude 'investigativa', assim 'visitar' não é menos comprometido do que quando utilizamos a expressão *visitar as teorias a respeito deste ou daquele tema*, revisá-las, ou, ainda, quando dizemos que é necessário 'revisitar o enquadramento epistemológico de determinada ação', ou seja, visitar pertence ao encontro, deparar-se com, sofrer o estranhamento do contato.

- obter da Coordenadoria Regional de Saúde a apresentação do projeto regional de coordenação/condução do Sistema Único de Saúde: dados epidemiológicos, dados demográficos, estrutura socioeconômica, estrutura da rede de serviços, processo de mudança no gerenciamento da rede a partir das diretrizes constitucionais do SUS;
- visitar 3 municípios da região, dos quais ao menos em um deles estivesse acontecendo a implantação do Programa Saúde da Família (PSF);
- visitar postos de saúde, hospitais e outros espaços de serviços nesses municípios;
- visitar as Secretarias Municipais de Saúde com o objetivo de conhecer a dinâmica de trabalho e condução gerencial do Sistema de Saúde;
- participar de reuniões dos Conselhos Regionais e Municipais de Saúde;
- entrevistar secretários municipais, coordenadores regionais, servidores e representantes dos usuários nos Conselhos,
- realizar debate regional sobre a formação de recursos humanos para a saúde na região e sobre como acontece a prática multiprofissional no trabalho em saúde na região com a participação de representantes das IES da região e de trabalhadores da saúde do SUS.

Coube a cada NURESC adaptar o Termo de Referência à sua realidade, bem como, somar às atividades propostas, outros procedimentos pertinentes a melhor compreensão sobre a gestão do SUS em sua região. Todos os 19 NURESC aceitaram as sugestões, as adaptaram a partir de suas realidades e organizaram outras atividades compatíveis ao propósito da vivência-estágio.

A VIVÊNCIA-ESTÁGIO

O VER-SUS/RS aconteceu entre os dias 1º e 19 de julho de 2002 no estado do Rio Grande do Sul. Das 171 vagas que compunham o teto inicial, 112 foram preenchidas. Alguns cursos não demonstraram interesse em participar da atividade, como também não liberaram suas vagas em tempo viá-

vel para uma nova distribuição. Uma possível interpretação desse dado pode ser endereçada à pouca importância que a temática 'gestão do SUS' ocupa na cultura de alguns cursos da saúde; realidade essa que 'justificou a introdução da vivência-estágio como um componente educacional para uma política de recursos humanos no processo de reforma sanitária'. Entretanto, não pode ser desconsiderado o desencontro entre os cronogramas letivos das diversas universidades, principalmente das públicas federais, decorrente da reposição da carga horária não atualizada em atividades curriculares no movimento de paralisação nacional.

Os estagiários foram recepcionados em Porto Alegre, mas a 'base' onde se hospedaram, receberam o curso introdutório e se organizaram como um coletivo em experiência de aprendizagem foi no município de Viamão, vizinho imediato de Porto Alegre. O município de Viamão oferecia um espaço apropriado para o acolhimento, alojamento, alimentação e realização da capacitação inicial em auditório e salas para grupos. Essa capacitação ocupou três dias da vivência-estágio e foi marcada por atividades teóricas envolvidas com os seguintes temas: histórico de construção do SUS, diretrizes e princípios do SUS, as políticas de saúde da Secretaria Estadual da Saúde/RS, o sistema de informações em orçamentos públicos de saúde, o funcionamento do orçamento participativo e a organização das políticas públicas sob participação popular e a preparação para o trabalho de investigação e a utilização dos instrumentos de avaliação da vivência-estágio.

Para a avaliação foi trabalhado um instrumento que serviria de parâmetro para o trabalho de investigação acadêmica nas regiões e, por meio de dinâmicas de grupo, foi estimulada uma atitude de pesquisa nos estagiários. A idéia era de que eles perguntassem, olhassem, contatassem, enfim, conhecessem todas as instâncias da gestão do Sistema de Saúde instigados por suas curiosidades. O instrumento da avaliação facilitaria tal processo, além de servir como formulário para a elaboração do relatório final de estágio, exigido de cada estagiário ao final da atividade. A aprendizagem investigativa não tem a síntese conceitual e a acumulação teórica como o seu ponto fundamental, mas a condição da problematização, a reflexão que se faz como uma questão de si mesmo. O senso comum reitera que não há regras ou receitas, mas reiteradamente as buscamos na/para as práticas nos serviços, na gestão e no ensino. "Não é uma receita de bolo!" Quantas vezes ouvimos esta ladainha, mas como é que

os confeiteiros aprendem a fazer bolos? Certamente com a convivência culinária e com artistas' doceiros, certamente estando sensível à essa aprendizagem, certamente se deixando aprender pelo universo das referências sensoriais e de afirmação do prazer. Sem a convivência e sem o coletivo, não se pensa e não se sente. Sentir e pensar é resultado do confronto com o estar de corpo presente, condição de qualquer "aprendizagem" (não erudição), como diria Francisco Varela (Varela & outros, 1995)

Para cada município sede dos NURESC/CRS se dirigiu um dos estudantes integrantes do Netesc para recepcionar cada grupo de estagiários. Cada equipe de estágio foi composta por seis estudantes, sendo um deles o monitor do grupo. Essas equipes eram multiprofissionais e *multi-institucionais*. Cada estudante deveria ser indicado para uma região diferente da sua procedência acadêmica, como afirmava a avaliação da vivência-estágio da Escola de Verão. Não há qualquer dúvida, em termos de uma aprendizagem por problematização, que sermos levados para ambientes menos familiares nos força a pensar, a ver e a escutar, pois temos de nos virar dentro do desconhecido. Só se pode vir a conhecer o que é desconhecido, embora insistamos sempre em conhecer mais sobre o que conhecemos exatamente. Quando os hábitos anteriores não nos servem mais para nos safar dos problemas de aprendizagem, enveredamos por sucessivas problematizações na experiência presente. Serres (1982) fala ainda de intuições súbitas, lagos de premonição e bolsões de sabedoria que sobrevêm aos que 'viajam', se dispõem à travessia do desconhecido, saindo do ninho e lançando-se em um caminho de destino incerto (como um saber e uma epistemologia futuros).

Na Escola de Verão já havíamos verificado que os estudantes em seus próprios municípios e em virtude de seus vínculos afetivos e familiares, acabavam por não viver o estranhamento das novas proximidades (outros colegas, outras regras sociais provisórias, outros cursos, outras IES). Diante dessa constatação, os estudantes do norte do estado foram encaminhados para o sul, estudantes do leste foram para o oeste, estudantes da capital foram para o interior e vice-versa.

Durante 15 dias corridos os estagiários ficaram alojados nos 19 municípios sede dos NURESC/CRS. Nas regiões onde ocorreu a vivência-estágio os universitários vivenciaram as atividades propostas no Termo de Referência, juntamente, com aquelas elaboradas pelos Nuresc em cada região. No regres-

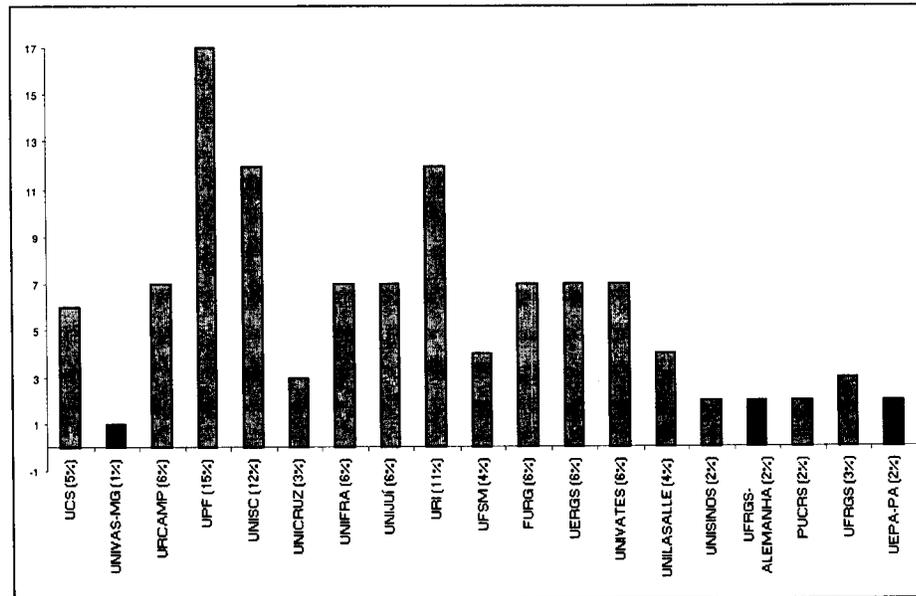
so para Porto Alegre acomodou-se mais um dia de trabalho coletivo, foi realizada a avaliação final do VER-SUS/RS.

Nessa avaliação, as 19 equipes organizaram uma apresentação da sua experiência de estágio em cada região. Desse modo foi possibilitado aos 112 estagiários obterem um relato, a partir da perspectiva dos próprios estudantes, sobre a gestão da saúde em todo o estado do Rio Grande do Sul.

Um relatório sobre a vivência-estágio foi exigido de cada participante. A proposta do relatório objetivou atingir dois resultados. O primeiro foi fornecer uma avaliação sobre a organização do VER-SUS/RS de modo que a comissão organizadora pudesse contar com um instrumento composto com sugestões e críticas a serem consideradas em uma próxima edição. O segundo resultado foi instigar aos participantes, com o intermédio da produção escrita, para a reflexão crítica sobre a gestão da saúde na região visitada no período do estágio. Esse material foi acrescentado ao acervo técnico-documental da biblioteca da ESP/RS.

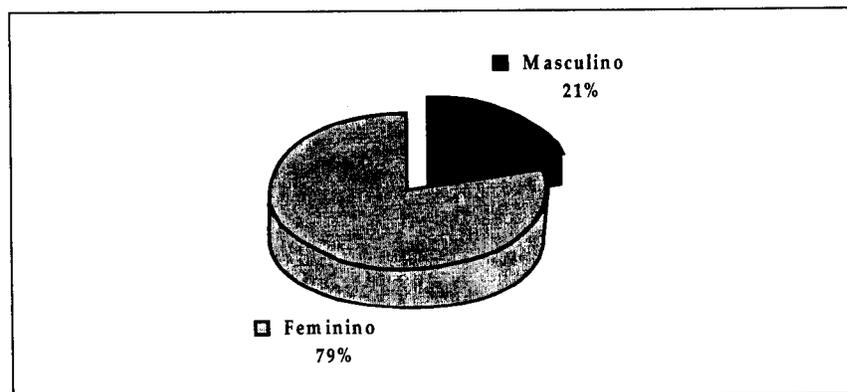
Os quadros e gráficos apresentados a seguir descrevem características dos campos de vivência-estágio e dos participantes. Foram participantes todas as Coordenadorias Regionais de Saúde da SES/RS e envolvidos 66 municípios gaúchos. Foi registrada a procedência de alunos de 19 IES (3 delas de fora do estado). O total de 112 universitários era procedente de 12 diferentes carreiras profissionais. A predominância de gênero pertenceu às mulheres, com uma presença de 79% dentre os estagiários.

GRÁFICO 1 – DISTRIBUIÇÃO DAS INSTITUIÇÕES DE ENSINO SUPERIOR DE PROCEDÊNCIA DOS ESTAGIÁRIOS*



* Em vermelho a proveniência de alunos de outras localidades, fora do Rio Grande do Sul: Universidade do Vale do Sapucaí/Minas Gerais; Universidade Estadual do Pará/Pará e dois estudantes de Administração em intercâmbio da Universidade Federal do Rio Grande do Sul com a Alemanha. Necessário destacar que o calendário das Universidades Federais em reposição de greve não permitiu que muitos alunos pudessem se afastar por 13 dias letivos/17 dias corridos. Para os monitores (membros do NETESC), 19 dias.

GRÁFICO 2 – DISTRIBUIÇÃO DOS ESTAGIÁRIOS NO VER-SUS/RS, POR GÊNERO



**QUADRO 2 - MUNICÍPIOS VISITADOS E A CONFIGURAÇÃO DAS EQUIPES DE ESTÁGIO EM
RELAÇÃO ÀS CARREIRAS PROFISSIONAIS, POR NURESC/CRS**

NURESC/CRS	Municípios Visitados	Carreiras profissionais componentes das equipes
1ª	Porto Alegre, Alvorada, Morro Reuter	Enfermagem, Fisioterapia, Medicina, Nutrição, Psicologia e Serviço Social
2ª	Butiá, Charqueadas e Parobé	Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Nutrição e Psicologia
3ª	Pelotas, São Lourenço do Sul e Rio Grande	Administração de Sistemas e Serviços de Saúde, Enfermagem, Fisioterapia, Medicina, Nutrição e Psicologia
4ª	Santa Maria, Faxinal do Soturno e Silveira Martins	Biologia, Enfermagem, Farmácia e Nutrição
5ª	Caxias do Sul, Galópolis e Farroupilha	Enfermagem, Fisioterapia, Nutrição, Odontologia, Psicologia e Serviço Social
6ª	Passo Fundo, Mormaço, Sananduva e Carazinho	Biologia, Educação Física, Enfermagem, Fisioterapia e Nutrição
7ª	Bagé, Dom Pedrito e Hulha Negra	Enfermagem, Farmácia, Medicina, Nutrição e Psicologia
8ª	Cachoeira do Sul, Sobradinho e Cerro Largo	Enfermagem, Farmácia, Psicologia e Odontologia
9ª	Cruz Alta, Santa Bárbara do Sul, Quinze de Novembro e Salto do Jacuí	Administração de Sistemas e Serviços de Saúde, Administração em Saúde (aluno da Alemanha), Enfermagem, Farmácia e Medicina
10ª	Alegrete, Uruguaina, Rosário do Sul e São Borja	Biologia, Enfermagem, Farmácia e Psicologia
11ª	Erechim, Barão do Cotegipe, Aratiba e Barra do Rio Sul	Administração de Sistemas e Serviços de Saúde, Biologia, Enfermagem, Nutrição e Fisioterapia
12ª	Santo Ângelo, São Luis Gonzaga, Porto Chavier e Entre Ijuís	Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia e Nutrição
13ª	Santa Cruz do Sul, Mato Leão, Passo do Sobrado e Rio Pardo	Administração em Saúde (aluno da Alemanha), Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Nutrição e Psicologia
14ª	Santa Rosa, Tucunduva, Independência e Giruá	Administração de Sistemas e Serviços de Saúde, Enfermagem, Farmácia e Fisioterapia

**QUADRO 2 – MUNICÍPIOS VISITADOS E A CONFIGURAÇÃO DAS EQUIPES DE ESTÁGIO EM
RELAÇÃO ÀS CARREIRAS PROFISSIONAIS, POR NURESC/CRS (continuação).**

NURESC/CRS	Municípios Visitados	Carreiras profissionais componentes das equipes
15 ^a	Palmeira das Missões, Ronda Alta e Constantina	Administração de Sistemas e Serviços de Saúde, Biologia, Enfermagem, Nutrição e Serviço Social
16 ^a	Lajeado, Imigrantes, Taquari e Santa Clara do Sul	Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Medicina e Odontologia
17 ^a	Ijuí, Catuípe e Jóia	Administração de Sistemas e Serviços de Saúde, Educação Física, Enfermagem, Nutrição e Serviço Social
18 ^a	Osório, Mampituba e Arroio do Sal	Biologia, Enfermagem, Medicina, Nutrição e Psicologia
19 ^a	Frederico Westphalen, Rodeio Bonito, Cristal do Sul e Taquaro Sul do Sul	Administração de Sistemas e Serviços de Saúde, Enfermagem, Farmácia, Medicina Veterinária, Nutrição e Psicologia

CONCLUSÕES

O 'caso' relatado aborda uma realidade desafiadora e complexa, articular Educação e Saúde na perspectiva da formação dos profissionais de saúde, como compromisso dos gestores do setor, com o protagonismo do movimento estudantil e em articulação com as Associações Científico-Profissionais, tanto ou mais atravessadas pelos preconceitos corporativos das profissões do que as Instituições de Ensino Superior. A experiência ressalta o compromisso com o processo de produção dos perfis profissionais, a produção "educativa" das equipes de saúde e a própria produção de compromisso dos profissionais em formação com o Sistema Único de Saúde. O processo educativo junto à gestão articula uma multiplicidade de identidades profissionais e institucionais e uma multiplicidade de interesses ético-políticos. É praticamente impossível avaliar consistentemente o impacto do Projeto VER-SUS/RS no atual quadro da formação de recursos humanos da saúde no estado do Rio Grande do Sul e em sua primeira edição. Entretanto, os

achados preliminares coincidem com inovações à formação e à prática dos profissionais de saúde identificadas em um estudo que analisou esses aspectos desde o ideário do SUS e a organização e o funcionamento desse Sistema no Rio Grande do Sul (Ferla, 2002).

Foram 112 estudantes participantes, provenientes de um universo de milhares de universitários que estudam nos cursos da saúde no estado. Foi apenas um pouco mais de 13% dos municípios do estado, os 'visitados' pela vivência-estágio em sua gestão da saúde. Foram somente 19 dias de atividade em percursos de formação com duração de 4 a 6 seis anos de estudos universitários. Foi conhecida apenas uma pequena parcela das informações e dos problemas envolvidos na complexidade da implantação do Sistema de Saúde.

Muito provavelmente o VER-SUS/RS levantou pontos relevantes para agenda nos Diretórios/Centros Acadêmicos envolvidos, como também para os gestores, servidores e formadores que participaram com a sua produção ou acolhimento. Entretanto, empreender uma avaliação qualitativa mais densa ainda é precoce sobre o que aconteceu entre os dias 01 e 19 de julho de 2002 no estado do Rio Grande do Sul, durante essa vivência-estágio.

Na sessão de avaliação final da vivência-estágio foram pronunciadas expressões como: 'agora eu sei o que é uma Coordenadoria e um Conselho de Saúde; quero voltar para minha cidade e participar da construção do SUS como cidadão; o SUS pode ser legal sim; me vejo trabalhando no SUS; foi muito bom conviver com gente de outros cursos e discutir sobre nossas futuras profissões; vou falar para todo mundo o que aconteceu aqui: meus colegas precisam vir na próxima; a gente precisa falar mais de SUS nas nossas faculdades: é muito pouco; eu não sabia nada de SUS: agora sei alguma coisa e quero saber mais; deu para a gente ver de frente o tipo de profissional que a gente quer ser; não podemos estar de fora do que acontece no controle social da saúde; parece incrível, mas a população fala melhor do que seria o SUS de qualidade do que gestores e profissionais'.

Essas poucas frases foram colhidas do conjunto dos 112 relatos, por representarem a grande parte das opiniões explicitadas. Cada um desses enunciados estudantis pode instigar diferentes interpretações. Dentre elas, o quanto mobilizou a subjetividade dos estudantes envolvidos no que diz respeito a sua antiga relação, ou falta dela, com o SUS. O imaginário, o desejo,

o pensamento dos 112 integrantes foi tocado pela visão de algumas realidades da gestão da saúde no estado do Rio Grande do Sul e, assim, outras coisas também aconteceram.

Hoje existe uma rede de discussão eletrônica (por meio virtual) entre os estudantes que estagiaram no VER-SUS/RS e outros tantos que se agregaram a eles. Mais de uma dezena de seminários foram organizados por alguns estudantes que participaram da vivência-estágio, ao regressarem às suas instituições de origem. Em todos esses seminários, a temática era o SUS, as concepções de saúde e a formação dos profissionais. Está acontecendo a regionalização do NETESC. O Núcleo Estudantil de Trabalhos em Saúde Coletiva começa também a existir em regiões do interior do estado e esses estudantes já estão à procura dos gestores municipais e regionais para organizar, nas suas regiões, atividades de aproximação entre os graduandos da saúde e o SUS em eventos com participação estudantil. Algumas comunicações sobre a vivência-estágio já foram realizadas fora do estado gaúcho. Estudantes do estado do Pará, do estado de São Paulo e do estado de Sergipe já demonstraram interesse de que aconteça outros VER-SUS estaduais.

Em uma das universidades federais do interior do estado o centro acadêmico dos estudantes de medicina organizou, em articulação com o NURESC da região, o I Estágio Local de Vivência no SUS (Almeida e outros, 2002), supondo uma trajetória que se assemelhasse a do I Estágio Regional de Vivência no SUS para o VER-SUS/RS, trata-se de constituir um hábito e uma competência nesse segmento estudantil para o SUS, para a perspectiva do controle social em saúde, para as dimensões da saúde coletiva como gestão de processos e de pessoas e para os princípios do SUS e, então, depois, distender esse espaço para a multiprofissionalidade.

Operar processos de educação implica operar com as concepções de ensino e de prática de saúde, com as expectativas da clínica, com a construção dos saberes e das práticas e com as relações de força entre universidade e serviços, entre gestores, formadores, estudantes, trabalhadores e usuários. O desafio se estende e prolonga pelas possibilidades abertas no campo das aprendizagens e que são imponderáveis de maneira instrumental, ocorrem na subjetividade e na sensibilidade corpórea, não no pensamento racional e científico.

A montagem de uma estrutura de visita científica/vivência-estágio na gestão do SUS com o desafio de aprender com o corpo (ver/viver o está-

gio/estar), por si só coloca modos de propor a educação. Estudantes, docentes, profissionais dos serviços e na gestão, usuários e conselheiros de saúde constituem o processo coletivo ampliado em que a experiência se insere e constituem inéditas memórias do espaço local de serviço e gestão.

Guattari (1992, p. 19-25) coloca que há necessidade de um “pólo cognitivo de singularização, de particularização da pesquisa” (no outro pólo estaria a racionalidade da ciência) para afirmar a criação processual e, em lugar do paradigma da Verdade, estaria uma modelização localizada, encarnada em um corpo social cujo destino está em causa. Os enunciados de pesquisa, numa mudança de atitude do pesquisador em relação a seus interlocutores, podem ser chamados de “agenciamento coletivo de enunciação. A elaboração cognitiva, neste caso, é inseparável do engajamento humano e da escolha de valores em que implica”.

O campo das aprendizagens não será preenchido sem a exposição ao andar da vida dos usuários do SUS, ao andar da qualidade humanística dos serviços de saúde, ao andar da relevância social da gestão na saúde. A educação acontece, inclusive, no próprio processo de construção de espaços e tempos coletivos com os estudantes. A oportunidade de maior protagonismo aos estudantes numa clara aliança de desejo de aprender entre docentes, gestores e estudantes parece um caminho absolutamente promissor. Nessa experiência, os principais docentes eram da Escola de Saúde Pública/RS, espaço que não corresponde à universidade de cada estagiário, o que induz um dado tipo de produção. Nas universidades as possibilidades docentes são outras e de outra natureza.

Em setembro de 2002, aconteceu em Porto Alegre o “1º Congresso Gaúcho de Estudantes Universitários da Área da Saúde”. Esse Congresso foi germinado nos espaços informais do VER-SUS/RS e organizado pela mesma Comissão Organizadora da Vivência-Estágio. Congregou mais de 400 participantes, na sua grande maioria estudantes, mas também estiveram presentes professores universitários, profissionais, gestores e representantes dos usuários do Sistema de Saúde. Foram abordados em mesas redondas e trabalhados em grupos de trabalho os temas reiteradamente afirmados pelos estudantes no NETESC: as concepções de saúde, o Sistema Único de Saúde e a formação de recursos humanos para o SUS.

Se não é possível avaliar consistentemente o impacto do VER-SUS/RS, pode-se sentir que algo aconteceu e está acontecendo, e não apenas em nós, envolve progressivamente mais atores do meio da saúde e mais alternativas para tornar possível a mudança da formação profissional.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMEIDA, E. da F. et al. I Estágio Local de Vivências no SUS na Área de Abrangência da 4ª CRS. Projeto de Extensão. Universidade Federal de Santa Maria. Centro de Ciências da Saúde. Curso de Medicina. Diretório Acadêmico de Medicina "Professor Dr. José Mariano da Rocha Filho". I ELV-SUS/4ª CRS/UFSM. Santa Maria, ago. 2002. 15p.
- CASTRO, J. L. de. Projeto Agenda: políticas de recursos humanos de saúde. In: *Agenda de prioridades para a ação dos gestores do SUS: relatório final*. Natal: UFRN, 2000.
- CECCIM, R. B. *Escola de verão: projeto de estágio de vivência no SUS para estudantes de medicina*. Porto Alegre: Escola de Saúde Pública/RS, 2001. 24p.
- CECCIM, R. B. Exame de qualificação para doutorado de Liane Beatriz Righi: *Parecer*. Parecer sobre a proposta de tese de doutorado intitulada *Inovações no desenho institucional do SUS: estudo em organizações de saúde em três municípios do estado do Rio Grande do Sul*. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). Campinas. 2002. 4 p.
- CECCIM, R. B. *Formação e desenvolvimento na área da saúde: observação para a política de recursos humanos no SUS*. 2002.
- CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. *Resolução CNS nº 287/98*, de 8 de outubro de 1998; relaciona as categorias profissionais de saúde de nível superior para fins de atuação do Conselho.

