

Revisitando a Formação de Recursos Humanos de Saúde no Brasil

Revisiting the Formation of Human Resources for Health in Brazil

CESAR CAVALCANTI DA SILVA¹
ANA TEREZA MEDEIROS CAVALCANTI DA SILVA²
JOÃO EUCLIDES FERNANDES BRAGA³

RESUMO

Objetivo: Este estudo procura rever a trajetória das políticas de saúde, fazendo um resgate histórico dos movimentos sociais e suas articulações político-institucionais neste processo. *Materiais e método:* O estudo encontra-se delimitado pela realização das Conferências Nacionais de Saúde e das Conferências sobre Formação de Recursos Humanos de Saúde ocorridos no Brasil, no período de 1941 até o ano de 2000. *Resultados e Conclusão:* Conclui-se que os movimentos sociais e políticos institucionais tiveram participação decisiva nos rumos do processo de formação de recursos humanos de saúde no Brasil e propõe-se o reconhecimento das universidades como elemento fundamental neste processo.

DESCRIPTORIOS

Política de Saúde. Recursos Humanos de Saúde. Política Social.

SUMMARY

Objective: This study seeks to review the history of health policies, making a historical social movements and their joint political institutions in this process. *Material and methods:* This study is limited by the performance of National Health Conferences and the Conference on Human Resources Training Health occurred in Brazil, from 1941 until 2000. *Results and Conclusion:* We conclude that social movements and political institutions have had substantial involvement in the course of the process of training human resources for health in Brazil and aims at recognition of universities as a key element in this process.

DESCRIPTORS

Health Policy. Human