- FEUERWERKER, L. C. M. & MARSIGLIA, R. Estratégias para mudanças na formação de RH com base nas experiências IDA/UNI. *Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro (Cebes), n. 12, p. 24- 28, jul. 1996.
- FEUERWERKER, L. Estratégias de mudança da formação dos profissionais de saúde. *Olho Mágico*, Londrina, v.9, n.1, p. 16-18, jan./abr. 2002.
- FERLA, A. A. *Clínica nômade e pedagogia médica mestiça: cartografia de idéias oficiais e idéias populares em busca de inovações à formação e à clínica médicas*. 2002. Tese (Doutorado em Educação) –Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. 2002.
- GUATTARI, F. Fundamentos ético-políticos da interdisciplinaridade. *Revista Tempo Brasileiro*, Rio de Janeiro, n. 108, p. 19-25, 1992.
- KASTRUP, V. Aprendizagem, arte e invenção. In: LINS, D. (org.). *Nietzsche e Deleuze: pensamento nômade*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; Fortaleza: Secretaria da Cultura e Desporto do Estado, 2001. p. 207-223.
- KISIL, M.& CHAVES, M. (ed.). *Programa UNI: uma nova iniciativa de educação dos profissionais de saúde*. Battle Creek: Fundação W. K. Kellogg, 1994.
- MATTOS, R. A. de. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser definidos. In: PINHEIRO, R. & MATTOS, R. A. de (org.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ; IMS: Abrasco, 2001. p. 39-64.
- RIGHI, L. B. *Poder local e inovação no SUS: estudo sobre a construção de redes de atenção à saúde em três municípios no estado do Rio Grande do Sul*. 2002. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), Campinas. 2002.
- SANTANA, J. P. de. Recursos humanos: desafios para os gestores do SUS. *Capacitação em desenvolvimento de recursos humanos de saúde – CADRHU*. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Geral de Desenvolvimento de RH para o SUS. Organização Pan-Americana da Saúde - Representação do Brasil. Organização Mundial da Saúde. Natal: EDUFRN, 1999. p. 435-442.
- SERRES, M. *Genèse*. Paris: Grasset, 1982.

VARELA, F. J.; THOMPSON, E.; ROSCH, E.. *De cuerpo presente: las ciencias cognitivas y la experiencia humana*. Trad. de Carlos Gardini. Barcelona: Gedisa, 1992.

VELASCO E CRUZ, S. C. 1968: movimento estudantil e crise na política brasileira. *Revista de Sociologia e Política*, Campinas (Unicamp), n. 02, p. 37-55, 1994.

FORMAÇÃO E DESENVOLVIMENTO NA ÁREA DA SAÚDE: OBSERVAÇÃO PARA A POLÍTICA DE RECURSOS HUMANOS NO SUS

Ricardo Burg Ceccim



INTRODUÇÃO

As questões que envolvem a qualificação formal dos profissionais e a capacitação em serviço têm um caráter político especial quando tratamos de organizações de saúde. O trabalho em saúde se faz por seus operadores (Dussault, 1992, p.11). Em saúde, como em educação, o trabalho só é possível com gente. Gente atendendo/ensinando gente. O trabalho em saúde, ou em educação, só tem eficácia se o cuidador, como o professor, for capacitado para o seu ofício. A habilitação formal e os sistemas de regulação para o exercício profissional são preocupações legítimas quando se tem como objeto as doenças e os adoecimentos, o risco de morte ou de agravos à saúde e a intervenção sobre o corpo e os sentimentos do outro, mas não se aprende a cuidar/tratar de uma vez para sempre, é preciso aprender continuamente, exatamente como não se aprende a ensinar de uma vez por todas, é preciso aprender continuamente.¹

Para ser profissional de saúde é preciso estar legitimado por um processo de habilitação formalizado em regras educacionais (formação) com capacidade de reprodução social. Cada projeto formalizado de habilitação configura um rol de saberes e práticas com caráter técnico, mas também carrega um perfil de atuação sócio-institucional. Pode-se dizer que a formação habilita trabalhadores (operadores) para determinado ofício em diferentes níveis de operação do trabalho (generalistas, especialistas ou pesquisadores), mas

¹ Beatriz Kunkel, agricultora da região noroeste do estado do Rio Grande do Sul, membro do Conselho Estadual de Saúde, afirmou em sua exposição sobre a visão do usuário do SUS quanto à humanização da atenção à saúde que *quando os profissionais são bons e atenciosos, os usuários os acolhem; quando eles estudam e escutam os usuários para se tornarem melhores, os usuários os aplaudem* (Kunkel, 2002).

ela não assegura a qualificação permanente para o enfrentamento da inovação tecnológica, superação de paradigmas, novas descobertas ou a multidimensionalidade das necessidades individuais e coletivas de saúde ou a abertura para novos perfis de atuação sócio-institucional. Assim, programas de desenvolvimento profissional são determinantes da manutenção e melhoria da qualidade das ações e serviços de saúde.

Este artigo insere-se no debate sobre a formação e o desenvolvimento na área da saúde como ação estratégica para a condução da agenda de renovação e reforma no setor da saúde. Parte, portanto, do entendimento de que uma profunda reforma setorial, como uma profunda renovação das organizações de saúde não se faz sem uma política de educação dos recursos humanos desse setor e sem uma política de Educação em Saúde Coletiva (educação dos profissionais, educação popular em saúde, capacitação de conselheiros de saúde e informação e comunicação em saúde).

Santana (1999, p. 389-390) chama a atenção para uma característica dos serviços de saúde que é a de envolver consumidores e prestadores de cuidados de saúde. Só aí, e numa classificação simplificada, conforme o autor, temos os usuários e os profissionais, mas, necessariamente, também os gestores dos serviços. Com isso quero apontar que a formação e o desenvolvimento não se esgotam em programas voltados para o pessoal com o quesito de habilitação formal. Os usuários participam do setor da saúde na condição de conselheiros legitimamente instituídos e na condição de delegados representativos dos mais diversos segmentos sociais nas Conferências de Saúde, e os gestores exercem a gerência de serviços e do próprio Sistema de Saúde, tarefa que reúne necessidades políticas, administrativas e ético-sanitárias, ambos os segmentos requerendo programas educativos.

Refletir sobre a formação e o desenvolvimento na área da saúde, por si só é uma provocação à "política de recursos humanos no Sistema Único de Saúde"; prende-se, então, ao desafio das lideranças políticas de condução do projeto de Reforma Sanitária em apresentarem planos de Formação e Desenvolvimento de Recursos Humanos de Saúde e Educação em Saúde Coletiva. Pereira (2001, p. 173) afirma que "as competências da área de recursos humanos dependem, para sua operacionalização, de um componente extremamente importante: a educação." Pereira (2001, p.178) também coloca que "toda atividade gerencial de recursos humanos está estreitamente ligada à área de edu-

cação.” Para a autora, cada uma de suas ações, mesmo as que, aparentemente são estritamente administrativas, possui um componente educativo, pois, como ressalta, essas ações acontecem entre pessoas e não entre objetos.

EDUCAÇÃO E ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE

No Brasil, a reforma setorial da saúde decorreu de uma forte mobilização social de luta pela democratização do Estado e por uma ampla reforma constitucional. Campos (2001, p. 170) coloca que “houve uma forte incorporação do tema saúde à cidadania.” Para o autor, o setor da saúde provavelmente foi aquele que mais se expandiu à participação social e em que surgiu uma consciência capaz de disputar pela Reforma Sanitária, garantindo, no arcabouço jurídico-institucional do Sistema Único de Saúde (SUS), os avanços constatados na luta social.

Na Lei Orgânica da Saúde (Lei Federal nº 8.080/90), está estipulado o papel da Educação no interesse da implementação do SUS. A Lei afirma que estão incluídos no campo de atuação do SUS “a ordenação da **formação de recursos humanos** na área de saúde e o incremento, em sua área de atuação, do **desenvolvimento científico e tecnológico** (Art. 6º, Incisos III e X)”; que “deverão ser criadas comissões permanentes de integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior”, tendo essas comissões a finalidade de “propor prioridades, metas e estratégias para a **formação e educação continuada** de recursos humanos do SUS, na esfera correspondente, assim como em relação à pesquisa e à cooperação técnica entre estas instituições (Art. 14)”; que “a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios exercerão, em seu âmbito administrativo”, a atribuição de participar “na formulação e na execução da política de **formação e desenvolvimento** de recursos humanos para a saúde e realizar pesquisas e estudos na área da saúde (Art. 15, Incisos IX e XIX)”; que “a **política de recursos humanos na área da saúde** será formalizada e executada, articuladamente, pelas diferentes esferas de governo, em cumprimento do objetivo de organizar **um sistema de formação de recursos humanos** em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, além da elaboração de **programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal**”, afirmando que “os serviços públicos que integram o SUS constituem campo de prática para o ensino e

pesquisa, mediante normas específicas, elaboradas conjuntamente com o sistema educacional (Art. 27, Inciso I e Parágrafo Único)” e, por fim, que “as atividades de pesquisa e desenvolvimento científico e tecnológico em saúde serão co-financiadas pelo SUS, pelas universidades e pelo orçamento fiscal, além de recursos de instituições de fomento e financiamento ou de origem externa e receita própria das instituições executoras (Art. 32, § 5º).²

A consolidação e a implementação do Sistema Único de Saúde requerem a formalização e a execução de uma política de formação e desenvolvimento dos recursos humanos da saúde como responsabilidade compartilhada entre os órgãos gestores e os órgãos formadores. O ordenamento da formação de recursos humanos na área da saúde previsto no inciso III, do artigo 200, da Constituição Federal, é competência do Sistema Único de Saúde e, para que se faça, **requer políticas de regulação, de apoio e de fomento da Educação** no âmbito do ensino, pesquisa, extensão, documentação e cooperação técnica interinstitucional.

As Comissões Permanentes de integração entre gestores e instituições de ensino profissional e superior e a ação interinstitucional devem ser acompanhadas de cooperação técnica, financeira e operacional. A participação na formulação e na execução da política de formação e desenvolvimento dos recursos humanos para a saúde e na realização de pesquisas e estudos na área da saúde deve ser acompanhada de cooperação técnica, financeira e operacional com as instituições de ensino, pesquisa, produção científico-tecnológica e de educação popular em saúde.

A destinação de recursos financeiros transferidos às instituições de ensino, pesquisa, produção científico-tecnológica e de educação popular em saúde para cooperação técnica, atuação pactuada e interação interinstitucional contribuirão à organização de um sistema de formação de recursos humanos em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, além da elaboração de programas de permanente aperfeiçoamento profissional, e constituirão campos de prática para o ensino e a pesquisa nos serviços que integram o SUS, compromisso recíproco do sistema educacional e da organização do sistema de saúde.

² Todas os grifos são do autor, tendo em vista o destaque às idéias de ‘formação e de desenvolvimento’ e o requisito da formulação de uma política de recursos humanos que, entre seus objetivos, tenha a organização de um ‘sistema de formação’ dos recursos humanos de saúde e ‘programas de permanente aperfeiçoamento’ de pessoal.

AS CATEGORIAS DA SAÚDE E O TRABALHADOR EM SAÚDE

Nogueira (1999, p. 115-116) chama-nos a atenção para o fato de que o conceito de trabalhador em saúde “é de origem relativamente recente na literatura de saúde coletiva no Brasil”. Durante os anos 70, os estudos sobre os recursos humanos da área da saúde concentravam-se na análise e interpretação da prática médica; as preocupações teóricas que buscavam as relações saúde e sociedade giravam em torno do **trabalho médico**. A seguir, surgem os estudos acerca do **trabalho em enfermagem** e somente na década de 80 começa-se a superar os particularismos das categorias profissionais para pensar o **trabalhador em saúde**. Nogueira lembra que, do ponto de vista do estudo acadêmico, “falar do trabalho do médico e do trabalho do enfermeiro era uma maneira de buscar afirmar uma identidade com a classe trabalhadora”.³ O crescimento e a diversificação do emprego em saúde justificava a utilização de uma categoria abrangente da gama de funções e atividades que vinham se realizando nos estabelecimentos de saúde.

Apesar da denominação abrangente, o que dela ressalta é a sua grande heterogeneidade de ocupações, de métodos e instrumentos de trabalho e de processos sócio-institucionais.

Médici e outros (1999, p. 100-102) tentam discernir quem são os **profissionais**, os **trabalhadores** e o **pessoal** da saúde. Esse questionamento ganha relevância quando se dimensiona a abrangência de projetos de formação e desenvolvimento para o trabalho no SUS. Não é minha intenção deter-me no planejamento, mas demonstrar a diversidade do universo de trabalhadores no SUS. Os autores definiram como profissionais de saúde “aqueles que, estando ou não ocupados no setor da saúde, detêm formação profissional específica ou capacitação prática ou acadêmica para o desempenho de atividades ligadas diretamente ao cuidado ou às ações de saúde”. Os trabalhadores de saúde seriam “todos aqueles que se inserem direta ou indiretamente na prestação de serviços de saúde ou em atividades de saúde”, independentemente de formação específica para o exercício das funções correspondentes ao setor. Pessoal de saúde é definido pelos autores “como o conjunto de trabalhadores que, tendo formação ou capacitação específica – prática ou

³ Nogueira (1999, p. 116) recupera duas obras clássicas: *Medicina e sociedade - o médico e seu mercado de trabalho*, de Cecília Donângelo, e *O saber de enfermagem e sua dimensão prática*, de Maria Cecília Puntel de Almeida.

acadêmica – trabalha exclusivamente nos serviços ou atividades de saúde,” são os trabalhadores do setor com habilitação profissional na área específica. A principal distinção do profissional de saúde é a sua formação/capacitação, podendo estar ocupado ou não, atuando dentro ou fora do setor, atuando ou não na sua profissão.

Para o Conselho Nacional de Saúde (CNS), são 14 as profissões da saúde: Biologia, Biomedicina, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional. Para o Conselho Nacional de Educação (CNE), são 12 as profissões da saúde: Biomedicina, Biologia, Economia Doméstica, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina, Nutrição, Odontologia e Terapia Ocupacional. Para a Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal da Educação Superior (Capes), são sete as áreas das ciências da saúde: Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina, Nutrição, Odontologia, Saúde Coletiva e Terapia Ocupacional. A Medicina Veterinária, para o CNE, pertence ao grupo das Ciências da Terra e, para a Capes, às Ciências Agrárias. Para o CNE e para a Capes, a Psicologia pertence às Ciências Humanas e o Serviço Social às Ciências Sociais Aplicadas. A Saúde Coletiva não configurava curso de graduação até 2002. No ano de 2002, a Universidade Estadual do Rio Grande do Sul, numa ação com a Escola de Saúde Pública do estado (ESP/RS), criou o primeiro curso da área no Brasil – Bacharelado em Administração de Sistemas e Serviços de Saúde.⁴ O curso de graduação em Administração Hospitalar não tem sido lembrado em nenhuma das referências ao grupo da saúde e pertence, segundo o CNE e a CAPES, ao grupo das ciências sociais aplicadas.

Segundo levantamento realizado por Girardi; Fernandes Jr. & Carvalho (2000), 43 ocupações de nível médio (habilitação profissional) ou elemen-

⁴ Duas outras universidades brasileiras vêm preparando, neste ano de 2002, a abertura de curso de graduação em saúde coletiva para 2003: Universidade Federal da Bahia e Universidade Federal do Rio de Janeiro. Na Universidade Estadual do Rio Grande do Sul e Escola de Saúde Pública/RS (Uergs e ESP/RS) a ‘missão’ do curso de graduação em saúde coletiva é “a formação integral de um profissional para atuar dentro do campo da saúde coletiva, capacitado para realizar e coordenar ações essenciais para a implementação do novo modelo assistencial pretendido pelo SUS. Pretende, assim, recuperar e renovar o papel do Estado na gestão dos Sistemas Estadual e Municipais de saúde a partir de uma formação técnica e crítica que considere os contextos sócio-políticos, demográfico e epidemiológico essenciais para o planejamento em saúde, capaz de otimizar os recursos disponíveis e gerar viabilidade para as propostas do setor” (conforme o impresso de divulgação - UERGS, 2001).

tar (qualificação básica) obtiveram parecer federal de educação para oferta de cursos de formação entre 1972 e 1990: Técnico em Administração Hospitalar, Auxiliar de Administração Hospitalar, Secretário de Unidade de Internação, Técnico em Registros de Saúde, Auxiliar em Registros de Saúde, Laboratorista de Análises Clínicas, Técnico em Histologia, Auxiliar de Histologia, Técnico em Patologia Clínica, Auxiliar de Patologia Clínica, Técnico em Hematologia, Técnico em Hemoterapia, Técnico em Citologia (Citotécnico), Técnico de Enfermagem, Auxiliar de Enfermagem, Visitador Sanitário, Auxiliar de Farmácia, Auxiliar em Nutrição e Dietética, Técnico em Nutrição e Dietética, Auxiliar Técnico de Radiologia, Técnico em Radiologia Médica (Radiodiagnóstico), Técnico em Radiologia Médica (Radioterapia), Técnico em Radiologia Médica (Medicina Nuclear), Técnico em Proteção Radiológica, Técnico em Operação de Reator, Técnico em Equipamentos Médico-Hospitalares, Técnico em Manutenção de Equipamentos Médico-Hospitalares, Técnico em Ótica (Optometrista), Auxiliar de Fisioterapia, Auxiliar de Reabilitação, Técnico em Reabilitação (para fisioterapia, fonoaudiologia, terapia ocupacional), Técnico em Recuperação Psicomotora e de Terapia através da Dança, Massoterapeuta, Técnico em Saneamento, Laboratorista de Saneamento, Auxiliar Sanitarista, Técnico em Segurança do Trabalho, Técnico e Auxiliar em Enfermagem do Trabalho, Técnico em Laboratório de Prótese Dentária, Auxiliar de Laboratório de Prótese Dentária, Técnico em Higiene Dental, Atendente de Consultório Dentário e Habilitação Básica em Saúde.

Para a atual Classificação Brasileira de Ocupações, aprovada em 9 de outubro de 2002, são 44 as ocupações de saúde, além das profissões científicas.

O debate sobre a educação do trabalhador de saúde em suas diferentes categorias profissionais e ocupacionais não é novo, entretanto segue uma área crítica para a implementação do Sistema Único de Saúde. Essa diversificação e heterogeneidade de trabalhadores, assim como o fortalecimento das estratégias de descentralização e democratização da gestão das organizações de saúde não deveriam ser minorados ou postergados na experimentação de novas articulações entre gestores, formadores e instâncias de participação e controle popular em saúde. Essa é a realidade na qual devemos operar, uma vez que não há como idealizar⁵ o sistema.

⁵ Destaco que quando aponto a idealização do Sistema estou me referindo à racionalidade administrativa hegemônica que pensa os trabalhadores e os usuários de forma reificada e não humanizada, bem como os serviços e territórios de forma espacial e não ético-política.

GESTÃO DA EDUCAÇÃO DOS RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE E GESTÃO DO SUS

Desde 1988, com a aprovação da Constituição da República Federativa do Brasil, o país vem experimentando importantes mudanças nas suas estruturas de Estado. Os setores da saúde e da educação têm seus marcos delimitados em suas leis ordenadoras específicas. No setor sanitário, a Lei Orgânica da Saúde, de 1990; no setor educacional, a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, de 1996.

Sistemas de saúde e de educação eficientes e bem geridos se traduzem em índices de desenvolvimento humano e social ou indicadores de qualidade de vida, entretanto uma agenda de prioridades à gestão e à preparação de recursos humanos de saúde requer a eleição de prioridades e diretrizes para a ação política oficial. Em 2000, o Ministério da Saúde e a Organização Pan-Americana da Saúde – Representação do Brasil, com o trabalho técnico-científico da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, publicaram o Relatório Final do Projeto Agenda: Política de Recursos Humanos de Saúde – Agenda de Prioridades para a Ação dos Gestores do SUS, em que, dentre seis questões de interesse estratégico, uma denominava-se “A função de formação profissional do SUS” e outra “Educação em serviço dos trabalhadores de saúde” (Castro, 2000, p. 10-11), reiterando a proposição de refletir sobre formação e desenvolvimento na área da saúde.

Como produto dos debates entre os gestores de saúde presentes nas diversas oficinas do Projeto Agenda, realizadas em 11 estados da federação, contando com um total de 889 participantes, 330 dos quais secretários municipais de saúde, foram sistematizadas 19 situações-problema. Relativamente à formação e ao desenvolvimento dos trabalhadores em saúde, bem como à educação em saúde coletiva, encontramos 10 referências: a desprofissionalização dos trabalhadores com escolaridade no âmbito da educação básica e a necessidade de oferta de educação profissional; a necessidade de promover a capacitação gerencial para todos os âmbitos de gestão, viabilizando efetivamente a descentralização decisória e a autonomia das esferas descentralizadas; implementação da capacitação de recursos humanos entre os mecanismos de incentivo e promoção do trabalho no setor; elaboração de plano de trabalho de educação em serviço e educação continuada para o conjunto dos trabalhadores, em suas diferentes categorias profissionais e ocupacionais que seja coerente com as problemáticas locais e o estabelecimento de parcerias entre as instituições do SUS e as institui-

ções do sistema educacional; estabelecimento de critérios e mecanismos de acesso aos processos de capacitação (valorização dos servidores, sem clientelismo ou compadrio); financiamento dos processos de preparação de recursos humanos, mediante decisão política e alocação de recursos para os grupos de educação continuada e para os órgãos formadores; estreitamento dos laços de parceria com o aparelho formador para qualificar a formação acadêmica no interesse dos serviços e ações desenvolvidos no SUS; incremento da realização de fóruns para a discussão do SUS, ampliando o conhecimento dos profissionais de saúde sobre a gestão das organizações de saúde no Brasil; capacitação em administração do SUS para gestores, especialmente pelas Escolas de Governo e a oferta de capacitação para Conselheiros Estaduais e Municipais de Saúde.

O processo da Reforma Sanitária Brasileira é bastante complexo e heterogêneo, pois são estas características históricas do setor da saúde no Brasil, a grande diversidade epidemiológica nos municípios; as variações populacionais, econômicas e sociais nas regiões, dentro dos estados e entre os municípios; a concentração de recursos financeiros e assistenciais nas capitais e grandes cidades; a desarticulação dos serviços de saúde; os baixos investimentos nas áreas sociais e a desarticulação entre as políticas públicas e sociais e a realidade. A organização dos serviços de saúde alicerça-se numa concepção piramidal hierárquica que coloca o hospital no topo (*top*) e propõe uma base como porta de entrada e lugar do acolhimento e vínculo com os usuários do Sistema de Saúde. Essa concepção orienta a formação dos profissionais de saúde com a crença de que a saúde e a doença podem ser hierarquizadas por sua história natural e não pela história de vida do usuário das ações e serviços de saúde; que a gravidade dos quadros de saúde e doença são definidos por uma fisiopatologia universal e não pela expressão dos processos vividos e que se pode diagnosticar e realizar a destinação dos casos clínicos de forma hierarquizada em sistemas de referência e contra-referência. Ora, nesse caso, o *top* é trabalhar nos hospitais, que também são os lugares onde a necessidade de acolhimento e vínculo seriam nulas (tarefa precípua e justificativa da extensão de cobertura da base). Essa mesma concepção ainda supõe que à base cabe prioritariamente a vigilância da saúde, portanto o lugar da cura/tratamento segue suposto ao hospital.

Como o modelo piramidal hierárquico é pensado/proposto como ideal, com rápida e automática transposição é projetado sobre as três esferas de governo, levando à tendência de constituição do Ministério da Saúde como o lugar do pensar/formular, lugar da inteligência e reitoria do setor, e das

demais esferas como lugar do executar/implementar. Righi (2002, p. 78) diz que não se trata de propor qualquer modelo que substitua a pirâmide “ por superá-la em todos os aspectos”. Para a autora, “a construção do conceito de rede ou a flexibilização da pirâmide não devem constituir-se caminhos ou alternativas excludentes, afirmando, a seguir, que o que construímos de novo terá incorporado o velho: pirâmides arredondas, círculos, redes?”

Quanto à formação profissional e à capacitação dos trabalhadores em saúde, Teixeira e Paim (1996, p. 19-20) referem a identificação de um número significativo de estudos e pesquisas realizados na área de formação de recursos humanos em saúde no Brasil que, prolongando-se dos aspectos relacionados ao processo educacional às práticas educativas, apontam uma crise da formação e do desenvolvimento, decorrente tanto de determinantes externos (“interesses capitalistas médico-industriais, organização dos serviços de saúde, mercado de trabalho e política de saúde do Estado”) como de determinantes internos (“desintegração básico-profissional, biológico-social, especialismo, domínio da ideologia liberal, conservadorismo docente, desarticulação ensino-serviço etc.”).

A reorientação da educação dos trabalhadores de saúde, a educação popular em saúde, a formação de gestores e a de conselheiros deve passar, então, pela reversão dessa matriz de pensamento e de práticas. Cecílio (1999, p. 134-135) ressalva que “as necessidades em saúde são extremamente dinâmicas, social e historicamente construídas”, não são estruturas fisiopatológicas ou anátomo-clínicas biologicamente determinadas e, portanto, “exigem que os serviços de saúde desenvolvam dispositivos também dinâmicos, também extremamente flexíveis, para “escutar”, retraduzir e trabalhar essas necessidades.” O autor afirma a necessidade de profissionais e gestores abandonarem a segurança (idealização) dos modelos e assumirem posturas criativas – “e arriscadas” – de desenhar “serviços tendo como referência as necessidades dos usuários” e não a execução dos pacotes epidemiológicos. Em lugar da hierarquia da pirâmide assistencial, o autor propõe a “cadeia do cuidado progressivo”, ordenado pela complexidade singular e pela responsabilização dos profissionais e serviços pelo cuidado e pela cura.

Teixeira e Paim (1996, p. 21-22) reafirmam que o princípio norteador para a política de formação e capacitação de recursos humanos de saúde

passa pelos valores da democracia, pluralidade e compromisso, assim, um princípio geral “é exatamente a flexibilidade, que deve pautar o processo de organização e negociação interinstitucional e intrainstitucional em torno de opções e propostas”. Opções e propostas factíveis e viáveis, que sejam “capazes de introduzir inovações que contenham o potencial de fortalecer mudanças nas práticas profissionais, nos processos de trabalho e, segundo os autores, conseqüentemente, apontem os novos perfis ocupacionais e profissionais dos trabalhadores e das equipes de saúde dos serviços”.

Essas concepções, do ponto de vista da gestão da educação para o SUS, estarão fortalecendo a gestão descentralizada e o controle da sociedade sobre o setor da saúde. Note-se que a Constituição Federal, quando define o SUS (Art. 198), coloca-o como uma **rede** regionalizada e hierarquizada, que constitui **um sistema único**, organizado segundo as **diretrizes da descentralização** (com **direção única** por esfera de governo), **atenção integral à saúde** (com a ressalva de **não haver prejuízo dos serviços assistenciais**) e **participação popular** (definida na Lei Federal nº 8.142/90 como **poder deliberativo**). Então, só podemos entender **regionalização e hierarquização** (as duas palavras vêm juntas na formulação) como garantia de **acesso e complementaridade** interserviços da rede única descentralizada de atenção integral à saúde, sob o interesse predominante do conforto da população usuária.

Pierantoni e Ribeiro (2001, p. 180-181) vão chamar-nos, ainda, a atenção para o fato de que a pauta das reformas em saúde e educação tem se orientado pela busca da equidade que garanta a eficácia e eficiência das políticas implementadas. Para as autoras, “as mudanças observadas nas políticas públicas nos últimos vinte anos foram transformadoras de modelos de gestão, das relações entre estruturas de governo e da participação social.” As autoras colocam, então, que a gerência dos processos relacionados aos recursos humanos sofreu transformações, principalmente para além das questões puramente administrativas e passou a associar o conceito de desenvolvimento de recursos humanos em saúde ao processo de educação permanente e necessário para a consolidação das reformas setoriais.

Os desafios atuais na formação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde está em aprender a não dissociar atenção individual às doenças e adoecimentos da vigilância à saúde (risco de retorno à biologização); não dico-

tomizar qualidade de vida (biologia) do andar da vida (produção subjetiva); não dissociar os grupos de trabalhadores (da gestão, da atenção e da vigilância); não perder o conceito de atenção integral à saúde e realizar o trabalho educativo junto à população como um trabalho de aprendizagem junto à população e, finalmente, aceitar que há incerteza na definição dos papéis profissionais. Nesse âmbito, há alternância de saberes e práticas de cada núcleo constituidor das profissões de saúde e do campo da atenção integral à saúde, em que os conteúdos privativos são intercambiantes e provisórios, resultando mais da exigência ética de todos os profissionais do setor estarem tecendo autonomias assistenciais e composições criativas da Equipe de Saúde em cada serviço real, com uma população real e demandas reais de escuta, cuidados, curas e promoção da saúde individual e coletiva, e menos de desenhos corporativos prévios.

O EIXO ESTRATÉGICO DA FORMAÇÃO E DESENVOLVIMENTO NA ÁREA DA SAÚDE: o caso do Rio Grande do Sul

Ao assumir a gestão do SUS no estado do Rio Grande do Sul, o governo estadual (1999-2002) propôs, de forma absolutamente inovadora, que a formação e o desenvolvimento na área da saúde constituíssem um de seus cinco eixos estratégicos de condução da política setorial da saúde (Ceccim & Armani, 2001). Para tanto, constituiu sua Escola de Saúde Pública como responsável por esse processo.

Todas as ações realizadas pela ESP/RS se prendem profundamente ao cumprimento da legislação brasileira do setor da saúde e ao desdobramento das diretrizes apontadas pelas Conferências Nacionais de Saúde (ver Ceccim, Armani e Rocha, 2002), por conseguinte, visam, desde a sua formulação, ao projeto da Reforma Sanitária Brasileira. O relato de caso permite estimular a inclusão da Educação entre as políticas de gestão do SUS em cada esfera de governo, nos moldes do aparato jurídico-institucional do Brasil e nos limites das deliberações já estabelecidas pela sociedade brasileira.

Venturelli (1999, p. 145) ao reivindicar uma “reforma da educação nas profissões da saúde”, para que se fortaleça “a perspectiva de poder

chegar a ter novos serviços de saúde”, pautados pela “busca de melhoria da qualidade e da equidade” e pelo estabelecimento de “fortes e permanentes elos” com a população, quando a população tem “um papel central no processo de saúde” e na capacidade de “forçar a mudança na **formação profissional e na educação permanente dos profissionais e trabalhadores da saúde**”, defende-a como instrumento de conquista da importante mudança em processo na saúde latino-americana.⁶ Além dos componentes “docente, serviços e população”, o relato de caso traz a “gestão do SUS”, como ator de ambas as reformas.

No âmbito da Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul (SES/RS), a Divisão de Recursos Humanos, subordinada ao Departamento Administrativo foi elevada ao estatuto de Departamento e designada como Coordenação de Educação, Desenvolvimento e Administração de Trabalhadores de Saúde. A Escola de Saúde Pública/RS foi responsabilizada pela educação dos profissionais de saúde na pós-graduação (aperfeiçoamento, especialização e residências), pelo ensino pós-médio (habilitação e qualificação profissional), pela capacitação de gestores e conselheiros de saúde, pela extensão educativa em saúde pública e debate das políticas públicas de saúde e pela interface com o ensino de graduação (montagem da graduação em saúde coletiva na Uergs e interação com o movimento estudantil universitário estadual da área da saúde).

Ao assumir a direção da Escola de Saúde Pública, a atual gestão estadual da saúde no estado do Rio Grande do Sul designou o projeto político-pedagógico de sua instituição de ensino como Educação em Saúde Coletiva. A Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul (ESP/RS) é o órgão de educação e produção de conhecimento em saúde, pertencente à Secretaria de Estado da Saúde, enquadrando-se no conceito de Escola de Governo.

Criada pelo Decreto Estadual nº 13.812, de 11 de julho de 1962, a ESP/RS acaba de completar 40 anos de existência. Registrando uma história que tem suas bases em 1939, quando a área de saúde pública no estado estava afeta ao Serviço de Assistência Médico-Social (Departamento Estadual de Saúde da Secretaria da Educação e Saúde Pública), tornada uma escola

⁶ Os grifos nas citações são do autor.

de educação em enfermagem em 1954. A partir de 1975, a ESP/RS surge na região sul do Brasil como o principal pólo formador de sanitaristas. Seus pilares históricos incluem o pioneirismo na formação de auxiliares de enfermagem para as funções da saúde pública (único curso público oferecido regularmente no estado e único que sempre acompanhou os conceitos da política e assistência em saúde pública), o pioneirismo da formação de especialistas em saúde pública (único curso oferecido com regularidade no estado desde 1975) e o pioneirismo da formação em saúde comunitária, com a criação da primeira residência em Medicina Geral Comunitária (oferecida desde 1976 pelo atual Centro de Saúde-Escola Murialdo), hoje Medicina de Família e Comunidade.

A tradição da Escola de Saúde Pública/RS a insere nas lutas nacionais que deram origem ao movimento nacional pela reforma sanitária, de seus bancos saíram importantes quadros de condução da saúde pública estadual. Dispondo de uma biblioteca setorial em saúde pública com o maior acervo da região sul, a ESP/RS experimentou uma importante identificação com as capacitações para a ação programática em saúde pública, especialmente no período em que a rede de ações e serviços de saúde pertencia ao gestor estadual da saúde. Com a reforma sanitária, o papel dos estados foi se modificando e, de um lado assiste-se, na ESP/RS, ao esvaziamento das funções de “treinamento e adestramento” de quadros próprios, como, de outro lado, assiste-se à expectativa de montagem de programas de formação para atuação nos municípios (regulados pelo mesmo estatuto do treinamento para programas, tão familiar à saúde pública estadual), então surge o discurso/projeto da Educação em Saúde Coletiva como a idéia inovadora de construir quadros de reflexão sobre o Sistema Único de Saúde e como a idéia ousada de construir interações interinstitucionais para desenvolver o ensino, a pesquisa e a cooperação técnica.

Se no período de 1996 a 1998 a ESP/RS ofereceu 50 atividades educativas, acolhendo 2.144 alunos, no período de 1999 a 2001 ela ofereceu 274 atividades educativas e acolheu 10.300 alunos, um crescimento de 480% em sua repercussão formativa, considerados os três últimos anos da gestão anterior e os três primeiros anos da gestão atual. A expectativa da Secretaria Acadêmica da ESP/RS é de emitir 16.400 certificados até o final de 2002, quando se conclui o período de gestão da atual direção.

Alguns grandes projetos foram implantados na ESP/RS para corresponder ao ideário/projeto da Educação como eixo estratégico de gestão em saúde:

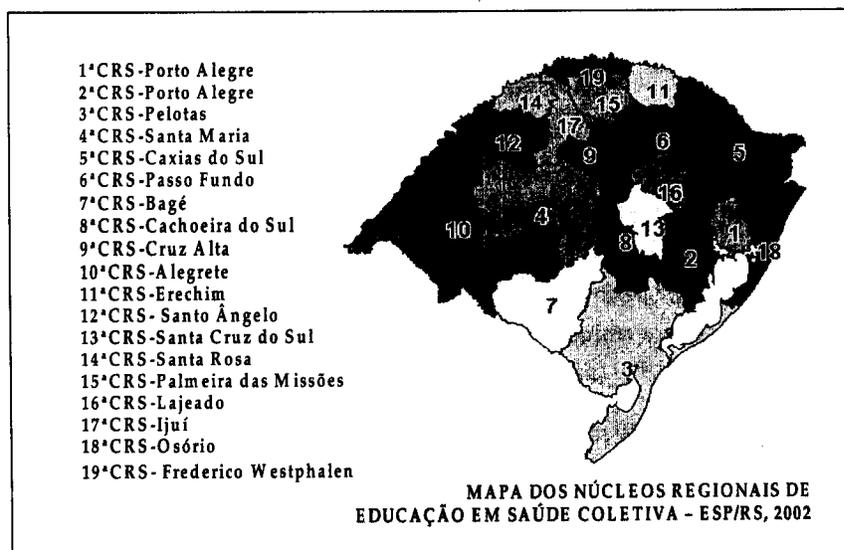
1. Criação dos Núcleos Regionais de Educação em Saúde Coletiva (NU-RESC), um em cada Coordenadoria Regional de Saúde (CRS) da SES/RS - Portaria SES/RS nº 39/2000, de 1º de dezembro de 2000. Esses Núcleos determinam a presença da ESP/RS nas 19 CRS, desde 29 de março de 1999 (são 19 NURESC).

A meta do projeto NURESC foi a de articular o desenvolvimento científico e tecnológico regional em saúde coletiva; desencadear uma política de formação e de educação continuada junto aos municípios em cada Coordenadoria Regional de Saúde; articular os órgãos formadores, organizações não-governamentais (ONG) e movimentos sociais, no âmbito regional, nas áreas de interesse do SUS, voltados para os serviços de saúde, para o debate das políticas públicas em saúde e para a construção dos sistemas municipal e regional de saúde.

2. Criação do Pólo de Educação em Saúde Coletiva, reunindo 22 Instituições de Ensino Superior⁷ do estado (IES/RS) que oferecem cursos da área da saúde - Portaria SES/RS nº 9/2000, de 8 de maio de 2000, acrescida da Portaria SES/RS nº 9/2002, de 4 de março de 2002. A criação do Pólo atende às determinações da Lei Orgânica da Saúde (Art. 14).

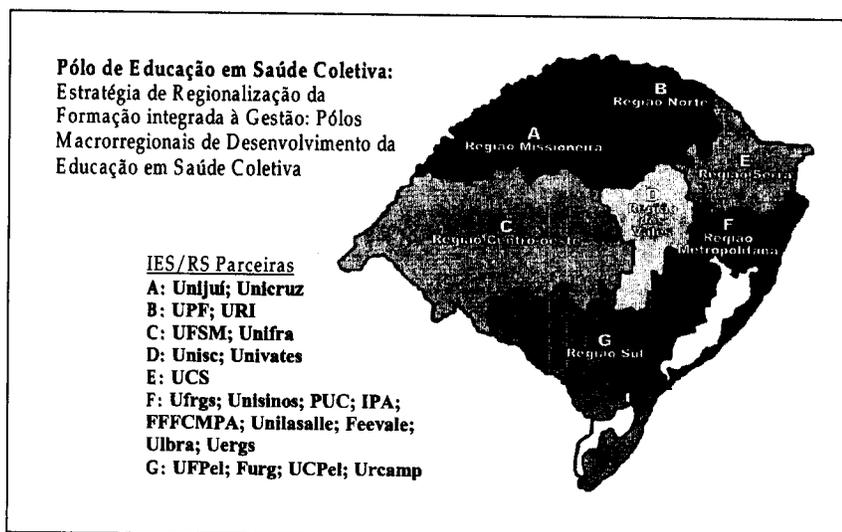
A meta do projeto Pólo foi a de regionalizar a educação continuada e as capacitações para o ordenamento da atenção à saúde, segundo as diretrizes fundamentais do SUS (descentralização da gestão, integralidade da aten-

⁷ FEEVALE - Centro Universitário Federação de Estabelecimentos de Ensino Superior do Vale dos Sinos em Novo Hamburgo, FFFCMPA - Fundação Faculdade Federal de Ciências Médicas de Porto Alegre, FURG - Fundação Federal Universidade do Rio Grande, IPA - Centro Universitário Instituto Porto Alegre, PUCRS - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, UCPel - Universidade Católica da Pelotas, UCS - Universidade de Caxias do Sul, UERGS - Universidade Estadual do Rio Grande do Sul, UFPel - Universidade Federal de Pelotas, Ufrgs - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, UFSM - Universidade Federal de Santa Maria, ULBRA - Universidade Luterana do Brasil, UNICRUZ - Universidade de Cruz Alta, UNIFRA - Centro Universitário Franciscano, UNIJUT - Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, UNILASALLE - Centro Universitário La Salle, UNISC - Universidade de Santa Cruz do Sul, UNISINOS - Universidade do Vale dos Sinos, UNIVATES - Centro Universitário Vale do Taquari de Ensino Superior, UPF - Universidade de Passo Fundo, URCAMP - Universidade Regional da Campanha, URI - Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões.



ção e participação popular); o estreitamento dos vínculos entre órgãos formadores, Coordenadorias Regionais de Saúde e Municípios, sendo essa a estratégia política de viabilização da integração formadores-gestores-control social, necessária tanto às instituições de ensino, quanto ao SUS.

Para operacionalizar a gestão da Educação no SUS/RS, por meio do Pólo de Educação em Saúde Coletiva, sua plenária definiu a organização de três Comitês Assessores, cada qual incumbido de ações prioritárias de formação e desenvolvimento com características regionalizadas e de co-responsabilidade: Atenção Básica em Saúde Coletiva/Saúde da Família (caracterizado pelo projeto nacional de Pólos de Capacitação para Pessoal de Saúde da Família); Gestão e Planejamento Descentralizados em Saúde (absorvendo o projeto nacional de capacitação das equipes gestoras municipais) e de Apoio à Rede Assistencial do SUS/RS (absorvendo os programas de capacitação para a implantação dos sistemas de referência regional). A reunião de toda a formação e desenvolvimento no interesse do SUS, sob a figura do Pólo de Educação em Saúde Coletiva produz dois efeitos de inovação: a qualificação dos docentes universitários para a gestão do SUS e a inclusão da diversidade do SUS em cada ação educativa. Para o ensino universitário a redução da distância **Sistema de Saúde – Educação dos Profissionais**, para o trabalho em saúde a redução da fragmentação entre **serviços e trabalhadores** e para a gestão do SUS a redução da fragmentação **Saúde – Educação**.



3. Criação da Residência Integrada em Saúde – Portaria SES/RS nº 16, de 1º de outubro de 1999, e Lei Estadual nº 11.789, de 17 de maio de 2002. Trata-se de uma Residência designada como Integrada e não como Multiprofissional por estabelecer a integração dos Programas de Residência Médica com os Programas de Aperfeiçoamento Especializado (especialização em área profissional); a integração entre trabalho e educação (trabalho educativo); a integração de diferentes profissões da saúde como Equipe de Saúde (campo e núcleo de saberes e práticas profissionais em articulação permanente), a integração entre ensino, serviço e gestão do SUS e a integração do campo das ciências biológicas e sociais com a área de humanidades para alcançar a Atenção Integral à Saúde.

A Residência Integrada em Saúde é uma modalidade de educação profissional pós-graduada multiprofissional, de caráter interdisciplinar, desenvolvida em ambiente de serviço, mediante educação pelo trabalho e mantendo orientação técnica direta e orientação docente em sala de aula. Cada residência atende ao conjunto das determinações da Comissão Nacional de Residência Médica, mas configura-se como Residência Integrada em todas as suas estruturas. É o caso das Comissões de Residência Médica por local de profissionalização, hoje Comissões de Residência Multiprofissional Especializada (mantendo a sigla Coreme), cumprindo o sonho de décadas dos

Projetos UNI na América Latina: “base epidemiológica, interdisciplinaridade, trabalho em equipe multiprofissional e ensino/aprendizagem em serviço” (Rosa, 1994, p. 26).

QUADRO 1 – VAGAS DA RESIDÊNCIA INTEGRADA EM SAÚDE (RIS) – ESP/RS, 1999-2003

Anos	1999	2000	2001	2002	2003
Vagas de Ingresso (R1 + R3)	44	67	60	74	76
Somatório R1 + R2 (2º ano) + R3 (opcional)	94	107	125	133	150

QUADRO 2 – DISTRIBUIÇÃO DAS ÁREAS DE ÊNFASE E PROFISSÕES – RIS – ESP/RS, INGRESSO 2003

Áreas de ênfase/especialidade	Profissões
Atenção Básica em Saúde Coletiva (Medicina de Família e Comunidade)	enfermagem, medicina, nutrição, odontologia, psicologia e serviço social
Saúde Mental Coletiva (Psiquiatria)	educação física, educação artística, enfermagem, medicina, psicologia, serviço social e terapia ocupacional
Dermatologia Sanitária (Dermatologia)	enfermagem, medicina, psicologia e serviço social
Pneumologia Sanitária (Pneumologia) 3º Ano Opcional em Saúde Coletiva: -Gestão e Planejamento em Serviços ou -Tecnologias do Cuidado em Saúde	enfermagem, medicina e fisioterapia profissões da equipe de saúde coletiva

4. Criação do Fórum de Educação Popular em Saúde, reunindo entidades do movimento social com atuação em Educação Popular em Saúde ou formação de lideranças sociais para a gestão de políticas públicas para recuperar a documentação das práticas educativas junto aos segmentos popular e sindical e ordenar a formação de conselheiros de saúde representantes do segmento de usuários no SUS.

O chamamento de entidades se fez pelo Conselho Estadual de Saúde de (CES/RS) e ESP/RS para ampliar o debate da capacitação de conselheiros

ros e delinear de forma participativa políticas de formação que ampliassem o projeto de capacitação de conselheiros de saúde no SUS/RS. Essas entidades representam diferentes segmentos da sociedade (sindical e popular, urbano e rural): Fundação de Desenvolvimento, Educação e Pesquisa da Região Celeiro (FUNDEP), Instituto Técnico de Capacitação e Pesquisa da Reforma Agrária (ITERRA), Cooperativa de Prestação de Serviços de Educação Popular do Alto Uruguai (COPERSERVIÇOS), Centro de Educação Popular (CEPO), Escola Sindical Sul da Central Única dos Trabalhadores (Escola Sul/CUT), Centro de Assessoria Multidisciplinar (CAMP), Escola Sindical 8 de Março, Centro de Educação e Assessoramento Popular (CEAP), Movimento de Mulheres Trabalhadoras Rurais (MMTR) e Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem-Terra (MST).

5. Criação da Assessoria de Relações com o Movimento Estudantil Universitário da Área da Saúde, tendo em vista a proposta de desenvolver a aproximação e interação entre a formação e o Sistema de Saúde, numa proposta de protagonismo aos estudantes.⁸

A ESP/RS formulou o projeto **VER-SUS** (Vivência-Estágio na Realidade do Sistema Único de Saúde) que oferece uma atividade projetada para que o estudante das profissões da saúde possam ver-viver a realidade do SUS por seu componente de gestão (a sua direção e as suas múltiplas interfaces) e perceber a sua responsabilidade, como profissional de saúde, na condução desse Sistema. O VER-SUS/RS recebeu, em sua primeira edição, 56 estudantes de medicina e, em sua segunda edição, 112 estudantes dentre os vários cursos da área da saúde. A proposta da vivência-estágio é vivenciar a gestão do sistema de saúde e não a prática da assistência (**visita participante** junto às Coordenadorias Regionais de Saúde, Secretarias Municipais de Saúde, Conselhos Municipais e Regionais de Saúde e serviços de saúde, conversando com gestores, conselheiros, profissionais e usuários do SUS).

A ESP/RS realizou do 1º Congresso de Estudantes Universitários da Área da Saúde (**estudantes.agindo.SUS**), reunindo 421 acadêmicos de diferentes IES/RS para debater saúde coletiva, conhecimento do SUS e integração Formação, Gestão do SUS e Participação Social em Saúde.

⁸ Veja-se o documento relativo ao VER-SUS em Ceccim e Bilibio (2002).

A ESP/RS vem prestando cooperação técnica e operacional na montagem do Núcleo Estudantil de Trabalhos em Saúde Coletiva (NETESC) que congrega acadêmicos da área da saúde, ligados aos diferentes Centros/Diretórios Acadêmicos das IES/RS.

6. Cooperação e interação com entidades científico-profissionais, sociedades de especialistas e associações de ensino e pesquisa. A ESP/RS abriu convênios de cooperação técnico-científico-cultural com Associações Científico-Profissionais e Sociedades de Especialistas e filiação às Associações de Educação dos Profissionais de Saúde.

Foram assinados convênios com 3 importantes Associações Científico-Profissionais do estado: Associação Médica do Rio Grande do Sul (AMRIGS), Associação Brasileira de Odontologia/RS (ABO/RS) e Associação Brasileira de Enfermagem/RS (ABEn/RS), estabelecida a cooperação técnico-científica com a Associação Brasileira de Enfermeiros Obstetras e Neonatologistas/RS (ABENFO/RS) e com a Sociedade Brasileira de Atendimento Integrado ao Traumatizado (Sbait).⁹ Foi intensificada a relação com a Organização dos Centros de Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul (OCP/RS) e regularizada ou iniciada a filiação à Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), à Associação Latino-Americana e do Caribe de Educação em Saúde Pública (ALAESp), à Associação Brasileira de Ensino Odontológico (ABENO) e à Rede Unida de Educação e Desenvolvimento dos Profissionais de Saúde.

Esse conjunto de grandes projetos reflete um modo de gestão da Educação no Sistema Único de Saúde, trata de um conjunto de políticas de articulação e atuação interinstitucional e intersetorial, não relata, ou não caracteriza, práticas metodológicas de ensino, revisão de currículos ou desenvolvimento pedagógico de docentes. Em lugar da articulação docente-assistencial ou ensino-serviço, está lançado o desafio da articulação gestão-formação-participação social, articular docentes, profissionais e usuários do SUS em trocas recíprocas e continuadas que incentivem aprendizagens, cooperação de esforços e ativação de planos desafiadores de pensamento (como

⁹ Segundo a Sbait – capítulo RS nunca houve uma política pública de educação tão abrangente e conseqüente como a da ESP/RS no enfrentamento da epidemiologia das emergências clínicas e traumáticas.

cada intervenção técnica pode ou deve repercutir na melhoria do cuidado, dos serviços e do Sistema de Saúde).

POLÍTICA DE EDUCAÇÃO NO SUS: processo de desafios e inovações na área de recursos humanos de saúde

A implantação do SUS precisa da efetiva participação de seus recursos humanos no processo de reforma sanitária; a expansão do SUS, principalmente, em pequenos municípios, tem ampliado o mercado de trabalho em saúde e chamado o graduado nas profissões científicas do setor à gestão dos sistemas municipais de saúde; a diversidade social, política, econômica e sanitária, principalmente longe dos grandes centros urbanos, demanda uma versatilidade importante dos profissionais e a complexidade da saúde torna rapidamente obsoletos os **modelos**, impondo o trabalho em equipe (multiprofissionalidade sob a égide da interdisciplinaridade e intensa fluidez das fronteiras corporativas) e a introdução dos conceitos de produção de saúde na composição dos coletivos de trabalho, no ordenamento do sistema, na organização dos serviços (o SUS não é um sistema de serviços assistenciais, é um sistema de produção de saúde).¹⁰

Tendo em vista o processo de desafios e inovações na área de recursos humanos de saúde, apresentamos um mapeamento para a política de Educação no SUS; uma proposta de estudo sobre a oportunidade da capacitação em serviços e disseminação seletiva de informação técnica, administrativa, científica e política e um projeto de grande envergadura política para a articulação Saúde – Educação para os gestores do SUS: Formação Solidária da Saúde, projeto em experimentação no Rio Grande do Sul com um investimento de aproximadamente R\$ 3.500.000,00.

a) Mapeamento para a política de Educação no SUS:

1) Concepções de Educação e de Saúde: proposição ética.

¹⁰ A leitura de Campos (2000) e seu método da roda me parece obrigatória para aqueles dispostos à elevação da resposta do SUS à saúde da população.

1.1) Educação: campo de possibilidades à criação do estar no mundo, onde o ócio seja visto como direito, mas o trabalho e os trabalhadores sejam vistos como lugar e como agentes de produção de si, do mundo e das relações sociais e agentes de ampliação da participação na produção da sociedade;

1.2) Saúde: campo de ação, reflexão e exercício político pela qualidade de vida e saúde das populações, orientada pelo desenvolvimento das capacidades individuais e coletivas de enfrentar as diversidades, lutar pela melhoria da qualidade de vida e mobilizar energias para se sentir feliz.

2) Distinção fundamental entre Formação e Desenvolvimento: conceitos operacionais.

2.1) Formação: habilitação de quadros para a saúde em geral, ocorre nos espaços de educação formal/órgãos formadores e gera uma titulação oficial;

2.2) Desenvolvimento: qualificação em serviço e educação permanente dos quadros profissionais ou em cada serviço em particular, pode ocorrer por núcleos de desenvolvimento junto às gerências de recursos humanos.

3) Abrangência da Formação e do Desenvolvimento:

3.1) Sistematização do conhecimento: configuração/reconfiguração do campo de saber e dos núcleos de práticas;

3.2) Documentação adequada: memória, informação técnico-científica, disseminação seletiva de conhecimento, multimeios pedagógicos, educação popular em saúde;

3.3) Cursos de Habilitação e Atualização: cursos de graduação, cursos técnicos, cursos de especialização, cursos de pós-graduação *stricto sensu*, cursos de aperfeiçoamento, cursos para dirigentes/gerentes/gestores, cursos de extensão;

3.4) Ensino na área da saúde: viabilizar a integração da qualificação de todos os cursos da saúde às diretrizes do SUS e às noções de Atenção Integral à Saúde e trabalho em Equipe de Saúde;

3.5) Debate das políticas públicas de saúde: estabelecer o diálogo, o confronto e o debate, principalmente, em eventos, grandes ou pequenos, com essa natureza, mas, definitivamente superar o tradicional treinamento de recursos humanos ou a capacitação para cumprir programas.

4) Desafios à formação e ao desenvolvimento:

4.1) Escolarizar os trabalhadores de saúde pertencentes ao segmento de escolaridade fundamental e média;

4.2) Formar (profissionalizar) os trabalhadores com escolaridade de ensino médio;

4.3) Especializar os trabalhadores com as noções técnicas necessárias, mas sempre sob a dimensão da Equipe de Saúde e da Atenção Integral à Saúde;

4.4) Incrementar a politecnicidade com certo nível necessário e inevitável de especialização.

4.5) Aperfeiçoar, sob todas as formas, o conhecimento, a familiaridade e a destreza para o trabalho no SUS (gestão, assistência e promoção da saúde).

b) Estudo sobre a oportunidade de educação permanente em serviço e uso da disseminação seletiva de informação como valorização dos recursos humanos do setor:

Um estudo sobre a oportunidade de educação permanente em serviço e uso da disseminação seletiva de informação como valorização dos recursos humanos do setor foi proposto pela ESP/RS com caráter censitário para que funcionasse, também, como identificação da capacidade docente e de pesquisa presente nos quadros da saúde. Um estudo desses pode ser realizado em todos os serviços ou sistemas para conhecer o pessoal e o potencial tecnológico humano em exercício nos sistemas de saúde.

No caso da ESP/RS, e esta pode ser uma importante alternativa de valorização do pessoal, o censo buscou delinear uma mala direta para a Disseminação Seletiva de Informação (DSI). A DSI é uma tarefa das bibliotecas ou centros de documentação que podem, em qualquer esfera de governo ou serviço, estruturar um programa de remessa de informações técnicas, administrativas, científicas ou políticas de todo e qualquer documento incorporado ao acervo bibliográfico da instituição, mediante o cruzamento dos descritores de interesse dos trabalhadores com os descritores utilizados no acervamento das informações, documentos ou objetos. Ver anexo (os dados cadastrais presentes no instrumento visam à atualização de informações à administração dos trabalhadores de saúde).

c) Formação Solidária em Saúde: desafio da articulação intersetorial Saúde – Educação e interinstitucional SUS - IES

Criação: Resolução CES/RS nº 23, de 28 de dezembro de 2001.

O objetivo da criação do projeto Formação Solidária da Saúde foi o de dar apoio à formação e ao desenvolvimento de recursos humanos em saúde por meio de convênio com as Instituições de Ensino Superior (IES) que apresentem programas e projetos envolvendo ensino, pesquisa, extensão e documentação, orientados pelas prioridades locais, microrregionais, regionais ou macrorregionais de melhoria da gestão e/ou da atenção em saúde no SUS/RS.

As condições definidas para o repasse de recursos do apoio à Formação Solidária da Saúde foram as seguintes:

- 1) adesão institucional ao Pólo de Educação em Saúde Coletiva;
- 2) designação de docente titular e suplente para a representação no Pólo de Educação em Saúde Coletiva;
- 3) formalização de Convênio de Cooperação Técnico - Científico - Educacional;
- 4) apresentação de Plano de Trabalho que evidencie projeto de âmbito municipal, microrregional, regional ou macrorregional;
- 5) todos os programas e projetos financiados deverão apresentar Plano de Trabalho e Relatório Técnico, conforme instrumento padrão elaborado pela ESP/RS, mediante aprovação das CRS e dos Conselhos Regionais de Saúde ou correspondentes.

O projeto Formação Solidária da Saúde é um projeto de grande envergadura estadual e ainda está por ser avaliado. O projeto se destina ao conjunto das IES/RS que oferecem um ou mais cursos de graduação em saúde, independentemente de concorrência ou Edital. O projeto foi aplaudido pelo CES/RS que, entretanto, argumenta que o dimensionamento da capacidade docente, proposto pelo número de vagas de ingresso no vestibular seja substituído pelo número de egressos anuais devido às altas taxas de abandono nas instituições privadas.

TABELA 1 – NÚMERO DE IES/RS COM OFERTA DE CURSOS DO GRUPO SAÚDE POR CARACTERÍSTICAS

IES	Característica	Pública Federal	Pública Estadual	Filantrópica	Totais
	Centros Universitários, Faculdades Integradas ou Faculdades Isoladas	01	--	05	06
	Universidades	04	01	11	16
	Totais	05	01	16	22

TABELA 2 – QUANTIDADE DE CURSOS DAS PROFISSÕES DA SAÚDE NO RIO GRANDE DO SUL, 2002

Carreira	Nº de Cursos
Biologia	17
Biomedicina	01
Educação Física	16
Enfermagem	18
Farmácia	15
Fisioterapia	15
Fonoaudiologia	04
Medicina	10
Medicina Veterinária	07
Nutrição	13
Odontologia	07
Psicologia	14
Serviço Social	10
Terapia Ocupacional	01
Saúde Coletiva	01
Total	149

TABELA 2 – CRITÉRIOS DE PONDERAÇÃO PARA ALOCAÇÃO DOS RECURSOS

IDENTIFICAÇÃO DO POTENCIAL ACADÊMICO	PONTUAÇÃO	VALOR MÁXIMO
1. Tipo de Instituição de Ensino Superior		
1.1. Pública	0,8	
1.2. Privada	0,4	1,6
1.3. Universidade	0,8	
1.4. Faculdades Integradas/Centro Universitário/Faculdade Isolada	0,4	
2. Abrangência Educacional		
2.1. Número de cursos de graduação no grupo saúde	0,1 (por curso)	1,4
2.2. Oferta de Pós-Graduação <i>Stricto Sensu</i> (Mestrado)	0,1 (por curso)	0,4
2.3. Oferta de Pós-Graduação <i>Stricto Sensu</i> (Doutorado)	0,1 (por curso)	0,4
2.4. Oferta de Pós-Graduação <i>Lato Sensu</i>	0,1 (por curso)	0,7
3. Experiência Acadêmica		
3.1. Tempo de Criação da IES	0,1 (cada 10 anos)	1,0
4. Capacidade Docente		
4.1. Número de vagas para ingresso de alunos de graduação (total de cursos da área da saúde)	< 100 = 0,5 100 a 500 = 1,0 > 500 = 1,5	1,5
5. Infra-Estrutura Docente		
5.1. Educação à Distância	1,0	1,0
5.2. Ensino Presencial	0,1 (por município com sede de campus avançado)	0,5
6. Suporte Intelectual		
6.1. Periódicos de saúde com regularidade, no mínimo, semestral	0,5 (por revista)	1,0
6.2. Editora Universitária	0,5	0,5
7. Influência regional		
7.1. Proporção macrorregional de alunos matriculados em cursos das profissões da saúde;	Informação não atualizada para 2001	
7.2. Prioridade macrorregional	O dado não pode ser operacionalizado para 2001	
TOTAL MÁXIMO DE PONTOS		10

O projeto Formação Solidária da Saúde configura o apoio à formação e ao desenvolvimento de recursos humanos em saúde por meio de convênio com as Instituições de Ensino Superior (IES) que apresentem programas e

projetos de formação e desenvolvimento de recursos humanos em saúde, envolvendo ensino, pesquisa, extensão e documentação orientados pelas prioridades locais, microrregionais, regionais ou macrorregionais de melhoria da gestão e/ou da atenção em saúde no SUS. Por seu caráter de aliança da formação e desenvolvimento de recursos humanos com a gestão do SUS e com o controle social no setor da saúde, o projeto pode ser identificado com o chamamento de Formação Solidária da Saúde. As IES passam a ser incentivadas à oferta de estratégias de educação presencial, semipresencial e à distância, à disponibilização de seus acervos documentais na área técnico-científica aos servidores do SUS em sua esfera de abrangência territorial e à documentação das práticas assistenciais e de gestão municipal e regional em saúde.

Utilizamos o indicador de uma unidade de curso de pós-graduação de 640 horas-aula (duração do curso de especialização em saúde pública da ESP/RS) para orçar o montante global do projeto Formação Solidária da Saúde. Como não havia a proposta de que cada IES oferecesse um único curso de especialização, mas programas e projetos de ensino, pesquisa, extensão e documentação nas áreas de interesse estratégico nos municípios e regiões do estado, indicamos o rateio do montante pelos critérios técnicos de ponderação dos recursos entre as IES. Os critérios utilizados foram aplaudidos por todas as IES participantes, pois não se tratou de *ranqueamento* e nem de exclusão. O campo Influência Regional ficou em aberto para que seja introduzido, com a experiência, um critério qualitativo estadual e regional, que não foi possível pensar/planejar neste primeiro exercício.

A Formação Solidária da Saúde permitiu a organização de novos espaços à integração ensino, gestão e controle social no SUS e ao processo ensino-aprendizagem para a graduação, educação permanente e pós-graduação. O apoio relativo ao desenvolvimento de tecnologias de gestão e de assistência orientou as relações entre a pesquisa, documentação e assistência. A acumulação do conhecimento poderá sustentar a elaboração de protocolos de cuidado, de organização e funcionamento dos serviços de saúde e estratégias de gestão de sistema. A pesquisa poderá problematizar a realidade e propor soluções aos dilemas da gestão municipal e regional, da gestão de serviços e inovações gerenciais e assistenciais no sistema de saúde e nos serviços ambulatoriais ou hospitalares.

O apoio dirigido às Instituições de Ensino Superior que atuarem articuladas com a instância regional de gestão do SUS/RS, particularmente pela parceria com os Núcleos Regionais de Educação em Saúde Coletiva (Nuresc) de cada Coordenadoria Regional de Saúde (CRS-SES/RS), e com a Escola de Saúde Pública (ESP/RS) estará produzindo novidade acadêmica nos serviços, na interação social, junto aos docentes, aos gestores, aos usuários e junto ao movimento estudantil. As atividades de formação e desenvolvimento devem ser ofertadas com o objetivo de qualificar o trabalho no setor, em consonância com os eixos estratégicos de gestão do SUS/RS: descentralização da gestão; regionalização da atenção; fortalecimento das instâncias de pactuação intergestores e de controle social; atenção integral à saúde e formação e desenvolvimento na área da saúde/educação em saúde coletiva.

CONCLUSÕES

O volume de desafios referidos neste texto, o volume de inovações relatados e a intensidade do acolhimento da Educação como tarefa da gestão do SUS no tocante aos recursos humanos da saúde levaram à busca da ESP/RS de integrar o projeto latino-americano de redes de observatório dos recursos humanos de saúde nos processos de reforma setorial e do Estado, impulsionado pela Organização Pan-Americana da Saúde.

Para finalizar este texto destaco o projeto com o qual fizemos esta interação: observação da formação e desenvolvimento dos recursos humanos para o SUS. O trabalho do novo observatório se dá, inicialmente, no âmbito do Estado do Rio Grande do Sul com o levantamento, entre outras, das informações sobre o número de instituições formadoras existentes, sobre a oferta de vagas para cada profissão, além do número de egressos a cada ano. Outro objetivo do Observatório é o acompanhamento de ações voltadas ao desenvolvimento de recursos humanos para o SUS nos municípios gaúchos. Queremos ter um panorama das políticas de Recursos Humanos no âmbito da gestão municipal. Daí, então, poderemos estimular o desenvolvimento da área de recursos humanos a partir, primeiramente, de ações que já estejam ao alcance do município.

Toda ação de formação e desenvolvimento dos trabalhadores da saúde retorna imediatamente à população na forma da qualificação do trabalho. A formação e o desenvolvimento dos recursos humanos do setor da saúde estão afetos basicamente ao impacto na saúde coletiva e à efetividade do Sistema de Saúde. Tanto do ponto de vista técnico-operacional, como gerencial ou conceitual, a formação e o desenvolvimento objetivam à qualificação dos serviços prestados à população, à valorização e defesa da saúde individual e coletiva e à melhoria das condições de vida, incluindo-se esta política entre as demais que são determinantes para o alcance de altos níveis de desenvolvimento social e humano.

Há uma peculiaridade política fundamental ao projeto de formação e desenvolvimento na gestão do SUS: ele se faz pela articulação do conjunto das instituições formadoras de pessoal de saúde, das escolas de governo e de parceiros do campo da Educação dos Profissionais de Saúde, revela articulações interinstitucionais e intersetoriais as mais diversas para responder às realidades as mais diversas, seu grande mérito está em potencializar e viabilizar as cooperações, ao mesmo tempo que na ousadia, sem perder o conjunto de princípios que sustentam Reforma Sanitária Brasileira.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BRASIL. Constituição, 1998. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Senado Federal.
- BRASIL. Lei n. 8.080, 19 set. 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e da outras providências. *SUS é legal: legislação federal e estadual*, out. 2000. Porto Alegre – SES/RS.
- BRASIL. Lei n. 8.142, 28 set. 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. *SUS é legal: legislação federal e estadual*, out. 2000. Porto Alegre, SES/RS.

- BRASIL. Lei n. 9.394, 20 dez. 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional. *Diário Oficial da União*, Brasília. Disponível em: <http://www.mec.gov.br/legislação.asp>.
- BRASIL. Portaria n. 397, 09 de out. 2002. Aprova a Classificação Brasileira de Ocupações - CBO/2002, para uso em todo território nacional e autoriza a sua publicação. *Classificação Brasileira de Ocupações*. Brasília: Ministério do Trabalho e Emprego. Disponível em <http://www.mtecbo.gov.br/legislação.asp>.
- CAMPOS, G. W. de S. *Um método para análise e co-gestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda*. São Paulo: Hucitec, 2000.
- CAMPOS, F. E. de. Educação médica e prática médica. In: ARRUDA, B. G. K. de (Org.). *A educação profissional em saúde e a realidade social*. Recife: Instituto Materno-Infantil de Pernambuco (IMIP), Ministério da Saúde, 2001. p. 169-178.
- CASTRO, J. L. de (Rel.) Projeto Agenda: políticas de recursos humanos de saúde. *Agenda de prioridades para a ação dos gestores do SUS: relatório final*. Natal: UFRN, 2000.
- CECÍLIO, L. C. de O. Programa UNI: uma necessária ampliação de sua agenda. In: ALMEIDA, M.; FEUERWERKER, L. & LLANOS C., M. *Educação dos profissionais de saúde na América Latina: teoria e prática de um movimento de mudança*. São Paulo: Hucitec; Buenos Aires: Lugar Editorial; Londrina: Ed. UEL, 1999, p. 129-136.
- CECCIM, R. B. & ARMANI, T. B. Divulgação em Saúde para Debate. Educação em saúde coletiva: papel estratégico na gestão do SUS. *Divulgação em Saúde para Debate*, n. 23, p30-56, dez. 2001.
- CECCIM, R. B. & BILIBIO, L. F. S. Observação da educação dos profissionais da saúde: evidências à articulação entre gestores, formadores e estudantes. 2002.
- CECCIM, R. B.; ARMANI, T. B. & ROCHA, C. M. F. O que dizem a legislação e o controle social em saúde sobre a formação de recursos humanos e o papel dos gestores públicos, no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 373-383, 2002.

- DUSSAULT, G. A gestão dos serviços de saúde: características e exigências. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 26, p. 8-19, abr. /jun., 1992.
- GIRARDI, S. N.; FERNADES Jr., H. & CARVALHO, C. L.. *A regulamentação das profissões de saúde no Brasil*. Belo Horizonte: UFMG; NESCON; Estação Observatório de Recursos Humanos em Saúde, 1999. 20p. Texto não publicado.
- KUNKEL, B. *Os (Des)caminhos da Humanização no SUS*. In: Humanização no SUS: Fórum de Debates, 1., 2002, Porto Alegre: 1ª CRS: 2ª CRS: 18ª CRS: ESP/RS: PUC.RS, 2002. Informação verbal obtida na mesa de debates 2. Os (Des)caminhos da Humanização no SUS.
- MÉDICI, A. C.; MACHADO, M. H.; NOGUEIRA, R. P. & GIRARDI, S. N. Aspectos conceituais e metodológicos sobre força de trabalho em saúde no Brasil. In: SANTANA, J. P. & CASTRO, J. L. de (Org.). *Capacitação em Desenvolvimento de Recursos Humanos de Saúde* (Cadrhu). Natal: Editora da Universidade/UFRN, 1999, p. 193-107.
- NOGUEIRA, R. P. Trabalho e qualidade em serviços de saúde. In: SANTANA, J. P. & CASTRO, J. L. de (Org.). *Capacitação em Desenvolvimento de Recursos Humanos de Saúde* (Cadrhu). Natal: Editora da Universidade/UFRN, 1999, p. 109-123.
- PEREIRA, I. M. T. B. Recursos humanos e educação: uma parceria indispensável; CORNETTA, V. K.; PEREIRA, I. M. T. B. & LEFÉVRE, A. M. C. Política de recursos humanos. In: WESTPHAL, M. F. & ALMEIDA, E. do S. (Org.). *Gestão de Serviços de saúde: descentralização/municipalização do SUS*. São Paulo: Editora da Universidade/USP, 2001, p. 155-178 (Acadêmica; 37).
- PIERANTONI, C. R. a & RIBEIRO, E. C. de O. A importância do processo de educação permanente na formação do médico: o docente como inovador/mediador/indutor de condições de auto-aprendizagem. In: ARRUDA, B. G. K. de (Org.). *A educação profissional em saúde e a realidade social*. Recife: Instituto Materno-Infantil de Pernambuco (IMIP), Ministério da Saúde, 2001. p. 179-200.
- RIGHI, L. B. *Poder local e inovação no SUS: estudo sobre a construção de redes de atenção à saúde em três municípios no estado do Rio Grande do Sul*. 2002. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp). Campinas, 2002.

- ROSA, A. R. O componente acadêmico dos Projetos UNI. In: KISIL, M. & CHAVES, M. (Eds). *Programa UNI: uma nova iniciativa de educação dos profissionais de saúde*. Battle Creek: Fundação W. K. Kellog, 1994. p.25-36.
- SANTANA, J. P. A gestão do trabalho nos estabelecimentos de saúde: elementos para uma proposta. In: SANTANA, J. P. & CASTRO, J. L. de (Org.). *Capacitação em Desenvolvimento de Recursos Humanos de Saúde* (Cadrhu). Natal: Editora da Universidade/UFRN, 1999, p. 387-400.
- TEIXEIRA, C. F. & PAIM, J. S. Políticas de recursos humanos em saúde: conjuntura atual e perspectivas. *Divulgação em Saúde para Debate*. Rio de Janeiro, n. 12, jul./1996, p. 19-23.
- UNIVERSIDADE ESTADUAL DO RIO GRANDE DO SUL; Rio Grande do Sul. Secretaria da Saúde. Escola de Saúde Pública. *Curso de Administração de Sistemas e Serviços de Saúde*. Porto Alegre: Uergs: ESP/RS, 2001. Folder institucional do curso de Administração de Sistemas e Serviços de Saúde.
- VENTURELLI, J. Os aspectos educacionais na reforma da educação nas profissões da saúde. In: ALMEIDA, M.; FEUERWERKER, L. & LLANOS C., M. *Educação dos profissionais de saúde na América Latina: teoria e prática de um movimento de mudança*. São Paulo: Hucitec; Buenos Aires: Lugar Editorial; Londrina: Ed. UEL, 1999, p. 145-164.

ANEXO**Atualização do Banco de Dados / Estudo sobre a Oportunidade de Educação
Permanente em Serviço / Identificação do Potencial Tecnológico Humano para o
Ensino / Pesquisa / Extensão Educativa****Parte 1****Dados Pessoais**

1-NOME: _____

2-SEXO: _____ 3-ESTADO CIVIL _____ 4-NASCIMENTO ____/____/____

5-NOME DA MÃE _____

6-NOME DO PAI _____

7-MUNICÍPIO _____ 8-ESTADO _____

9-NACIONALIDADE _____ 10-PAÍS _____

11-ENDEREÇO _____ 12-Nº _____

13-COMPLEMENTO _____ 14-BAIRRO _____

15-CEP _____ 16-TELEFONE _____ 17-FAX _____

18-ENDEREÇO ELETRÔNICO _____

19-RG _____ 20-ORGÃO EMISSOR _____ 21-UF _____

22-CPF _____ 23-TÍTULO DE ELEITOR _____

24-ZONA _____ 25-SEÇÃO _____

26-CERTIFICADO DE RESERVISTA _____

27-CTPS _____ 28-SÉRIE _____

29-PIS/PASEP _____

DADOS FUNCIONAIS

- 1-MATRÍCULA _____ 2- LOTAÇÃO _____
3- DATA DE ADMISSÃO ___/___/___
4-CARGO _____ 5-FUNÇÃO _____
6-ENDEREÇO PROFISSIONAL _____
7-TELEFONE _____ 8-FAX _____
9-ENDEREÇO ELETRÔNICO _____
10-CARGA HORÁRIA CONTRATUAL _____
11-CARGA HORÁRIA ATUAL _____
12-REGIME JURÍDICO _____
13-REGIME PREVIDENCIÁRIO _____

GRAU DE INSTRUÇÃO:

- 1-() ENSINO FUNDAMENTAL 2-() ENSINO MÉDIO
3-() EDUCAÇÃO SUPERIOR
4-() COMPLETO 5-() INCOMPLETO
6- SE INCOMPLETO QUAL SÉRIE/ETAPA _____
7- CURSO _____

PARTE 2**2.1- TEMPO DE TRABALHO NA SES/SMS:**

- 1-() ATÉ 5 ANOS 2-() ATÉ 10 ANOS 3-() ATÉ 15 ANOS
 4-() ATÉ 20 ANOS 5-() + DE 20 ANOS

2.2- PRINCIPAIS TAREFAS RELATIVAS AO CARGO:

- 1-() PLANEJAMENTO, ASSESSORIA E NORMATIZAÇÃO
 2-() ATENDIMENTO DE CLIENTES
 3-() FUNÇÃO GERENCIAL, SERVIÇO ADMINISTRATIVO
 4-() ENSINO, PESQUISA E EXTENSÃO
 5-() SERVIÇO DE APOIO
 6-() SERVIÇO AUXILIAR TÉCNICO
 7-() SERVIÇO AUXILIAR GERAL
 8-() OUTRA (S) QUAL (AIS) _____

2.3- FORMAÇÃO UNIVERSITÁRIA:

- | CURSO CONCLUÍDO | EM ANDAMENTO |
|---|--------------|
| 1-() GRADUAÇÃO _____ | () EM CURSO |
| 2-() MAIS DE UMA GRADUAÇÃO? QUAL _____ | () EM CURSO |
| 3-() ESPECIALIZAÇÃO _____ | () EM CURSO |
| 4-() MESTRADO _____ | () EM CURSO |
| 5-() DOUTORADO _____ | () EM CURSO |
| 6-() PÓS - DOUTORADO _____ | () EM CURSO |
| 7-CONSELHO REGIONAL Nº _____ | |

- 5-() MONOGRAFIA (ESPECIALIZAÇÃO) ()
- 6-() DISSERTAÇÃO MESTRADO) ()
- 7-() TESE (DOUTORADO) ()
- 8-() RELATÓRIO TÉCNICO OU DE PESQUISA ()
- 9-() TRADUÇÃO ()
- 10-() AUDIOVISUAL ()
- 11-() MANUAL TÉCNICO ()
- 12-() RESENHA OU RESUMO ()
- 13-() MATERIAL DE DIVULGAÇÃO ()
- 14-() OUTRO(S) ESPECIFIQUE: _____

3.5- SEU(S) TRABALHO(S) ESTÁ(ÃO) REFERENCIADO(S) E DISPONÍVEL(VEIS) PARA CONSULTA EM ALGUMA BIBLIOTECA?

- 1-() ESP/RS 2-() OUTRA (S)

3- QUAIS _____

4 - INTERCÂMBIOS:

4.1- MANTÉM ALGUM TIPO DE INTERCÂMBIO COM INSTITUIÇÃO(ÕES) TÉCNICO - CIENTÍFICA (S)?

- 1-() SIM 2-() NÃO 3-() NO BRASIL
- 4-() NO EXTERIOR

4.2- QUE TIPO DE INTERCÂMBIO?

- 1-() CORRESPONDÊNCIA
- 2-() CONTATOS TELEFÔNICOS
- 3-() PERMUTA OU RECEBIMENTO DE PUBLICAÇÕES
- 4-() VISITAS

5- QUAL(AIS) A(S) INSTITUIÇÃO(ÕES):

5- NECESSIDADES DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE.

5.1- NA REALIZAÇÃO DE SEU TRABALHO HÁ NECESSIDADE DE ACESSO CONTINUADO A TRABALHO CIENTÍFICO?

- 1-() MUITO 2-() POUCO
3-() RAZOAVELMENTE 4-() SEM HÁBITO

5.2- TEMPO DISPONÍVEL PARA LEITURA SEMANAL:

- 1-() 2H 2-() 4H 3-() ___H 4-() NENHUM

5.3- A MAIORIA DAS PUBLICAÇÕES QUE LÊ SÃO:

- 1-() NACIONAIS 2-() ESTRANGEIRAS 3-() SEM HÁBITO

6- CONHECIMENTO DAS PRINCIPAIS FONTES DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE:

6.1- BASES DE DADOS BIREME

- 1-() MEDLINE - 1966 -2000
2-() LILACS - LITERATURA LATINO AMERICANA E DO CARIBE EM CIÊNCIAS DA SAÚDE
3-() PAHO - ACERVO DA BIBLIOTECA DA OPAS
4-() REPIDISCA - REDE PANAMERIC. DE INFORM. E DOCUM. EM ENG. SANITÁRIA E CIÊNCIAS DO AMB.
5-() ADSAÚDE - ADM. DE SERVIÇOS DE SAÚDE
6-() BBO - BIBLIOGRAFIA BRASILEIRA DE ODONTOLOGIA
7-() SIDORH - RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE
8-() WHOLIS - SISTEMA DA INFORMAÇÃO DA BIBLIOTECA DA OMS
9-() LEYES - LEGISLAÇÃO BÁSICA DE SAÚDE DA AMÉRICA LATINA E CARIBE
10-() SECS - PUBLICAÇÕES PERIÓDICAS EM CIÊNCIAS DA SAÚDE/COLEÇÕES DA REDE BIREME.

7- RAZÕES DA BUSCA DE INFORMAÇÃO:

- 1-() ACHAR A SOLUÇÃO DE UM PROBLEMA CIENTÍFICO OU TÉCNICO
- 2-() ACHAR REGULAMENTO SOBRE O PROBLEMA
- 3-() ACHAR LITERATURA SOBRE UM ASSUNTO ESPECÍFICO
- 4-() MANTER-SE ATUALIZADO EM SUA ESPECIALIDADE
- 5-() AVALIAR PROJETO(S)
- 6-() DEFINIR PROJETO(S) DE ESTUDO/PESQUISA
- 7-() VERIFICAR A VIABILIDADE TÉCNICA DE PROJETO(S) DE AÇÃO
- 8-() APRIMORAR A METODOLOGIA DE APRESENTAÇÃO DE PROJETO(S).
- 9-() OUTRAS. CITE: _____

	FONTES DE INFORMAÇÃO	GRAU DE IMPORTANCIA					
		SI	PI	IM	I	MI	NU
1-	RELATÓRIOS TÉCNICOS						
2-	MONOGRAFIAS (TESES E DISSERTAÇÕES)						
3-	BOLETINS INFORMATIVOS E TÉCNICOS						
4-	LIVROS						
5-	MANUAIS						
6-	NORMAS TÉCNICAS						
7-	REUNIÕES COM COLEGAS						
8-	PROJETOS INSTITUCIONAIS						
9-	LEIS, REGULAMENTOS, NORMAS						
10-	PUBLICAÇÕES INSTITUCIONAIS						
11-	ANOTAÇÕES PESSOAIS DE SEMINÁRIOS E OUTROS EVENTOS INTERNOS						
12-	CONFERÊNCIAS, CONGRESSOS, ENCONTROS ETC.						
13-	ARTIGOS DE PERIÓDICOS						
14-	REVISÕES DE LITERATURA						
15-	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS EM ARTIGOS E LIVROS						
16-	ÍNDICES, ABSTRACTS (RESUMOS) E BIBLIOGRAFIAS						
17-	CATÁLOGOS DE EDITORES						
18-	BOLETINS DE ALERTA DE BIBLIOTECAS (CÓPIA DE SUMÁRIO DE PERIÓDICOS)						
19-	TRABALHOS NÃO PUBLICADOS						
20-	EXPOSIÇÕES E FEIRAS						
21-	JORNAIS						
22-	NENHUMA FONTE						
23-	OUTRAS, ESPECIFIQUE:						

SI -SEM IMPORTÂNCIA PI -POUCO IMPORTANTE IM -IMPORTÂNCIA MÉDIA
I-IMPORTANTE MI - MUITO IMPORTANTE NU - NÃO UTILIZA

8- INDIQUE AS FONTES DE INFORMAÇÃO CONFORME O GRAU DE IMPORTÂNCIA E UTILIZAÇÃO

9- ONDE LOCALIZA AS FONTES DE INFORMAÇÃO MAIS UTILIZADAS:

1-() ACERVO PESSOAL

2-() ACERVO DO SETOR

3-() ACERVO DE COLEGAS

4-() ACERVO DE BIBLIOTECAS DA SES/SMS

5-() ACERVO DE BIBLIOTECAS DE UNIVERSIDADE(S)

6-() LIVRARIAS

7-() OUTRAS ORGANIZAÇÕES. CITE: _____

8-() BUSCA NA INTERNET

10- MANTÉM ASSINATURA(S) DE ALGUM(NS) PERIÓDICO(S) TÉCNICO - CIENTÍFICO(S) ?

1-() NÃO 2-() SIM

3-QUAL(AIS)? _____

11-EXERCE ATIVIDADE(S) FORA DA SES/SMS EM ENSINO/PESQUISA/EXTENSÃO?

1-() SIM 2-() NÃO

CITE: _____

3-INSTITUIÇÃO _____

4-ÁREA DE ATUAÇÃO _____

5-HÁ QUANTO TEMPO? _____

12- GOSTARIA DE SUGERIR TÍTULO(S) QUE CONSIDERA IMPRESCINDÍVEL(VEIS) PARA ATUALIZAÇÃO EM SUA ÁREA?

1-() SIM

2-() NÃO

3-CITE: _____

13- EM CASO DE SUGESTÕES OU DE CRÍTICAS A QUESTIONÁRIO APRESENTADO OU SOBRE O ASSUNTO DA *INFORMAÇÃO TÉCNICO-CIENTÍFICA EM SAÚDE*, DÊ SUA OPINIÃO.

OS CURSOS DE FISIOTERAPIA NO PARANÁ FRENTE AOS CONCEITOS CONTEMPORÂNEOS DE SAÚDE

Luciana Alves Pereira & Márcio José de Almeida



INTRODUÇÃO

O século XX terminou com significativos avanços do setor saúde no Brasil. Sem desmerecer as lutas e conquistas dos anos anteriores, as décadas de 70, 80 e 90 constituíram cenários especialmente relevantes. Foram mais de vinte anos de intensa luta, desde a construção, nos anos 70, das bases do movimento da Reforma Sanitária Brasileira, passando pela conquista do direito à saúde, reconhecido constitucionalmente, no final dos anos 80, até o início da construção, 'tijolo a tijolo', do Sistema Único de Saúde, nos anos 90.

A mudança no modelo de atenção, no qual se assume uma concepção ampliada de saúde, por meio dos princípios de integralidade, equidade e universalidade, trouxe como conseqüência, além da reforma nos serviços, a necessidade de se criarem mecanismos que visem a formar profissionais com perfil, competências e habilidades para operacionalizar todas as mudanças ocorridas e por ocorrer no setor saúde do país.

Assim, a necessidade de mudanças na formação de recursos humanos em saúde ganha relevância em congressos, reuniões e conferências de saúde, além de mobilizar pessoas, projetos e instituições na busca de estratégias para a realização dessas mudanças. Em algumas áreas, como a Medicina e a Enfermagem principalmente, já existe a incorporação dessas estratégias contemplando metodologias ativas de ensino e problematização, no intuito de se obterem mudanças na formação acadêmica dos profissionais dessas habilitações.

Nesse contexto, é que surgiu o interesse em estudar a formação do fisioterapeuta. Diante dos conceitos contemporâneos de saúde, como estão se comportando as instituições de ensino superior, em especial os cursos de

graduação em Fisioterapia? Particularmente no Paraná, como está sendo formado o fisioterapeuta? Para tentar responder a essas questões, os cursos de fisioterapia do Estado foram estudados estabelecendo-se uma análise da formação acadêmica referente ao perfil profissional, aos campos de estágio curricular oferecidos e à incorporação dos conceitos de saúde estabelecidos pela Constituição Federal de 1988.

O estudo não visou a categorizar os cursos pesquisados em melhores ou piores, uma vez que cada curso deve, além de responder às necessidades do sistema de saúde no País e de todo o contexto das reformas, atender à sua realidade local. Sendo assim, o trabalho pretende apenas contribuir para um aprofundamento da discussão sobre a formação acadêmica do fisioterapeuta, como profissional de saúde, apto não só a inserir-se em todos os locais e níveis de atenção disponíveis no sistema de saúde do Brasil mas também a colaborar com a sua construção, como qualquer outro profissional da mesma área.

ORIGEM, REGULAMENTAÇÃO E DESENVOLVIMENTO DA PROFISSÃO DE FISIOTERAPEUTA

Em 2002, a Fisioterapia completa trinta e três anos de regulamentação da profissão no país. Na sua origem, assim como as demais profissões da área da saúde, a Fisioterapia direcionou seu trabalho e sua atuação profissional para as atividades predominantemente curativas e reabilitadoras, até porque o surgimento desse profissional no mundo se deu em decorrência das grandes guerras mundiais, em que o número de pessoas fisicamente lesadas cresceu, e tornando-se uma questão socialmente preocupante (Rebelatto & Botomé, 1999).

Em 1929, quarenta anos antes de sua regulamentação, a prática da Fisioterapia foi iniciada no Brasil dentro da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, quando era considerada uma atividade de nível técnico. Em 1951, começava o primeiro curso para formação de fisioterapeutas no Serviço de Fisioterapia do Hospital das Clínicas de São Paulo com duração de um ano, até 1956. A demanda por essa formação aumentou na década de 60, principalmente em virtude do alto índice de indivíduos portadores de seqüelas motoras da poliomielite. Além disso, o Brasil apresentava uma grande quantidade de pessoas lesadas em acidentes de trabalho e uma expressiva faixa

populacional que necessitava ser “reabilitada para reintegrar-se ao sistema produtivo” (Rebelatto & Botomé, 1999, p. 50). Com isso, as atividades de reabilitação eram uma realidade e uma necessidade social.

Seguindo a forte tendência da época, novos centros de reabilitação foram criados no Brasil. Em São Paulo, foi criado o Instituto Nacional de Reabilitação (INAR), pertencente à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, formando a primeira turma de fisioterapeutas em 1959, com a duração de dois anos (Sanches, 1984). No mesmo ano, foi criada a Associação Brasileira de Fisioterapia (ABF), filiada à WCPT (World Confederation for Physical Therapy), objetivando oferecer amparo técnico-científico e sócio-cultural para o desenvolvimento da profissão. A Fisioterapia, como ramo de trabalho, precisava agora de uma legislação que definisse e ordenasse suas ações.

O Parecer nº 388/63 do Conselho Federal de Educação (CFE) foi um dos primeiros documentos oficiais que definiram a ocupação do fisioterapeuta, caracterizando-o como um auxiliar médico que deveria trabalhar somente sob a orientação e responsabilidade do médico titular. O profissional era aqui denominado técnico em Fisioterapia (Rebelatto & Botomé, 1999).

A regulamentação da Fisioterapia como uma profissão liberal e de nível superior ocorreu em 1969. A profissão foi reconhecida e regulamentada pelo Decreto Lei nº 938 de 13 de outubro de 1969, no qual, no Artigo 3º, atribui-se ao profissional a execução de métodos e técnicas fisioterapêuticas “com a finalidade de restaurar, desenvolver e conservar a capacidade física do paciente” (Brasil, 1969). Observa-se nesse artigo a condição profissional de, até então, trabalhar com um indivíduo denominado ‘paciente’. Essa definição sugere um cerceamento no campo de atuação profissional, cabendo ao fisioterapeuta desenvolver suas atividades apenas num indivíduo já acometido por uma patologia.

Já as normas para habilitação ao exercício da profissão de fisioterapeuta, aprovadas pela Resolução Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional - COFFITO-8 de 20 de fevereiro de 1978, prevêm as áreas de atuação profissional no item I, do Artigo 2º, Capítulo I, verificando que compete ao fisioterapeuta “o planejamento, a programação, a ordenação, a coordenação, a execução e a supervisão de métodos e técnicas fisioterápicas que visem à saúde nos níveis de prevenção primária, secundária e terciária” (Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, 1978a). Nessa Resolução, verifica-se uma ampliação no campo de trabalho da Fisioterapia, já

que a prevenção pressupõe uma forma de atuar com a saúde, não considerando mais o indivíduo apenas como paciente, e sim como uma pessoa na qual se deve impedir que o processo de doença se instale.

O artigo 1º do Código de Ética Profissional, aprovado pela Resolução COFFITO-10 de 3 de julho de 1978, explicita ser função do fisioterapeuta assistir ao homem, participando de atividades que objetivem a “promoção, o tratamento e a recuperação de sua saúde” (Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, 1978b). Reforçando a atuação do fisioterapeuta citada na Resolução anterior, o Código de Ética Profissional determina seu trabalho com o homem, como ser humano em busca da saúde, no seu conceito mais amplo, e não meramente na presença de enfermidade. Assim, em todos os documentos que regulamentam e normatizam as atividades que podem e devem ser desenvolvidas pelo fisioterapeuta, observa-se a caracterização de um profissional apto a atuar em todos os níveis de atenção à saúde, com uma área de atuação mais abrangente, muito além das atividades curativas e de reabilitação.

No entanto, apesar de ampliada e regulamentada, a prática profissional continua fortemente enfatizada no tratamento e na reabilitação, em virtude também do contexto histórico e do nível de desenvolvimento do trabalho com a saúde no país. A “tradição no trabalho profissional de ênfase na atuação e na dedicação à ‘doença’ e não propriamente à ‘saúde’ da população” (Rebelatto & Botomé, 1999, p. 21), era e continua sendo uma prática constante no setor saúde no Brasil.

A Fisioterapia é uma profissão nova, principalmente se comparada à milenar Medicina, e busca fortalecer-se como categoria profissional, conquistando espaços e buscando o reconhecimento de suas ações. A profissão vem experimentando um crescimento vertiginoso. Em 1970, eram seis cursos de graduação, e 700 profissionais formados numa população de 90 milhões de habitantes. Em 1983, existiam 22 cursos em funcionamento. No início da década de 1990, esse número subiu para 55 (Moura Filho, 1999). Terminada a década, já se podia contar mais de 130 cursos em todo Brasil, tendo a maioria iniciado suas atividades nos últimos cinco anos. Esse crescimento merece reflexão e ampla discussão.

A Tabela 1 mostra o número de fisioterapeutas registrados nos seus respectivos Conselhos Regionais em 2002, distribuídos por estados bem como a proporção entre o número de profissionais e a população de cada Unidade

de Federação. De acordo com Almeida (1999a), a OMS estabeleceu que a proporção entre fisioterapeuta e população deveria ser, em média, de um profissional para 1.500 habitantes. A avaliação desses dados pressupõe a existência de uma grande demanda não-atendida da população pelos serviços desse profissional.

Por ser considerado um campo novo de atuação na área da saúde, por vezes elitizado e de difícil acesso para a população, a Fisioterapia ainda não mostrou suas diversas aplicações no mercado de trabalho. Já se assume, inclusive, que o fisioterapeuta não atua mais exclusivamente na reabilitação física, pois é profissional da saúde no sentido mais amplo da palavra. Por esse motivo, deve-se buscar a ampliação desse campo de trabalho, além da sua inserção em áreas como a saúde pública, até então distante da realidade desse profissional.

O vínculo maior entre o fisioterapeuta e o Sistema Único de Saúde está relacionado ao setor privado, por intermédio de convênios estabelecidos com as clínicas e os prestadores de serviços de Fisioterapia. No entanto, a presença desse profissional no setor público ainda é pequena, senão nula, em algumas regiões. Grandes conquistas já foram alcançadas, como pode ser observado na Tabela 1, seguir.

A cidade de Camaragibe/PE, primeiro município do Estado a implantar as equipes do Programa Saúde da Família (PSF), em 1994, busca desenvolver um modelo de atenção voltado à família. São equipes multiprofissionais que incluem o fisioterapeuta, além dos profissionais da equipe básica estabelecida pelo PSF. Observa-se, pelos depoimentos de fisioterapeutas que trabalham na equipe, a construção de uma nova forma de atuar perante a realidade da população. Entre os avanços obtidos nessa experiência, o destaque é a precocidade no atendimento e a resolutividade de casos em domicílio, com a redução da demanda na unidade de referência do município (Camaragibe, 2001). Obviamente, existem várias dificuldades, mas são dificuldades tratadas como desafios pelos membros do programa, visando a conquistar um modelo de atenção voltado para a promoção, prevenção e recuperação da população. E o fisioterapeuta está intimamente comprometido com a conquista desse modelo.

TABELA 1 – DISTRIBUIÇÃO DO NÚMERO DE FISIOTERAPEUTAS REGISTRADOS NOS RESPECTIVOS CREFITOS EM 2002, A POPULAÇÃO DO ESTADO E A PROPORÇÃO PROFISSIONAL/HABITANTE POR UNIDADE DE FEDERAÇÃO

Estado	Jurisdição	Fisioterapeutas registrados	População	Habitantes/ Profissional
Acre	Crefito 9	41	557.337	13.594
Alagoas	Crefito 1	71	2.817.903	39.689
Amapá	Crefito 6	57	475.843	8.348
Amazonas	Crefito 6	81	2.840.889	35.073
Bahia	Crefito 7	1.169	13.066.764	11.178
Ceará	Crefito 6	1.511	7.417.402	4.909
Distrito Federal	Crefito 4	794	2.043.169	2.573
Espírito Santo	Crefito 2	440	3.093.171	7.030
Goiás	Crefito 4	476	4.994.897	10.493
Maranhão	Crefito 6	144	5.638.381	39.155
Mato Grosso	Crefito 9	550	2.498.150	4.542
Mato Grosso do Sul	Crefito 9	590	2.075.275	3.517
Minas Gerais	Crefito 4	4.180	17.835.488	4.267
Pará	Crefito 6	318	6.188.685	19.461
Paraíba	Crefito 1	630	3.436.718	5.455
Paraná	Crefito 8	2.970	9.558.126	3.218
Pernambuco	Crefito 1	705	7.910.992	11.221
Piauí	Crefito 6	115	2.840.969	24.704
Rio de Janeiro	Crefito 2	9.433	14.367.225	1.523
Rio Grande do Norte	Crefito 1	362	2.770.730	7.654
Rio Grande do Sul	Crefito 5	2.427	10.179.801	4.194
Roraima	Crefito 6	21	324.152	15.436
Rondônia	Crefito 9	111	1.377.792	12.413
Santa Catarina	Crefito 5	1.122	5.333.284	4.753
São Paulo	Crefito 3	16.370	36.966.527	2.258
Sergipe	Crefito 7	142	1.779.522	12.532
Tocantins	Crefito 4	67	1.155.251	17.243
TOTAIS		44.897	169.544.443	3.776

Fonte: CREFITOS 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 e 9; dados de 2002; IBGE (Censo, 2000).

Este é um dos vários exemplos que relatam a atuação transformadora do fisioterapeuta na saúde pública. Entretanto, para se fixar como profissão atuante e necessária à saúde pública no país, deve-se ter consciência de que esse processo inicia-se na graduação, uma categoria profissional forte é construída ainda na universidade, tornando-se capaz de pensar e repensar sua própria atividade e prática e, a partir disso, de traçar novos objetivos e metas, mudanças de rumos e novas orientações para seu crescimento (Barros, [1999]).

O termo Fisioterapia Social foi cunhado há mais de 40 anos pela ABF, pois muito mais que recuperar a saúde ou combater a doença, o fisioterapeuta também tem a responsabilidade social de promover as condições e os meios para que a saúde floresça na população (Barros, 2002). Desse modo, há muito que discutir para se obter essa conquista, e a discussão começa pela inclusão de representantes da classe ativos nas conferências municipais, estaduais e nacionais de saúde, para que seu espaço nesse mercado de trabalho seja ocupado. Também deve-se verificar como a questão da saúde pública e as transformações no setor saúde no país estão sendo tratadas na formação desses profissionais.

A REFORMA DO SETOR SAÚDE NO BRASIL E A FORMAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS NECESSÁRIOS PARA O SISTEMA

O Sistema de Saúde no Brasil sofreu constantes mudanças, passando de um modelo de sanitarismo campanhista (início do século XX), para um modelo médico-assistencial privatista (meados do século XX) até o modelo atual vigente, um misto de antigo e novo, em construção desde a eclosão do Movimento da Reforma Sanitária, nos anos 80. Essas mudanças têm relações diretas e indiretas com as que ocorreram nos setores econômico, sociocultural e político do país.

Em março de 1986, ocorreu o evento político sanitário mais importante da década, a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), quando as novas perspectivas de trabalho no setor, aliadas ao período de transição democrática que o país vivia, foram amplamente discutidas, originando uma nova proposta de estrutura e de política nacional de saúde. Seu relatório final levou à construção

do Projeto de Reforma Sanitária Brasileira, servindo como base para as discussões sobre a saúde no texto final da Constituição Federal Brasileira, aprovada dois anos mais tarde (Carvalho; Martin & Cordoni Junior, 2001).

A década de 80 termina apresentando o SUS – Sistema Único de Saúde – no cenário nacional, como um passo a mais proposto pelo Movimento da Reforma Sanitária. A construção do SUS tem sido norteadada pelos seguintes princípios estabelecidos na 8ª CNS: participação, descentralização, universalização, equidade e integralidade. As ações de saúde desenvolvidas devem ser compatíveis com um modelo de atenção integral à saúde, com a incorporação progressiva de ações de promoção e proteção, ao lado daquelas propriamente ditas de recuperação (Conferência Nacional de Saúde, 1987; Brasil, Ministério da Saúde, 1990).

Na busca de autonomia dos municípios e estados para a gestão descentralizada, surge a NOB nº 01/96 (Brasil, Ministério da Saúde, 1997). A NOB/96 foi importante principalmente pelo incentivo às ações de vigilância epidemiológica, ambiental e sanitária, e aos programas como o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa Saúde da Família (PSF). Essas ações e programas constituíram fator essencial na busca por um modelo de atenção integral à saúde. No entanto, ela só foi implementada em 1998, após a criação, em 1997, da CPMF (Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira), o que a viabilizou financeiramente.

A proposta de incentivo à formação de equipes de saúde da família vem fortalecer a mudança conceitual no setor saúde, em que o núcleo família passa a ser a referência para o SUS. Essa proposta surge com o objetivo de reverter a atenção hospitalar e especializada para um modelo baseado na comunidade, resolutivo e com custos compatíveis com a capacidade de poupança da sociedade brasileira (Campos & Baduy, 1999). Assim, desde 1994, o PSF passou a ser considerado uma das principais mudanças estruturais realizadas pelo Ministério da Saúde (MS). É a estratégia prioritária do governo federal na área da saúde, assumida como eixo estruturante da atenção básica no Brasil (Souza, 2000). Com isso, o MS tornou efetivo o incentivo à atenção básica em saúde, destinando mais recursos, implementando a descentralização e promovendo a equidade.

O número de municípios que recebem recursos diretamente do MS cresce ano a ano, assim como as equipes de saúde da família, passando de

328 equipes em 1994, para 3.201 em junho de 1999 (Negri, 2000). Em maio de 2002, o PSF atingiu o marco histórico de 50 milhões de brasileiros sob acompanhamento de 15.201 equipes (Negri, 2002).

Essa estratégia de organização, além de parecer ser realmente uma nova forma de ver e trabalhar com a saúde, vem demonstrando capacidade de aumentar a resolutividade dos serviços, diminuindo a procura por serviços hospitalares e promovendo a melhoria nos indicadores de saúde, nas cidades brasileiras onde está atuante (Gil & Campos, 2000). No entanto, uma das dificuldades importantes para sua consolidação e ampliação é a inexistência de profissionais formados com o perfil, competências e habilidades necessárias para sua efetiva implementação.

Para tentar minimizar essa questão, o MS instituiu os Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal para Saúde da Família (Pólos/SF). Os Pólos/SF são considerados espaços de articulação de uma ou mais instituições voltadas para a formação e educação permanente de recursos humanos em saúde (Piancastelli, 2001). Assim, os Pólos/SF têm como tarefa a reconversão dos profissionais já atuantes no mercado, além de possibilitar ações estratégicas junto às instituições de ensino superior, buscando incentivar mudanças na formação acadêmica (Oficina, 2001).

Dessa forma, o desafio colocado no contexto da organização da atenção básica é a qualificação de recursos humanos para a gestão e implementação do novo modelo assistencial. Esse desafio não é novo. Antes mesmo que o modelo de atenção integral à saúde fosse considerado prioridade de governo, Chaves (apud Almeida, 1999b), já introduzira a discussão sobre a necessidade de novos paradigmas no campo da saúde, apresentando uma proposta de mudanças nos modelos de ensino dos profissionais e na prestação de serviços de saúde.

Os RHS, reconhecidos como um “conjunto de agentes capazes de desenvolverem ações de saúde, sejam as de promoção, proteção, recuperação ou reabilitação” (Paim, 1994, p. 3), são responsáveis pela manutenção de uma organização produtiva e pelo processo de transformação do modelo assistencial e da prática sanitária vigente, além de buscarem oferecer um serviço com todos os princípios e diretrizes propostos pelo SUS, colaborando, assim, com sua construção (Sakai et al., 2001).

É importante entendê-los como sujeitos/agentes do processo de mudança, resgatando o conceito de sujeito, definido por L'abbate (1994, apud Almeida, 1999b, p. 3)

como uma pessoa em busca de autonomia, disposta a correr riscos, a abrir-se ao novo (...) e na perspectiva de ser alguém capaz de perceber seu papel pessoal/profissional/social diante dos desafios colocados a cada momento e assumindo-se como um ser engajado e responsável pelo que se passa ao seu redor.

Considerando-os sujeitos do processo de transformação das práticas vigentes, e que "se por um lado, as coisas ou as estruturas determinam a vida das pessoas, por outro lado, são estas mesmas pessoas que constroem as coisas, as normas, os valores, as estruturas" (Campos apud Almeida, 1999b, p. 4), a busca por este sujeito capaz de transformar e inovar torna-se essencial ao processo.

Na discussão sobre RHS, há o predomínio de enfoque na sua formação/capacitação sobre outros destaques como mercado de trabalho, estrutura ocupacional, dinâmica da força de trabalho, entre outros (Paim, 1994). A formação dos profissionais de saúde, até então estruturada sob um modelo pedagógico com uma visão fragmentada, voltada para uma formação tecnicista e especializada, com o ensino baseado na transmissão do conhecimento, tendo o professor como principal fonte de informação e o aluno como sujeito passivo nesse processo, torna-se obsoleta e ineficaz diante das transformações ocorridas e por ocorrer no setor saúde (Ivama; Batista & Silva, 1997).

A Reforma Sanitária Brasileira, a construção do SUS, a democratização e a mudança no modelo de atenção à saúde, no qual se assume uma concepção mais ampla da saúde, clamam por profissionais capazes de atuar nessa perspectiva de trabalho. Assim, o que se busca são profissionais capazes de resolver problemas de forma criativa, valorizando a ação-reflexão-ação, numa construção ativa do conhecimento. O modelo pedagógico deve permitir que professor e aluno sejam capazes de interagir na realidade, rompendo com a estrutura de ensino academicista centrado no professor e sua fragmentação do conhecimento (Ivama; Batista & Silva, 1997).

A necessidade de mudanças na formação de recursos humanos, antiga discussão nas universidades, ganha importância em congressos, reuniões e conferências de saúde, como fator importante para a efetivação do SUS.

Outro fator importante e recorrente é a necessidade de cuidar da formação desses profissionais por meio de uma articulação contínua entre universidade, serviços e comunidade. Essa articulação deve ocorrer desde a implantação de novos cursos, considerando as demandas de cada região, passando pela discussão dos conteúdos a serem trabalhados, até a responsabilidade pela capacitação continuada dos profissionais após a graduação, ou seja, do início do processo de formação ao infinito.

A UNIVERSIDADE: seu papel como aparelho formador e seus movimentos de mudança

As universidades passaram a enfrentar o desafio, por meio da mudança nos currículos dos cursos da área da saúde, e com um modelo pedagógico que permita ao aluno ser um sujeito ativo do seu aprendizado, de rever seu papel na formação dos profissionais de saúde. Trata-se de uma reforma que deve modificar a consciência e a abordagem dos profissionais de saúde em suas ações mais do que uma reorganização do sistema de serviços de saúde (Santana; Campos & Sena, 1999).

De fato, esse processo mostrou alguns passos iniciais já na década de 1980, palco de várias tentativas e propostas de reformulação das políticas sociais em todos os setores. Nesse contexto, emergiram as propostas de Integração Docente Assistencial – IDA, buscando quebrar a resistência dos estudantes à abordagem epidemiológica e social. Sua exposição precoce e oportuna à realidade sanitária, por meio, principalmente, de atividades de extensão como visitas a áreas periféricas ou rurais, vinculadas às instituições acadêmicas, foi uma das práticas adotadas (Santana; Campos & Sena, 1999).

Uma pesquisa realizada por Marsiglia (1995), avaliando os 10 anos de existência da Rede IDA no Brasil verificou que, na maioria das experiências (41,7%), ocorreram nas universidades mudanças no modelo de ensino, currículo, integração, relação aluno/paciente, capacitação docente, entre outras. As mudanças nos serviços e na comunidade ocorreram em menor proporção. Desse modo, sua concepção foi considerada limitada, pois a presença da comunidade como membro efetivo do processo foi pouco influente, tendo sua participação inserida somente como usuária do serviço.

A partir disso, no início dos anos 90, surgiu o Programa UNI: “Uma Nova Iniciativa na Educação dos Profissionais da Saúde: União com a Comunidade”, apoiado pela Fundação Kellogg na América Latina. Seu principal objetivo era o desenvolvimento de estratégias para intensificar o necessário processo de mudança na formação dos profissionais de saúde. A condição para o desenvolvimento do programa era que as propostas fossem construídas em articulação entre universidade, serviços de saúde e organizações comunitárias, visando a superar as dificuldades enfrentadas na proposta IDA. Essa parceria deve ser considerada como uma modalidade de co-gestão do processo de trabalho colaborativo, em que os sócios compartilham poderes, saberes e recursos (Feuerwerker, 2000).

O programa teve novas dimensões, não se caracterizando por uma continuação das experiências anteriores. Ao todo, foram implantados 23 projetos na América Latina e no Caribe. No Brasil, ele se desenvolveu nas cidades de Londrina/PR, Botucatu/SP, Marília/SP, Brasília/DF, Salvador/BA e Natal/RN.

Após uma década, observa-se, em maior e menor grau de profundidade, mudanças nos três parceiros do projeto. Na academia, houve diversificação de cenários, incorporação de novos sujeitos no processo de ensino, práticas multiprofissionais e metodologias ativas. Nos serviços, houve aumento de cobertura e na qualidade da atenção prestada, crescimento das atividades de promoção e prevenção, capacitação profissional e participação ativa no processo de formação profissional. A comunidade dessa vez participou ativamente do processo, com o fortalecimento de suas organizações, desenvolvimento de capacidades e autonomia de trabalho, e um conceito ampliado de saúde (Feuerwerker, 2000).

A Rede IDA e os Projetos UNI foram exemplos, utilizados pelas universidades, dos movimentos para a mudança na formação dos profissionais de saúde, como estratégias para responder à crescente insatisfação dos serviços para com os profissionais formados não condizentes com a nova realidade do sistema.

Em 1997, um novo movimento passou a investir na elaboração de propostas inovadoras para a formação e desenvolvimento dos profissionais de saúde, conhecido como Rede UNIDA. A Rede UNIDA surgiu da proposta de associação dos participantes dos projetos UNI e da Rede IDA, e tem sido um ator social presente e ativo no cenário nacional, quando o tema é formação e capacitação de

RHS. É um movimento social que reúne pessoas, projetos e instituições comprometidos com os movimentos de mudanças na formação e desenvolvimento dos profissionais de saúde, e na construção de um sistema de saúde equitativo e eficaz com forte participação social. É concebido como um espaço onde se podem trocar e divulgar experiências de articulação entre universidade, instituições de ensino e pesquisa, serviços e comunidade (Feuerwerker et al., 2000).

Pretende-se, por meio do trabalho em rede, potencializar a capacidade de produzir mudanças, especialmente se elas forem construídas a partir do saber e do poder compartilhados, transformando esforços isolados em movimentos articulados, com muito maior potencial de ação.

O IV Congresso Nacional da Rede UNIDA, realizado em outubro de 2001, teve como tema central “Impulsionar movimentos de mudanças na formação e desenvolvimento de profissionais de saúde para o SUS”. O evento conseguiu reunir autoridades, lideranças e atores sociais mais expressivos e dinâmicos do campo da formação e desenvolvimento de RHS. Em sua plenária de encerramento, as conclusões dos trabalhos reforçaram todas as discussões daqueles que trabalham pela mudança na formação dos profissionais de saúde. A articulação entre universidade, serviços de saúde e comunidade é de fundamental importância para que se concretizem as orientações colocadas nas diretrizes curriculares, e para a reorientação do modelo de atenção à saúde, necessitando de ações estratégicas para favorecer e ampliar sua implementação (Congresso Nacional da Rede Unida, 2001).

A reconstrução do ensino das profissões de saúde é tarefa nobre para os atores comprometidos com um sistema mais coerente com as necessidades da população, e se encontra num cenário favorável à sua realização. Nesse cenário, é que algumas universidades, diante dos vários movimentos da Rede UNIDA e do MEC com as novas diretrizes curriculares aprovadas para os cursos da área da saúde, assumem seu importante papel como aparelho formador, desenvolvendo o processo de mudança curricular, num movimento que busca renovar a formação dos profissionais de saúde no Brasil.

Nas várias áreas profissionais há movimentos mais ou menos organizados de problematização e mudança na formação acadêmica. Na área da saúde, por exemplo, surge a Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico (CINAEM), movimento que aglutina e concentra esforços de análise crítica e proposição de mudança do ensino de graduação em Medicina.

A Lei nº 9.394 de 20 de dezembro de 1996 (LDB) extingue o currículo mínimo e estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. A característica principal dessa lei é a flexibilização dos currículos de graduação, ultrapassando o modelo anterior cuja ênfase estava nas disciplinas e cargas horárias. A partir dela, muitos processos de mudança na formação de RHS foram iniciados (Brasil, 1996).

Alguns cursos de graduação deram início aos seus processos de transformação, não só respondendo às novas diretrizes curriculares mas também atendendo às necessidades do setor saúde no Brasil. O Paraná caracteriza-se como um dos estados com o maior número de experiências nessa área, podendo-se citar como exemplos os processos ocorridos nos cursos de medicina e enfermagem da Universidade Estadual de Londrina (UEL), os cursos da área da saúde da Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR) – biologia, enfermagem, farmácia e bioquímica, fisioterapia, fonoaudiologia, medicina, nutrição, odontologia e psicologia –, e o curso de Odontologia da Universidade Estadual de Maringá (UEM), esse último considerado o processo inovador mais antigo no Estado.

Em todos esses cursos foram iniciados o processo de implantação de mudanças curriculares e metodológicas importantes para melhoria da qualidade do ensino-aprendizagem. Mesmo quando se trata da adoção de metodologias semelhantes, cada experiência relatada é única, pois cada processo de mudança responde a características de contexto, de história, de correlação de forças específicas. Existem pontos comuns em todas as experiências: todos precisaram e precisam passar por processos de capacitação do corpo docente diante das novas metodologias de ensino adotadas.

Muitos avanços já foram alcançados, como a união entre os professores do básico e do clínico, a criação de novos cenários de ensino, o desenvolvimento de um processo ativo de aprendizagem. No entanto, sempre que avanços são conquistados, novas dificuldades se interpõem. A resistência à mudança é comum em todos os processos inovadores. O medo do desconhecido, do novo que está por vir, além dos entraves burocráticos e as carências estruturais, são dificuldades comumente apontadas pelos atores dessas mudanças. Afinal, da estrutura física até as pessoas envolvidas no processo, tudo precisa ser (re)adaptado às novas condições de ensino e aprendizagem.

Nunca houve uma conjuntura tão favorável às mudanças como agora. Portanto, o processo não pode parar. É preciso agir de forma organizada para potencializar possibilidades, neutralizar resistências e orientar o processo no sentido de contribuir efetivamente para a mudança no sistema de saúde do País (O Movimento, 2000). Assim, a Fisioterapia, como profissão da área da saúde, também precisa fazer parte desse processo. Para isso, faz-se necessário verificar como está se desenvolvendo sua formação acadêmica, pois é nela que se busca formar profissionais socialmente comprometidos com a sua realidade.

E A FISIOTERAPIA, POR ONDE ANDA?

Até 1969, ano de regulamentação da profissão, existiam seis escolas de reabilitação para a formação de fisioterapeutas no país. Nos doze anos seguintes, entre 1969 a 1981, período em que houve uma explosão comercial do ensino superior no Brasil, foram registrados aproximadamente quatorze novos cursos de fisioterapia (Sanchez, 1984), representando uma média de pouco mais de um curso por ano. É importante lembrar que os seis primeiros cursos existentes estavam situados em escolas de reabilitação, vinculando fortemente o trabalho da Fisioterapia às atividades de recuperação e reabilitação.

Em 1984, o número de cursos de graduação em Fisioterapia subiu para 22, distribuídos nos estados de São Paulo, Rio de Janeiro, Ceará, Paraíba, Minas Gerais, Bahia, Pernambuco e Paraná (Rebelatto & Botomé, 1999). Nesse curto período de quatro anos (1981-1984), a média foi de dois novos cursos por ano. Antes da LDB/96, existiam aproximadamente sessenta cursos de fisioterapia no território nacional. Nesse intervalo de doze anos, portanto (1984-1996), a média foi de quatro novos cursos por ano. Com o advento da nova Lei, e a ausência de sua regulamentação, houve um lapso de tempo, de dezembro a abril, quando o MEC homologou todos os cursos abertos pelas novas universidades. Esse fato ocorreu à revelia da análise da necessidade social que era realizada pelo Conselho Nacional de Saúde (Carneiro, [199-]).

Assim, em 1998, o país já contava com 115 cursos de fisioterapia mantidos por Instituições de Ensino Superior (IES). Essa situação é resultado de uma média de dezoito novos cursos por ano, no período de 1996 a 1998 (Ferraz, 1999).

Em 2002, segundo dados do INEP, são 249 cursos de graduação em Fisioterapia distribuídos nas cinco regiões brasileiras. A Região Sudeste possui 156 (63%); a Sul, 44 (18%); a Nordeste, 26 (10%); a Centro Oeste, 15 (6%) e a Norte, 8 (3%). Com relação a esse número, cabe ressaltar que nem todos os cursos foram reconhecidos pelo MEC, visto que muitos estão em processo de implantação ou reconhecimento, com turmas ainda nos primeiros anos.

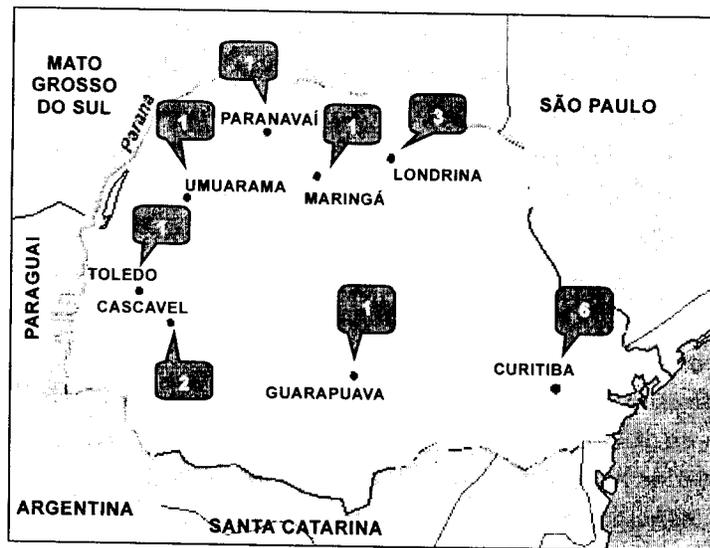
O Paraná possui 23 cursos de graduação em Fisioterapia, representando mais da metade (52%) dos cursos existentes na região Sul do país. Na Figura 1, está representada a distribuição espacial desses cursos no estado. O primeiro curso implantado no Estado foi o da UEL, em 1979, por meio da Portaria nº 11.365. O segundo curso iniciado foi o da PUC-PR, implantado em 1980, por meio da Ata nº 93/79. Um ano após, a Universidade Tuiuti do Paraná (UTP), em Curitiba, iniciou seu curso de fisioterapia.

Durante dezoito anos, de 1979 a 1997, os cursos de fisioterapia da UEL, da PUC-PR e da UTP eram os únicos existentes no Paraná. Em cinco anos, de 1997 a 2002, o número de cursos cresceu mais de 700%, seguindo a tendência nacional, passando de três para vinte e três. Foram implantados dois cursos em 1997, dois em 1998, três em 1999, quatro em 2000, dois em 2001 e sete em 2002. Observa-se que todos os novos cursos iniciaram suas atividades após a LDB/96, na qual já se discutiam novos rumos para a formação superior.

Apesar disso, a análise das grades curriculares dos novos cursos permite verificar que todas estão concebidas com base no Currículo Mínimo, obedecendo à Resolução nº 4/83, que agrupa as disciplinas em matérias básicas, pré-profissionalizantes e profissionalizantes. Tal fato poderia ser justificado considerando-se que as diretrizes curriculares para os cursos de fisioterapia passavam por um processo de elaboração e discussão.

No entanto, a necessidade de mudança nos modelos de ensino dos profissionais fisioterapeutas já existia, no intuito de buscar-se a formação de um profissional adequado à realidade contemporânea. Conseqüentemente, os novos cursos iniciados a partir de propostas antigas acabam por reforçar a tendência do ensino superior em Fisioterapia de valorização do individual, da terapêutica, da especialidade e da utilização de métodos e técnicas sofisticadas. As práticas e os estágios ainda têm um caráter predominantemente clínico e limitado a locais de atendimento em níveis secundário e terciário de atenção à saúde.

FIGURA 1 – DISTRIBUIÇÃO DOS CURSOS DE FISIOTERAPIA NO ESTADO DO PARANÁ EM 2002



O primeiro documento que estabeleceu um currículo mínimo necessário à formação do fisioterapeuta foi a Portaria Ministerial nº 511/64, em que o profissional ainda era denominado técnico em Fisioterapia (Rebelatto; Botomé, 1999). Essa Portaria foi substituída pela Resolução nº 4/83, do CFE, que estabeleceu as normas de funcionamento dos cursos de graduação em Fisioterapia com a aprovação do “Currículo Mínimo para a formação de fisioterapeutas” (Brasil, Ministério da Educação, 1983).

Interessante salientar o artigo 5º, no item *d* desse documento. Esse item previu o desenvolvimento de uma disciplina denominada “Fisioterapia aplicada às condições sanitárias; compreendendo: fisioterapia preventiva”. Pela primeira vez, dentro de um currículo para a formação do fisioterapeuta, existiu a possibilidade de atuação numa área ainda não explorada, a prevenção, mesmo que numa proporção pouco expressiva se comparada às áreas curativas e reabilitadoras. Durante 13 anos, foi esse documento que regulamentou os currículos vigentes das instituições de ensino de Fisioterapia no Brasil. Nele, a ênfase maior, tanto nas disciplinas como nos estágios curriculares, foi para atividades relacionadas à cura e reabilitação, restringindo, assim, o campo de trabalho profissional.

A aprovação da Lei nº 9.394 de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) e a proposta de autonomia tornaram-se importantes e indispensáveis para o processo de transformação das universidades no país, uma vez que previu-se a flexibilização dos currículos de graduação, ultrapassando o modelo de currículos mínimos, já que essa prática dificultava a implementação de projetos pedagógicos inovadores (Utyama & Martins, 1999). Portanto, esse era o momento de transição entre o currículo mínimo vigente a ser extinto, e a discussão e elaboração das diretrizes curriculares para os cursos universitários.

O processo de elaboração das Diretrizes Curriculares (DDCC) foi desencadeado pelo Edital nº 4/97 da SESu/MEC, que convocou as IES a apresentarem propostas para as DDCC dos cursos superiores, formuladas pelas Comissões de Especialistas de Ensino compostas pela SESu/MEC (Brasil, Ministério da Educação e do Desporto, 1997). Na área da saúde, foi importante considerar o conceito de saúde e os princípios e diretrizes do SUS como elementos fundamentais a serem enfatizados articulando-se à Educação Superior e a Saúde.

A Comissão de Especialistas de Ensino de Fisioterapia (CEEFisio) foi a responsável pela formulação de uma proposta de Diretrizes Curriculares para os cursos de fisioterapia no país. A Resolução CNE/CES nº 4, de 19 de fevereiro de 2002, publicada no Diário Oficial da União em 4 de março de 2002, instituiu as DDCC Nacionais do Curso de Graduação em Fisioterapia, a serem observadas na organização curricular das IES do País (Brasil, Conselho Nacional de Educação, 2002).

Com base nesse processo e com o fito de atender ao modelo de atenção integral à saúde, em especial à saúde da família, a formação do fisioterapeuta deve estar vinculada à realidade das condições de vida e de saúde da população. No entanto, considerando-se o contexto da profissão de fisioterapeuta, seu forte vínculo desde o início com atividades predominantemente curativas e reabilitadoras, será possível reverter esse processo? Como fazerem-se cumprir as exigências do sistema de saúde e das diretrizes curriculares para o curso de graduação em fisioterapia, que buscam e esperam um profissional apto a atuar em todos os níveis de atenção à saúde?

Na expectativa de responder a essas questões, já é possível observar-se vários exemplos de IES que, independente da consagração das DDCC,

fundamentavam a formação de seus profissionais em princípios semelhantes aos estabelecidos por elas. São exemplos como a Universidade Federal da Paraíba (UFPB) e a Faculdade de Fisioterapia da Fundação Educacional de Caratinga, Minas Gerais (Estágio... , 2001), entre outros, que indicam ser possível a formação de um profissional comprometido com a realidade social e com competências necessárias para atuar no sistema de saúde do país. A preocupação com uma ampla visão do trabalho da Fisioterapia vem aumentando progressivamente nas IES. No entanto, ainda existe um grande predomínio das atividades nos níveis de atenção secundário e terciário, concentrando a maior parte dos estágios e das práticas em ambientes ambulatoriais e hospitalares. Tal prática não condiz com o modelo de atenção integral à saúde almejado pelo sistema de saúde no Brasil.

Se, por um lado, é motivador constatar exemplos de ações descentralizadas da Fisioterapia em uma perspectiva multiprofissional, por outro, é decepcionante verificar a pequena participação do profissional no sistema público de saúde. Assim como os médicos e enfermeiros, que há muito lutam pela Saúde Pública e pela construção do SUS no país, pela conquista de seus espaços e da possibilidade de trabalho em programas como o PSF, a Fisioterapia também deve conquistar esse campo de atuação.

Para se atingir a conquista por uma Fisioterapia Sanitária, deve-se considerar a possibilidade de capacitação dos profissionais já atuantes no mercado, a fim de que estejam aptos a desenvolver ações num modelo de atenção integral à saúde. Além disso, é cada vez mais necessário e urgente o envolvimento do fisioterapeuta nas discussões e na construção do setor saúde no Brasil, efetivando-se como profissional de saúde que de fato é. No entanto, essa conscientização deve começar já na sua formação, por meio do compromisso assumido pelas IES em formar futuros profissionais comprometidos com a realidade social. A partir dessa reflexão, por onde anda a Fisioterapia? E, mais especificamente, por onde anda a Fisioterapia no Paraná?

A FORMAÇÃO ACADÊMICA EM FISIOTERAPIA NO PARANÁ

Diante das questões apresentadas anteriormente, o objetivo do estudo foi verificar a adequação da formação do fisioterapeuta nos cursos existentes

no Estado do Paraná, no que tange aos conceitos contemporâneos de saúde, e à inserção desse profissional no Sistema Único de Saúde, sob a ótica dos atores responsáveis por essa formação. Visando a responder-se ao objetivo proposto pelo estudo, optou-se pelo desenvolvimento de um método de pesquisa qualitativa. Dentre os métodos possíveis em pesquisa qualitativa, o que mais se adequou aos objetivos desta investigação foi o denominado estudo de caso, que tem por finalidade aprofundar a descrição e análise de fatos e fenômenos de uma determinada realidade (Triviños, 1990).

O universo da pesquisa foi constituído pelos cursos de fisioterapia existentes no Paraná, mantidos pelas IES de natureza jurídica pública ou privada. Em virtude do número crescente da oferta de cursos de fisioterapia pelas IES do Paraná, observado a partir de 1997, e para delimitar a população de estudo, foram incluídos na pesquisa os cursos recém-implantados, somente se já estivessem com turmas no último ano em 2001, ano de realização da coleta de dados. Esse critério de inclusão foi estabelecido por se considerar que um curso com o último ano implantado, ou em implantação, apresentaria dados e documentos mais completos, principalmente no que diz respeito aos campos de estágios desenvolvidos pelos alunos, já que essa prática ocorre no último ano de curso na maioria das IES.

Considerando o critério de inclusão estabelecido, a população da pesquisa ficou limitada a sete cursos, dentre os 23 existentes no Estado do Paraná, em 2002. Dos sete cursos em estudo, somente um é mantido por uma IES pública. Os demais são mantidos por IES de natureza jurídica privada. Outro dado relevante foi que três deles eram cursos mais antigos com, no mínimo, vinte anos de implantação e com alguns processos de reforma curricular já realizados. Os outros quatro cursos foram implantados a partir de 1997, o ano seguinte à aprovação da LDB. Mesmo reconhecendo que a abordagem qualitativa não se preocupa exclusivamente com a representatividade numérica da amostra da pesquisa, cabe ressaltar que a população constituída a partir do critério de inclusão pôde ser considerada representativa do universo da pesquisa, já que incluiu desde o primeiro curso implantado até o mais recente, em fase final de implantação.

A entrevista semi-estrutura foi a técnica escolhida para a coleta de dados, pois, além de valorizar a presença do investigador, também oferece todas as perspectivas possíveis para que o informante alcance a liberdade e a

espontaneidade necessárias, enriquecendo a investigação (Triviños, 1990). O roteiro de entrevista foi elaborado com o fito de obterem-se informações necessárias a partir dos objetivos propostos pela pesquisa, com vistas a, num primeiro momento, reunirem-se dados relevantes sobre a formação do fisioterapeuta nos cursos pesquisados e, a partir disso, sua possível relação com a reforma do setor saúde no país.

Para a seleção dos entrevistados, foram utilizados os seguintes critérios, citados por Melchior (2002): a representatividade, optando-se por sujeitos que pudessem ser mais representativos dentro do curso e que tivessem autoridade para disponibilizar informações e documentos necessários para a pesquisa; a disponibilidade do entrevistado, verificada nos contatos estabelecidos com ele, e a acessibilidade do entrevistado e da pesquisadora ao local da entrevista. Por essa razão, optou-se pela seleção dos coordenadores dos cursos de fisioterapia incluídos na pesquisa, considerando-os sujeitos que preencheriam os referidos critérios.

Além da entrevista, a cada coordenador foram solicitados os seguintes documentos: projetos pedagógicos, constando perfil profissional e grade curricular com distribuição de carga horária das disciplinas, além dos planos de ensino das disciplinas de Fisioterapia Preventiva e Fisioterapia em Saúde Pública, quando presentes na grade curricular. A solicitação desses documentos foi importante por serem rica fonte de dados para o estudo sobre a formação acadêmica dos cursos pesquisados, a partir de uma análise documental por meio da técnica de análise estabelecida pela pesquisa. Dos sete cursos, somente um não pôde disponibilizar seu projeto pedagógico, uma vez que se encontrava em processo de elaboração, em virtude das reformas metodológica e curricular pelas quais passava.

Para a análise dos dados coletados, a técnica escolhida foi a análise de conteúdo (Bardin, 1979; Triviños, 1990). Entre as diversas formas de se trabalhar com a análise de conteúdo, a forma utilizada foi a análise por categorias. Alguns documentos foram essenciais para o estabelecimento de parâmetros de análise com o material coletado, sobretudo os projetos pedagógicos dos cursos. Eles foram utilizados porque são referências básicas para a criação de novos cursos de fisioterapia e para a formação de profissionais de saúde. São eles: Constituição Federal de 1988, Seção II (Brasil, 1988, p. 84-85); Padrão Mínimo de Qualidade para cursos de fisioterapia (Brasil, Minis-

tério da Educação e do Desporto, 1998a); Roteiro de Verificação para reconhecimento do curso de graduação em fisioterapia (Brasil, Ministério da Educação e do Desporto, 1998b); Resolução CNE/CES nº 4/02 (Brasil, Conselho Nacional de Educação, 2002).

Foram estabelecidas as seguintes categorias para tornar possível o trabalho de análise desta pesquisa: conceitos de saúde estabelecidos pela Constituição Federal de 1988; perfil profissional; níveis de atenção à saúde; campos de estágio curricular oferecidos e a inserção do fisioterapeuta no Sistema Único de Saúde. A análise temática do material obtido pela coleta de dados proporcionou um conjunto de informações necessárias para a apresentação dos resultados e respectiva discussão. Aliado a isso, as categorias de análise estabelecidas foram referências básicas que asseguraram o alcance dos objetivos propostos pela pesquisa, conforme o que se segue.

EM BUSCA DO PERFIL PROFISSIONAL NECESSÁRIO

O perfil profissional necessário à realidade contemporânea e ao sistema de saúde em construção, foi definido no Artigo 3º, da Resolução CNE/CES nº 4/02. Em linhas gerais, determinou-se que os cursos de fisioterapia devem assegurar ao profissional fisioterapeuta uma **formação generalista, humanista, crítica e reflexiva**, capacitando-o a **atuar em todos os níveis de atenção à saúde**. Do mesmo modo, deve deter visão ampla e global, respeitando os princípios éticos/bioéticos, e culturais **do indivíduo e da coletividade**. Além disso, o Artigo 4º determina que a formação acadêmica deve possibilitar competências e habilidades para desenvolver ações desde a promoção da saúde até a reabilitação.

A fim de ser verificado se os cursos pesquisados estão de acordo com essa Resolução, foram avaliados os projetos pedagógicos, em que se define o perfil profissional almejado por cada instituição. Os resultados encontrados estão sistematizados no Quadro 1. Além disso, os entrevistados foram questionados sobre o assunto, podendo assim verificar-se se o que foi determinado no projeto pedagógico estava ocorrendo de fato na prática acadêmica.

QUADRO 1 – QUADRO COMPARATIVO ENTRE O PERFIL PROFISSIONAL DETERMINADO PELA RESOLUÇÃO CNE/CES Nº 4/02, E O PERFIL PROFISSIONAL ESTABELECIDO NOS PLANOS PEDAGÓGICOS DOS CURSOS PESQUISADOS

Curso	Aspectos da resolução	Formação de profissional generalista	Atuação em todos os níveis de atenção à saúde	Atendimento individual e coletivo
1		Contempla	Contempla todos os níveis	Enfoque no indivíduo
2		Contempla	Sem definição objetiva	Enfoque no indivíduo
3		Contempla	Contempla todos os níveis	Sem definição objetiva
4		Visão holística	Ações preventivas e terapêuticas	Enfoque no indivíduo
5		Visão holística	Ações preventivas e terapêuticas	Enfoque no indivíduo
6		Contempla	Sem definição objetiva	Contempla ambos
7		Não pesquisado	Não pesquisado	Não pesquisado

Fonte: Projetos Pedagógicos dos cursos pesquisados, datados de 2001.

Com relação à formação de um profissional generalista, quatro cursos (57%) contemplam esse aspecto no perfil profissional definido em seus respectivos projetos pedagógicos. Dois deles (28,5%) enfatizam a visão holística do indivíduo. Entretanto, ter um perfil profissional generalista no seu projeto pedagógico não necessariamente garante sua aplicação na prática acadêmica. Porém, pode ser o primeiro passo para sua conquista, pois de acordo com Almeida (apud Ivama; Batista & Silva, 1999, p. 37) é por meio do projeto pedagógico de um curso que “se obtém um diagnóstico de sua realidade e a expressão da sua qualidade, além de explicitar claramente o profissional que se pretende formar”.

Verifica-se também a forte disposição em direcionar o trabalho da Fisioterapia, de forma generalista ou holística, ao indivíduo, com quase nenhuma menção sobre o trabalho com a coletividade. O Quadro 1 mostra que 57% dos cursos enfatizam em seus perfis profissionais, o trabalho centrado no indivíduo. Somente um curso (14%) busca orientar, além do trabalho

individual, uma ação comunitária e social. Um curso (14%) não possui uma definição objetiva sobre esse aspecto. Com relação a esse aspecto, Costa Neto (2000, p. 9) diz que “a formação nas áreas de saúde vem passando por um momento de preocupação com os aspectos sociais”. Dessa forma, como pensar em trabalhar com a saúde centrada somente no indivíduo, sem contextualizá-lo em sua realidade? Tal prática também deve ocorrer, porém não em detrimento das medidas coletivas como as ações relacionadas à promoção da saúde.

Buscando-se conhecer a realidade prática das referências encontradas nos projetos pedagógicos dos cursos, verificou-se que todos os entrevistados, em suas falas, alegam garantir uma formação generalista, considerando-a como o conhecimento em todas as especialidades. Assim, a preocupação dos cursos é oferecer ao aluno uma experiência em todas as áreas possíveis de atuação do fisioterapeuta. Em algumas falas, essas áreas de atuação são identificadas como locais de trabalho, ou seja, hospitais, clínicas, creches, asilos, entre outros. Em outras, são referidas como as áreas especializadas de atuação profissional: ortopedia, cardiologia, pneumologia e neurologia, principalmente. Essa preocupação se justifica, segundo Rebellatto (1998), em virtude de as IES se caracterizarem pela produção de conhecimento. Por esse motivo, a probabilidade de encontrarem-se dados relativos numa diversificação de tipos ou formas de assistência é maior, pois é nesse espaço que se desenvolve a aprendizagem dos futuros profissionais.

Ainda assim, não é possível verificar-se se essa formação generalista está ocorrendo de fato, pois as falas não explicitam atuação em áreas como a saúde pública, por exemplo. As atividades relacionadas ao atendimento individual e coletivo também não foram mencionadas ou diferenciadas nas falas. Ou seja, a formação acadêmica parece continuar concentrando suas práticas no indivíduo com enfoque especializado, em áreas como ortopedia, neurologia, pneumologia, entre outras.

APTO A ATUAR NOS TRÊS NÍVEIS DE ATENÇÃO À SAÚDE

O profissional necessário ao SUS em construção no país deve ser capaz de atuar em todas as áreas e nos níveis primário, secundário e terciário de atenção à saúde, obedecendo assim, ao Artigo 4º da Resolução CNE/CES

nº 4/02. Cabe a esse profissional desenvolver ações de promoção, proteção, prevenção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo. Portanto, cumpre à formação acadêmica oferecer oportunidades de práticas profissionais em todas as áreas e nos diferentes níveis de atenção à saúde. Nesse aspecto, três falas informam que o nível primário de atenção à saúde não está contemplado na formação acadêmica, porém, todos reconhecem essa necessidade. A importância do enfoque em todos os níveis de atenção à saúde é sentida em todos os depoimentos.

Assim, existe ainda a necessidade de incorporação de práticas profissionais que atinjam todos os níveis de atenção à saúde, principalmente a atenção primária, até então distante da realidade do fisioterapeuta. Pode ser considerado um processo em desenvolvimento, em maior ou menor profundidade, nos cursos pesquisados. Porém, é um processo que ainda não consegue distribuir as ações nos três níveis de forma equilibrada, podendo ser constatado nos campos de estágio curricular oferecidos por esses cursos.

A PARTIR DOS CAMPOS DE ESTÁGIO CURRICULAR OFERECIDOS E SUAS RESPECTIVAS PRÁTICAS

Os campos de estágio curricular são considerados os espaços, dentro da grade curricular, em que o aluno desenvolve sua futura prática profissional, relacionando-a com o conhecimento teórico adquirido. Por essa razão, esses espaços devem assegurar a realização de práticas diversificadas, tanto com relação ao seu local, quanto com as atividades neles desenvolvidas. Para estarem de acordo com o Artigo 7º da Resolução CNE/CES nº 4/02, os cursos de graduação em Fisioterapia devem oferecer campos de estágio supervisionado em nível ambulatorial, hospitalar, comunitário/unidades básicas de saúde, entre outros. Além disso, as práticas curriculares desenvolvidas devem ser igualmente distribuídas nos três níveis de atenção à saúde.

As grades curriculares dos sete cursos pesquisados demonstram que somente um divide a carga horária de estágio em anos diferentes, dispondo 250 horas no 3º ano e 780 horas no 4º ano, totalizando 1.030 horas destinadas ao estágio curricular. Os demais cursos realizam seus estágios curriculares integralmente no 4º ano. Essa prática é predominante na maioria dos cursos

de graduação em Fisioterapia, e em outros cursos da área de saúde como medicina, por exemplo, que basearam seus currículos no currículo mínimo. A divisão do conhecimento em ciclos estabelecida no currículo mínimo acarreta uma dissociação entre teoria e prática profissional, dificultando a interação entre o ensino e sua prática.

Com o objetivo de resolver essa questão, o Inciso I, Artigo 13, da Resolução CNE/CES nº 4/02, determinou que o curso de graduação em Fisioterapia deverá assegurar o desenvolvimento gradual de atividades práticas específicas da profissão desde o início do curso. Essas atividades deverão caracterizar-se por uma complexidade crescente, desde a observação até a efetiva prática assistida. Assim, deseja-se garantir um currículo com real integração entre a teoria e a prática, facilitando o processo de ensino e aprendizagem.

Ivama, Batista e Silva (1999) já discutiam o tema ao dizerem que os estágios seriam ideais se estivessem organizados de forma flexível e em complexidade crescente desde o princípio do curso, pois o papel do estágio é fundamental para tornar possível a formação do profissional delineado no projeto pedagógico de cada curso. A partir disso, todos os cursos pesquisados ainda não apresentam uma estrutura de estágio capaz de assegurar ao aluno a integração teoria e prática, um espaço para seu aprendizado permanente.

As falas sobre esse assunto foram muito importantes, pois se pôde verificar como estavam ocorrendo de fato as práticas dos estágios supervisionados. Os relatos acabam reforçando o fato de que, levando-se em conta as áreas de atuação profissional, todos os cursos são abrangentes, possibilitando estágios em várias áreas e distintos locais de realização. Porém, os três níveis de atenção à saúde não são atingidos por esses estágios, pois a maioria concentra suas atividades em clínicas, ambulatórios e hospitais. Somente um relato se reporta à prática na atenção primária à saúde. No entanto, mesmo nesse caso, não há equilíbrio das atividades desenvolvidas nos três níveis, pois a maior parte da carga horária é destinada às atividades curativas e de reabilitação.

Foi importante considerar a hipótese do desenvolvimento de ações de promoção e prevenção nos campos de estágio oferecidos, ainda que em locais como as clínicas e os ambulatórios. Para isso, questionou-se sobre as atividades desenvolvidas nesses campos de estágio. Novamente se observam, em sua maioria, atividades relacionadas à cura e reabilitação. O aluno deve avaliar o

paciente, traçar seus objetivos de tratamento e condutas fisioterapêuticas a serem realizadas para cada caso específico. Essa prática está mais centrada no desenvolvimento de habilidades relacionadas à competência clínica do profissional. Pouco se discute sobre outros aspectos como o acolhimento ao paciente, a comunicação e a ética, fatores também importantes na formação acadêmica.

Dois cursos fazem referência efetiva às atividades de estágio curricular na atenção primária à saúde. Um deles desenvolve o estágio numa unidade de saúde da cidade onde está localizado, realizando atividades de prevenção e trabalho com idosos. O outro, em consequência do processo de reforma curricular em desenvolvimento, relatou sobre uma atividade que ocorreria no semestre seguinte ao da coleta de dados, realizada no segundo semestre de 2001. Ainda assim, ressalta-se que o termo 'promoção' não é usado em fala alguma, quando essa se refere às ações no primeiro nível de atenção à saúde. Por essa razão, pode-se dizer que, apesar de contemplar a prevenção de doenças, pouco se fala de promoção da saúde, ambas atividades envolvidas na prevenção primária à saúde.

Por isso, foi importante também observar se e como os conceitos de saúde estabelecidos pela Constituição Federal de 1988, e a reorientação do modelo de atenção à saúde, estão sendo inseridos na formação acadêmica dos cursos pesquisados.

A CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988 E A FORMAÇÃO ACADÊMICA

A Reforma Sanitária Brasileira, os conceitos de saúde estabelecidos pela CF de 1988, e a construção do SUS direcionaram o trabalho no setor para um modelo de atenção integral à saúde. Por essa razão, a formação acadêmica dos profissionais de saúde deve garantir que seu produto seja capaz de agir como agente formador e transformador de idéias e ações pertinentes para a consolidação desse modelo de atenção. Esse profissional deve possuir ética e responsabilidade, estando inserido e comprometido com a realidade vigente no país.

Para garantir essa formação, os cursos de graduação na área da saúde possuem, em suas grades curriculares, disciplinas nas quais se busca conhecer todo o contexto do setor saúde no Brasil e suas nuances. Um exemplo é a

disciplina de Saúde Pública, que tem denominação variada nos currículos das IES. Elas oferecem basicamente o mesmo conteúdo programático, relacionando-o com o sistema de saúde do país. Na Fisioterapia não é diferente. Sob o aspecto da formação, embora obrigatória na formação dos profissionais de saúde, as IES não têm incluído em seus currículos a disciplina de Saúde Pública na extensão necessária à correta informação e formação acadêmica. A falta de tradição e também de compromisso social, acaba por transformar a disciplina numa excepcionalidade dentro do currículo (Menezes, 2001a).

Entretanto, pode-se considerar que os conceitos de saúde estabelecidos pela CF de 1988 e a reorganização do sistema de saúde são tópicos inseridos na formação acadêmica por meio dessa disciplina. Assim, esta pesquisa tratou de analisá-la dentro dos currículos dos cursos e também de verificar o ponto de vista dos entrevistados sobre ela, constatado nas suas falas. Todos os cursos pesquisados oferecem em seus currículos a disciplina de Saúde Pública. Somente um dos cursos pesquisados não pôde disponibilizar seu plano de ensino no momento da coleta de dados, por motivos já expostos, não possibilitando a identificação de sua ementa.

De acordo com as ementas e os conteúdos programáticos dessas disciplinas, pode-se observar uma abordagem ampla e completa do sistema de saúde vigente, pois são trabalhados tópicos como conceito de saúde, evolução da saúde pública brasileira, processo saúde-doença, epidemiologia, Reforma Sanitária Brasileira, modelos assistenciais de saúde, políticas de saúde, entre outros. A carga horária dessa disciplina comparada às demais, em quase todos os cursos, possui uma equivalência relativa, visto que a carga horária destinada à Saúde Pública é igual às cargas horárias das disciplinas clínicas, como Clínica de Neurologia, de Ortopedia, entre outras. Também se equivale às disciplinas diretamente relacionadas ao trabalho da Fisioterapia, como Cinesiologia e Cinesioterapia.

No entanto, a relatividade existe quando se verifica que somente essa disciplina tem como objetivo oferecer uma visão ampliada do conceito de saúde e do sistema de saúde vigente. As demais disciplinas são altamente especializadas, com características dicotômicas, priorizando o ensino de ações curativas e reabilitadoras. Como as outras disciplinas clínicas estão em maior número, esse fato acaba reforçando o direcionamento para as especialidades dentro da formação acadêmica.

Dos sete cursos pesquisados, em cinco deles a disciplina é ministrada por profissional não-fisioterapeuta. São médicos, enfermeiros, farmacêuticos e um engenheiro civil com mestrado em Saúde Pública. Esse detalhe em algumas falas foi visto como fator de obstáculo para o desenvolvimento do objeto de estudo da disciplina. Em outras, isso não constitui impedimento, levando-se em consideração que o profissional responsável pela disciplina possui ampla experiência e vivência no sistema de saúde vigente.

As falas também reforçam a idéia de que, como anteriormente mencionado, a falta de tradição e compromisso social acabam transformando a disciplina numa excepcionalidade dentro do curso. Ou seja, não é sentida de fato a importância dessa disciplina dentro do currículo como um todo e no perfil profissional do curso. Afinal, como relacionar os conteúdos dessa disciplina com o trabalho do fisioterapeuta? Caberia somente a essa disciplina explicitar ao aluno o papel do fisioterapeuta no SUS?

Enfim, a disciplina de Saúde Pública existe, possibilitando o espaço dentro da grade curricular onde são inseridos os novos conceitos de saúde na formação do fisioterapeuta, além de outros aspectos do setor saúde. Entretanto, a prática profissional mostra outra realidade, com uma falta de tradição e uma ausência quase completa da visão e do domínio das questões de saúde pública do País por esses profissionais. Desse modo, a forma como é tratada a saúde pública na formação acadêmica merece maior reflexão. Portanto, cabe aos cursos analisar a fundo se os objetivos propostos por essa disciplina são suficientes e se estão sendo cumpridos, ao se pretender formar um profissional apto a atuar no setor saúde do país.

Há ainda, dentro da grade curricular, a disciplina de Fisioterapia Preventiva, que está vinculada a uma atuação em nível primário, podendo-se conceber como uma ampliação do campo profissional, que busca garantir a visão de um modelo de atenção integral à saúde. Nos cursos pesquisados, essa disciplina também apresentou uma grande variabilidade na sua disposição dentro das grades curriculares. Em alguns cursos, ela foi abolida do currículo, em outros, as disciplinas de Saúde Pública e Fisioterapia Preventiva eram consideradas uma só. Analisando as ementas das disciplinas nos cursos pesquisados, observa-se que não há uma homogeneidade quanto ao seu objeto de estudo, comparativamente às ementas das disciplinas de Saúde Pública. Esse fato sugere uma certa dificuldade na definição da disciplina e dos seus objetivos dentro do currículo.

Mais interessante ainda é verificar a diversidade de assuntos abordados nos conteúdos programáticos dessas disciplinas. Os assuntos mais comuns encontrados nos planos de ensino disponíveis foram os seguintes: ergonomia, englobando a atuação da Fisioterapia Preventiva em empresas, nas lesões por esforços repetitivos (LER) e doenças ocupacionais; Fisioterapia Preventiva nos esportes; Fisioterapia Preventiva na infância, considerando as alterações posturais principalmente em escolares.

Os assuntos seguintes são abordados de modo pontual, em vários projetos pedagógicos: Fisioterapia em queimados; atuação preventiva nos efeitos deletérios da imobilidade prolongada, incluindo prevenção de úlceras de decúbito; prática de primeiros socorros; Fisioterapia nas alterações vasculares: varizes, linfedemia; Fisioterapia em Hanseníase; osteoporose; prevenção do estresse. Alguns desses assuntos parecem remeter o estudo a situações de prevenção em nível terciário, como atuação em queimados, nas alterações vasculares e na prevenção de úlceras de decúbito. Apesar de ser uma forma de atuação preventiva, não seria o caso de incluir esses tópicos em outras disciplinas que estudam de fato as patologias e suas conseqüências?

Outro fator importante é o vínculo que essa disciplina deveria possuir com a disciplina de Saúde Pública. Afinal, o conceito ampliado de saúde estabelecido pela CF de 1988 e a reorientação no modelo de atenção à saúde poderiam ser objetos principais de estudo da disciplina de Fisioterapia Preventiva, uma vez que nela se poderiam construir ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, na busca de um modelo de atenção integral à saúde. Tanto assim que, num dos cursos pesquisados, essas disciplinas são consideradas uma só. Seu conteúdo programático envolve assuntos relacionados à Saúde Pública e à Fisioterapia Preventiva.

Com relação à carga horária dessas disciplinas, a análise feita para a disciplina de Saúde Pública também cabe para essa. Sua carga horária é equivalente às cargas horárias de algumas disciplinas aplicadas do currículo, como Fisioterapia Aplicada à Ginecologia e Obstetrícia, aos Esportes, à Geriatria, à Ortopedia, entre outras.

No curso onde há a junção dos conteúdos das disciplinas de Saúde Pública e Fisioterapia Preventiva, a equivalência com as demais disciplinas aplicadas acaba sendo prejudicada. Afinal, são dois conteúdos importantes numa só disciplina. Assim, também se pode observar aqui uma equivalên-

cia relativa, já que as demais disciplinas aplicadas ao trabalho da Fisioterapia vinculam de forma considerável seus estudos e práticas profissionais às atividades de cura e reabilitação, em detrimento das atividades de promoção e prevenção.

Dois dos sete cursos pesquisados não mais possuem a disciplina de Fisioterapia Preventiva em seus currículos, alegando que os conteúdos dessa disciplina estariam incluídos em todas as disciplinas específicas da Fisioterapia. No entanto, é importante verificar se essa 'diluição' está ocorrendo de forma equilibrada nessas disciplinas, ou seja, se o professor, ao abordar determinada patologia específica, consegue trabalhar conhecimentos e práticas das ações desde a prevenção até a sua reabilitação. Dessa maneira, essa prática contribuiria de fato para a reorientação de um modelo de atenção integral à saúde.

Outro fator relatado que justificou a incorporação da disciplina de Fisioterapia Preventiva às demais disciplinas aplicadas diz respeito à dificuldade de contratação de um professor para a disciplina, alegando-se ser difícil 'ter um profissional que tenha um conhecimento amplo e generalista, capaz de ministrar essa disciplina'. Desse modo, existe uma questão a ser respondida: por que seria difícil encontrar um profissional que possua um conhecimento amplo e generalista, capaz de ministrar uma disciplina como a Fisioterapia Preventiva? Afinal, como já discutido anteriormente, são justamente 'profissionais generalistas' que o perfil profissional das IES busca formar.

Outra consideração a ser feita é relativa à incorporação dos conteúdos de prevenção por um professor com experiência profissional de características curativa e reabilitadora. Por exemplo, será que um professor responsável pela disciplina de Fisioterapia Aplicada à Pneumologia, que possua amplo conhecimento e larga experiência profissional na área hospitalar, conseguiria incorporar naturalmente ações de promoção da saúde e prevenção de doenças?

Na tentativa de responder a essa questão, cabe aqui relatar algumas conclusões de um estudo realizado por Rebelatto (1998, p. 43). Fizeram parte desse estudo professores de três IES do Estado de São Paulo, além de profissionais egressos dessas IES. Além de outras conclusões, os dados obtidos indicaram nos pesquisados a 'ausência de uma concepção adequada e consistente do que seja prevenção em Fisioterapia'. Segundo Rebelatto, isso ocorre em virtude de uma 'falta de percepção de um objeto de intervenção

próprio da profissão, em relação ao qual deve-se atuar de diversas formas, inclusive preventivamente'. Outro dado relevante é a confusão ainda existente sobre o conceito de prevenção em saúde. Muitos profissionais não conseguem diferenciar a atuação preventiva de um diagnóstico precoce ou de uma prevenção de seqüelas de uma morbidade já instalada.

Essa confusão pode ser constatada observando-se os conteúdos programáticos das disciplinas de Fisioterapia Preventiva dos cursos pesquisados. A presença de tópicos como prevenção de úlceras de decúbito ou a atuação preventiva em queimados parece remeter mais à concepção de uma prevenção de seqüelas, e não de uma ação realmente preventiva, no sentido de impedir que uma doença se instale.

Concluindo, o mesmo autor (1998, p. 46) afirma que 'uma atuação preventiva exige, mais do que os outros níveis de atuação, um conhecimento sofisticado e complexo', pois se deve considerar e trabalhar todas as variáveis determinantes da ocorrência de um problema, evitando dessa forma que ele ocorra. Assim, a questão da existência ou não dessa disciplina no currículo necessita passar, a princípio, por uma melhor definição do seu objeto de estudo e seus objetivos. Além disso, o professor responsável por ela deve garantir práticas efetivas da atuação preventiva em Fisioterapia.

Com relação à disciplina de Fisioterapia Preventiva dos cursos pesquisados, um deles fez referência a práticas que poderiam direcionar o aluno ao desenvolvimento de um trabalho preventivo. Pode-se considerar esse um bom aproveitamento da disciplina dentro do currículo com diversas atividades práticas, além do bom contato com a Secretaria Municipal de Saúde, de acordo com o relato do entrevistado. Porém, esse mesmo curso contempla apenas atividades em nível secundário e terciário em seus estágios curriculares. Ou seja, no espaço em que se realiza de fato a prática profissional, priorizam-se práticas curativas e reabilitadoras, em detrimento das ações preventivas, praticamente ignoradas.

O campo de atuação da Fisioterapia precisa ser ampliado, pois os conceitos de saúde foram ampliados na CF de 1988. Já existem momentos dentro da grade curricular para, ao menos, dar início a um processo de mudança nas práticas profissionais, buscando-se novos campos e novas abordagens. O que estaria faltando é saber utilizar adequada e produtivamente esses momentos.

A INSERÇÃO DO FISIOTERAPEUTA NO SUS SOB A ÓTICA DOS ENTREVISTADOS

Duas questões referiram-se à inserção do fisioterapeuta no sistema de saúde vigente, com o objetivo de verificar-se a opinião dos entrevistados sobre esse assunto. Numa delas, questionou-se quais seriam as ações de competência do fisioterapeuta dentro do sistema de saúde. A maioria das falas (71,4%) informa que o fisioterapeuta teria condições e, inclusive, deveria atuar em vários níveis de atenção à saúde, tomando medidas desde a promoção desta, com programas de orientações e ações preventivas, até programas de reabilitação.

Entretanto, a relação maior é do fisioterapeuta e seu trabalho, não se relacionando com o sistema de saúde. Uma das falas refere a relação desse profissional como prestador de serviços para o sistema, o que reforça o aspecto sobre o vínculo entre o fisioterapeuta e o SUS, discutido anteriormente. As falas não são de fato conclusivas. Isso porque, apesar de considerarem a possibilidade de atuação do fisioterapeuta num vasto campo dentro do sistema de saúde, algumas barreiras são colocadas, na tentativa de justificar por qual razão ele não estaria utilizando todas as possibilidades apresentadas, como nos seguintes exemplos: 'a gente não é nem reconhecido pelo sistema de saúde' ou 'o grande problema é que o fisioterapeuta não se dá conta do que ele pode fazer'.

Aparentemente, trata-se de falas que não têm ligação entre si: afinal, é o sistema de saúde que não reconhece o profissional, ou o profissional que não sabe o que fazer dentro desse sistema? Menezes (2000) trouxe à luz essa questão quando constatou a pequena participação do fisioterapeuta no sistema de saúde. Para ele, isso poderia ocorrer tanto devido à omissão de gestão, estimulada pela formação acadêmica desses profissionais, quanto pela falta de conhecimento e entendimento dos gestores sobre eles, ou ainda em decorrência da combinação de ambos os fatores. Essa questão volta a ser abordada por Menezes (2001b), quando este sugere que a formação acadêmica em muitas IES contribui para uma ausência total da visão e do domínio dos assuntos de saúde pública do País pelos seus produtos. Isso acaba acarretando uma visão profissional demasiadamente centrada na atividade clínica liberal, encontrada na grande maioria dos fisioterapeutas.

Contudo, se o sistema não está reconhecendo o fisioterapeuta como profissional de saúde, capaz de agir como transformador de sua realidade

inserindo-se nesse contexto, compete a esse profissional mostrar sua capacidade de atuação. Porém, surge a questão: e o fisioterapeuta, se reconhece como parte do SUS? Outra vez, salienta-se que a responsável por essa capacitação profissional deveria ser a formação acadêmica. Não obstante, o grande desafio apresentado para as IES é a construção coletiva de uma concepção ampliada de saúde. Tal concepção deverá ocorrer por meio do envolvimento dos diferentes atores sociais, representados por membros da academia, dos serviços e da comunidade, na definição dos conteúdos conceituais e específicos dos currículos utilizados para formação desses profissionais (Arruda, 2001).

Considerando-se o papel do ator representado pelo membro da academia na construção desse currículo, torna-se relevante verificar seu ponto de vista a respeito da inserção dos futuros profissionais no sistema de saúde. Sobre esse assunto, quatro falas revelam que os entrevistados não visualizam a inserção e uma efetiva participação do fisioterapeuta no SUS. Novamente, verifica-se aqui que essa inserção não ocorre por se considerar que o próprio sistema não reconhece as várias possibilidades de atuação desse profissional, não o incluindo em seus programas de assistência primária e comunitária. A única forma de vínculo com o sistema é por meio de convênios, ou seja, somente são contratadas as sessões de fisioterapia, não o fisioterapeuta.

Em algumas falas pode-se observar a imagem mental criada pelos entrevistados sobre o que seja o SUS. Sobre esse aspecto, Schwingel (2002) relatou que as respostas mais comumente encontradas em fórum de debates acerca do SUS foram: idéia de filas, leitos nos corredores de hospital, cirurgias eletivas marcadas depois de longa espera, consultas médicas sumárias, apoio diagnóstico precário e estrutura de trabalho pífia. É possível confirmar essa visão numa fala quando o entrevistado afirmou que o “aluno sai com a visão do SUS”, pois num determinado momento do estágio, ele passa a atender vários pacientes por período, vivenciando assim a realidade do sistema. Ou numa outra fala, quando, por considerar o fisioterapeuta “um profissional de elite”, observa que o SUS precisaria se reestruturar para atender às condições de trabalho desse profissional e, ainda, que o SUS é para a população pobre e carente.

Cabem aqui alguns questionamentos: será que para trabalhar com prevenção, um profissional necessitaria de recursos tecnológicos sofisticados? Por que não lembrar que esse sistema de saúde em implantação vem buscando

garantir, ainda que precariamente, o direito à saúde de todos os cidadãos, por meio do acesso universal, com equidade e igualitário, estabelecido na CF de 1988?

O SUS, desde a sua implantação, busca transformar o sistema de saúde brasileiro, com base em suas diretrizes de descentralização, integralidade e participação comunitária. Esse sistema está tentando criar condições necessárias para a reorganização das ações de saúde por meio da atenção nas áreas básica, de média e de alta complexidade. Para saber se isso está ocorrendo de fato, basta lembrar do modelo médico assistencial privatista de atenção à saúde, que vigorava anteriormente à implantação do SUS. Esse modelo priorizava uma atenção médico-curativa, de medicalização e hospitalocêntrica. Seria possível estabelecer qualquer grau de integralidade nesse modelo de atenção?

Essas considerações remetem aos assuntos já abordados, sobre a reforma do setor saúde e a formação de recursos humanos necessários para a efetivação dessa nova concepção de trabalho com a saúde. Será que a dificuldade de implantação de um modelo de atenção integral à saúde está no funcionamento do SUS, por meio de suas diretrizes? Ou essa dificuldade também se justifica pela falta de preparo dos seus profissionais em atuar visando à integralidade nas ações de saúde?

Portanto, cabe à formação acadêmica, por meio dos atores por ela responsáveis, capacitar seus futuros profissionais tanto para atuar num modelo de atenção integral à saúde, construindo igualitariamente ações desde a promoção da saúde até as práticas assistenciais curativas e reabilitadoras, quanto para participar efetivamente na transformação social que se faz necessária no setor saúde.

Uma última fala sobre a inserção do fisioterapeuta no SUS relatou que isso não ocorre porque, politicamente, pelo menos no Paraná, o profissional é "muito fraco". Sobre a participação política do fisioterapeuta, Schwingel (2002) fez referência à 'falta de traquejo' do fisioterapeuta em fazer política, que talvez possa ter surgido na sua própria formação acadêmica, por seu caráter eminentemente técnico. Entretanto, a timidez em relação à política, à disputa do seu espaço na organização do SUS, na saúde pública e nas equipes de saúde, representa um grande prejuízo para a profissão. Afinal, se as equipes de saúde são constituídas basicamente de médicos e de enfermeiros, será que isso não ocorreu porque foram médicos e enfermeiros sanitaris-

tas que lutaram desde o início do movimento de Reforma Sanitária Brasileira pelo modelo de atenção integral à saúde, buscado por meio do Programa Saúde da Família, entre outros?

A integralidade da atenção talvez seja o princípio, entre os estabelecidos pelo SUS, de maior impacto sobre a atuação do fisioterapeuta, uma vez que determina a necessidade de novas abordagens com a saúde, pois além de recuperar e reabilitar, o fisioterapeuta precisa saber promover a saúde e prevenir doenças. Precisa ser capaz de transformar a sua realidade, lutando por uma sociedade justa e igualitária, em que a saúde seja realmente um direito de todos. E a conquista por um profissional com essas características se inicia na sua formação acadêmica.

CONCLUSÕES

A construção do SUS e a reorientação do modelo de atenção à saúde são realidades do setor saúde no país. São processos que se consolidam rapidamente e que dificilmente admitirão retrocessos ou recuos. Não podem ser considerados apenas planos ou programas de ação desse ou daquele governo, pois foram determinados pela CF de 1988. Por esse motivo, eles não podem mais ser ignorados na formação acadêmica dos profissionais que atuarão nesse sistema.

A importância dada à formação de RHS cresce vertiginosamente nas IES, em congressos e conferências de saúde. Tão importante como reformar os serviços é a necessidade de se (re)formarem profissionais que ajudem a impulsionar as mudanças no modelo de atenção. Tanto que a discussão sobre a formação dos profissionais de saúde transpassou os limites do MEC, tornando-se também objeto de interesse do MS, como não poderia deixar de ocorrer, dada a íntima relação entre ambos sobre o tema RHS. Muitos atores do movimento da saúde, principalmente nas áreas de Medicina e Enfermagem, têm trabalhado continuamente na busca da formação de profissionais necessários para o sistema de saúde em transformação. A Fisioterapia, como profissão da área da saúde, também deve participar dessas discussões, reavaliando inclusive seu campo de atuação profissional, além da sua formação acadêmica.

Baseando-se nessas discussões, este estudo buscou verificar em que medida o conceito ampliado de saúde estabelecido na CF de 1988 e a reorientação do modelo de atenção à saúde estavam presentes nos cursos de fisioterapia existentes no Estado do Paraná. Observou-se que, apesar de todos os cursos possuírem espaços próprios, ainda que segmentados, onde permeia a construção desses conceitos, por meio das disciplinas de Saúde Pública e Fisioterapia Preventiva, a verdadeira incorporação de tais conceitos parece não ocorrer de fato na formação acadêmica.

Esta realidade pode ser confirmada por vários aspectos como: a dificuldade de definição dos objetos de estudo da disciplina de Fisioterapia Preventiva, principalmente, notando-se a falta de compreensão do que seja um trabalho preventivo em Fisioterapia, constatada pela diversidade de assuntos abordados nos seus conteúdos programáticos; a falta de atividades práticas de ensino nas ações de promoção da saúde, observada nos planos de ensino na maioria dos cursos; a ocorrência de atividades preventivas, na maioria dos cursos, em forma de projetos de extensão, atividades extra-curriculares ou aulas práticas da disciplina de Fisioterapia Preventiva, não garantindo a obrigatoriedade de sua aplicação; o predomínio de atividades práticas curativas e reabilitadoras nos campos de estágio curricular; e o contato maior com a realidade e a prática profissional no último ano do curso.

Essas questões retornam ao seguinte aspecto: parece que os espaços do currículo destinados à inserção dos novos conceitos de saúde e à construção de ações de saúde que privilegiem a sua promoção e a prevenção de doenças não estão cumprindo seus objetivos. Com isso, a formação de um profissional apto a atuar nos três níveis de atenção à saúde fica realmente comprometida, conforme pode ser constatado na observação da realidade no campo profissional. O fisioterapeuta atua, desde a origem da profissão, predominantemente em atividades nos níveis secundário e terciário de atenção à saúde. Assim, considera-se que os conceitos de saúde estabelecidos pela CF de 1988 podem até estar presentes na formação acadêmica, porém de forma eminentemente teórica, não possibilitando a relação do conhecimento adquirido com a prática profissional.

Até mesmo quando se analisa o perfil profissional proposto pelos projetos pedagógicos dos cursos, mais da metade não explicita a necessidade da

formação de um profissional apto a atuar em todos os níveis de atenção à saúde. Aliado a isso, existe também nesse perfil uma forte tendência em priorizar o enfoque individual do atendimento, em detrimento das práticas coletivas. Portanto, o perfil profissional desejado necessita ser revisto, tanto para se adequar ao sistema de saúde vigente, quanto para obedecer à Resolução CNE/CES nº 4/02. A formação de um profissional generalista, apto a atuar em todos os níveis de atenção à saúde, provendo atendimento individual e coletivo, deve ser garantida na teoria, por meio do projeto pedagógico do curso, e na prática, proporcionando campos de estágio curricular que contemplem todas as ações de saúde.

Mais importante ainda é avaliar se o projeto pedagógico do curso, tal como foi elaborado, está sendo cumprido de fato. Pois, o que se observa em muitos casos é a discrepância entre o documento e o discurso institucional dos atores. Por exemplo, quanto aos campos de estágio curricular, considerando ser esse o espaço onde todas as possibilidades de práticas profissionais são realizadas, ainda há forte predomínio das ações nos níveis secundário e terciário. Isso acaba reforçando o vínculo da Fisioterapia a um profissional da reabilitação, criado desde a sua origem, quando as necessidades do setor saúde eram outras e justificavam esse vínculo.

No entanto, existem alguns avanços, pois em relação a um curso foram encontradas referências a práticas profissionais e de ensino na atenção primária à saúde. Em um outro foi relatado que, devido à profunda reforma curricular pela qual está passando, há a proposta de garantir essas práticas no desenvolvimento do novo currículo. E ainda, apesar de não proporcionarem esses campos de estágio, todos os cursos mostraram a preocupação em incorporar práticas que garantam ações de promoção da saúde e prevenção de doenças.

Assim, talvez o processo esteja se iniciando na formação acadêmica do fisioterapeuta. No entanto, é preciso verificar se esse processo está seguindo por caminhos que venham a possibilitar a real inserção desse profissional no sistema de saúde em construção. Essa necessidade existe quando se verifica a inserção do fisioterapeuta no SUS sob a ótica dos responsáveis pela sua formação. A maioria considerou ser muito distante a atuação do fisioterapeuta, justificando essa distância pela falta de reconhecimento do profissional por parte do sistema ou ainda, porque esse mesmo profissional não se dá conta das suas possibilidades de ação. Portanto, como garantir

um processo de inserção do profissional no SUS a partir de sua formação acadêmica, se esta parece não estar contemplada na visão de seus formadores?

São várias as questões formuladas neste estudo. Essas poderiam ser respondidas se os responsáveis pela formação acadêmica do fisioterapeuta estivessem mais engajados nas discussões sobre a reforma do setor saúde no País, e nos movimentos de mudança na formação de profissionais de saúde que estão ocorrendo em vários locais, em cursos como medicina e enfermagem. Não há momento mais propício para realizar mudanças do que este. Vários movimentos impulsionam estratégias que visam transformar o modelo de atenção, o setor e a formação dos profissionais de saúde. Todos esses buscam um objetivo maior: a transformação da sociedade brasileira, proporcionando melhores condições de vida e garantindo a todos os cidadãos o direito à saúde, direito esse assegurado constitucionalmente.

E a Fisioterapia, não vai tomar parte nisso?

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMEIDA, G. L. *Agenda para fisioterapia do terceiro milênio no Brasil*. 1999a, 9 p. Disponível em: <<http://www.unaerp.br/Ensino/GRADUAÇÃO/fisioterapia/fisioagenda/html>>. Acesso em: 9 ago. 2001.
- ALMEIDA, M. J. *Educação médica e saúde: possibilidades de mudança*. Londrina: Ed. UEL; Rio de Janeiro: ABEM, 1999b. 196 p.
- ARES, D. A. & CORDONI JUNIOR, L. (Org.). *Bases da saúde coletiva*. Londrina: Ed. UEL, 2001. cap. 2, p. 27-59.
- ARRUDA, B. K. G. Introdução. In: ARRUDA, B. K. G. (Org.) *A educação profissional em saúde e a realidade social*. Recife: Instituto Materno Infantil de Pernambuco, 2001. cap. 1, p. 15-26.
- BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1979. 223 p.
- BARROS, F. B. M. *Pensar e repensar a prática profissional*. [1999]. Disponível em: <<http://www.fisiobrasil.com.br/arquivos/pensar.zip>>. Acesso em: 2 mar. 2002.

- BARROS, F. B. M. Apresentação. In: BARROS, F. B. M. (Org.) *O fisioterapeuta na saúde da população: atuação transformadora*. Rio de Janeiro: Fisiobrasil, 2002. p. 7-9.
- BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução nº CNE/CES 4, 19 fev. 2002. *Diário Oficial*, Brasília, DF, n. 42, seção 1, 4 mar. 2002. (Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em fisioterapia).
- BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, p. 83-85, 1988.
- BRASIL. Decreto-lei nº 938 de 13 de outubro de 1969. *Diário Oficial*, Brasília, DF, n. 197, seção 1, p. 3.658, 16 out. 1969. Provê sobre as profissões de fisioterapeuta e terapeuta ocupacional e dá outras providências.
- BRASIL. *Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996*. Estabelece as diretrizes e as bases da educação nacional. 20 p.
- BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Federal de Educação. Resolução nº 4, de 28 de fevereiro de 1983. *Diário Oficial*, Brasília, DF, 7 mar. 1983. Seção 1. Fixa os mínimos de conteúdos e duração dos cursos de fisioterapia e terapia ocupacional.
- BRASIL. Ministério da Educação e do Desporto. Secretaria de Educação Superior. Edital nº 4/97 de 10 de dezembro de 1997. *Diário Oficial*, Brasília, DF, seção III, p. 26.920, 12 dez. 1997. (O MEC, por intermédio da SESu torna público e convoca as instituições de ensino superior a apresentar propostas para as novas diretrizes curriculares dos cursos superiores, que serão elaboradas pelas Comissões de especialistas da SESu/MEC).
- BRASIL. Ministério da Educação e do Desporto. Secretaria de Educação Superior. Comissão de Especialistas de Ensino de Fisioterapia. *Padrão mínimo de qualidade para cursos de fisioterapia*. Brasília, DF, 1998a, 12 p.
- BRASIL. Ministério da Educação e do Desporto. Secretaria de Educação Superior. Comissão de Especialistas de Ensino de Fisioterapia. *Roteiro de verificação para reconhecimento do curso de graduação em fisioterapia*. Brasília, DF, 1998b, 11 p.

- BRASIL. Ministério da Saúde. *ABC do SUS: doutrinas e princípios*. Brasília, 1990.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Norma operacional básica do Sistema Único de Saúde: NOB-SUS 96*. Brasília, DF, 1997. 34 p.
- CAMARAGIBE: modelo de atenção voltado à família. *O Coffito*, São Paulo, n. 10, p. 14-17, mar. 2001.
- CAMPOS, F. E.; BADUY, R. S. Programa de Saúde da Família: oportunidade para a transformação da educação dos profissionais de saúde. *Olho Mágico*, Londrina, ano 5, n. especial, nov. 1999.
- CARNEIRO, J. M. A. *Os cursos de fisioterapia e a formação do corpo docente: algumas reflexões*. [199-] 3p. Disponível em: <http://www.fisioterapia.com.br/publicacoes/c_docente.asp>. Acesso em: 7 jul. 2001.
- CARVALHO, B. G.; MARTIN, G. B.; CORDONI JUNIOR, L. A organização do sistema de saúde no Brasil.
- CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8, 1986. Brasília, DF. *Anais... Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde*, 1987. 430 p.
- CONGRESSO NACIONAL DA REDE UNIDA, 4, 2001, Londrina, PR. Carta de Londrina. *Boletim Informativo da Rede Unida*. Londrina, v. 16, n. 35, p. 7, set./dez. 2001.
- CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL. Resolução COFFITO-8 de 20 de fevereiro de 1978a. *Diário Oficial*, Brasília, DF, n. 216, seção 1, parte II, p. 6.322-32, 13 nov. 1978. Aprova as normas para habilitação ao exercício das profissões de fisioterapeuta e terapeuta ocupacional e dá outras providências.
- CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL. Resolução COFFITO-10 de 03 de julho de 1978b. *Diário Oficial*, Brasília, DF, n. 182, seção I, parte II, p. 5.265/68, 22 set. 1978. Aprova o Código de Ética profissional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional.
- COSTA NETO, M. M. da. Enfoque familiar na formação do profissional de saúde. *Olho Mágico*, Londrina, ano 6, n. 22, p. 5-9, ago. 2000.
- ESTÁGIO rural: duas realidades, mesma filosofia. *O Coffito*, São Paulo, n. 10, p. 20-27, mar. 2001.

- FERRAZ, N. M. S. *Graduação em fisioterapia*, 1999, 2 p. Disponível em: <<http://www.fisiobrasil.com.br/arquivos/graduação.zip>>. Acesso em: 2 mar. 2002.
- FEUERWERKER, L. C. M. Algumas reflexões sobre o desenvolvimento do programa UNI. *Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, n. 22, p. 63-70, dez. 2000.
- _____ et al. O processo de construção e de trabalho da Rede UNIDA. *Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, n. 22, p. 9-17, dez. 2000.
- GIL, C. R. R. & CAMPOS, J. J. B. Em busca de novas conquistas. *Terra Vermelha*, Londrina, p. 3, jul. 2000.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Brasil – população por estado–2000*. Disponível em:<http://www.ibge.gov.br/ibgeteen/mapas/brasil_população.htm>. Acesso em: 07 abr. 2002.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISAS EDUCACIONAIS. *Sinopse estatística da educação superior 2000/INEP*. Brasília, 2001. 400 p.
- IVAMA, A. M.; BATISTA, C. V. M. & SILVA, R. M. R. A Universidade está preparando os profissionais para o próximo milênio? *Olho Mágico*, Londrina, ano 3, n. 14, p. 3-4, out./dez. 1997.
- _____; BATISTA, C. V. M. & SILVA, R. M. R. Repensando os estágios. *Olho Mágico*, Londrina, ano 5, n. especial, p. 37-38, nov. 1999.
- MARSIGLIA, R. G. *Relação ensino/serviços: dez anos de integração docente assistencial (IDA) no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 1995. 118 p.
- MELCHIOR, S. C. *A atuação do farmacêutico do programa nacional de DST/AIDS*. 2002. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva), Departamento Materno-Infantil e Saúde Comunitária, Universidade Estadual de Londrina, Londrina, PR.
- MENEZES, R. G. Fisioterapia social, uma excepcionalidade acadêmica? *O Coffito*, São Paulo, n. 10, p. 3, mar. 2001a.
- _____ Responsabilidade e cidadania. *O Coffito*, São Paulo, n. 13, p. 3, dez. 2001b.
- _____ Saúde pública: suas controvérsias. *O Coffito*, São Paulo, n. 7, p. 3, jun. 2000.

- MOURA FILHO, A. G. *Brasil: a fisioterapia e o tempo*. Salvador, 1999. 7 p.
Disponível em: <<http://www.fisiobrasil.com.br/arquivos/tempo.zip>>.
Acesso em: 2 mar. 2002.
- NEGRI, B. I. Atenção básica: financiamento, descentralização e equidade.
In: REUNIÃO TÉCNICA DOS PÓLOS DE CAPACITAÇÃO, FORMAÇÃO E EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE DA FAMÍLIA, 1999, Brasília. *Anais...* Brasília: Ministério da Saúde, 2000. p. 9-12 p.
- NEGRI, B. I. Saúde boa e vida melhor para 50 milhões. *Revista Brasileira de Saúde da Família*. Brasília: Ministério da Saúde, ano II, n. 5, p. 1, mai. 2002.
- OFICINA DE TRABALHO SOBRE A ATUAÇÃO DOS MEMBROS DA REDE UNIDA NOS PÓLOS DE CAPACITAÇÃO DE SAÚDE DA FAMÍLIA, 2001, Londrina. *Relatório Final*. 7 p. Disponível em: < <http://www.redeunida.org.br/polo.asp> >. Acesso em: 15 mar. 2002.
- O MOVIMENTO de mudanças da formação de profissionais de saúde no Brasil. *Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, n. 22, p. 4-7, dez. 2000.
- PAIM, J. S. *Recursos humanos em saúde no Brasil: problemas crônicos e desafios agudos*. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública/USP, 1994. 80 p.
- PIANCASTELLI, C. H. Saúde da família e formação de profissionais de saúde. In: ARRUDA, B. K. G. (Org.) *A educação profissional em saúde e a realidade social*. Recife: Instituto Materno Infantil de Pernambuco, 2001. cap. 6, p. 121-140.
- REBELATTO, J. R. Fisioterapia cotidiana: ações profissionais e decorrências para a população. *Rev. Fisioter. da Univ. São Paulo*. São Paulo, v. 5, n. 1, p. 36-48, jan./jun. 1998.
- _____ & BOTOMÉ, S. P. *Fisioterapia no Brasil: perspectivas de evolução como campo profissional e como área de conhecimento*. 2. ed. São Paulo: Manole, 1999. 309 p.
- SAKAI, M. H. et al. Recursos humanos em saúde. In: ANDRADE, S. M.; SOARES, D. A.; CORDONI JUNIOR, L. (Org.). *Bases da saúde coletiva*. Londrina: Ed. UEL, 2001. cap. 5, p. 111-124.
- SANCHEZ, E. L. Histórico da fisioterapia no Brasil e no mundo. *Atualização Brasileira de Fisioterapia*. São Paulo: Panamed, 1984, p. 29-36.

- SANTANA, J. P.; CAMPOS, F. E. & SENA R. R. de. Formação profissional em saúde: desafios para a universidade. In: SANTANA, J. P. & CASTRO, J. L. (Org.) *Capacitação em desenvolvimento de recursos humanos de saúde* de CADRHU, Natal: EDUFRRN, 1999. p. 233-244.
- SCHWINGEL, G. A fisioterapia na saúde pública: um agir técnico, político e transformador. In: BARROS, F. B. M. (Org.) *O fisioterapeuta na saúde da população: atuação transformadora*. Rio de Janeiro: Fisiobrasil, 2002. p. 227-237.
- SOUZA, H. M. II. Estratégias para a organização da atenção básica no Brasil. In: REUNIÃO TÉCNICA DOS PÓLOS DE CAPACITAÇÃO, FORMAÇÃO E EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE DA FAMÍLIA, 1999, Brasília. *Anais...* Brasília: Ministério da Saúde, 2000. p. 13-17 p.
- TRIVIÑOS, A. N. S. *Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo: Atlas, 1990. 175 p.
- UTYAMA, I. K. A. & MARTINS, J. T. LDB e diretrizes curriculares: aplicação no currículo integrado do curso de enfermagem da UEL. *Olho Mágico*, Londrina, ano 5, n. 20, p. 8-9, out. 1999.

Formato: 16 x 23 cm
Tipologia: Book Antiqua
Papel: Pólen bold 70g/m²(miolo)
Cartão supremo 250g/m² (capa)
Fotolitos: Laser vegetal (miolo)
ACE Digital (capa)
Impressão e acabamento: Millennium Print
Comunicação Visual Ltda.
Rio de Janeiro, dezembro de 2002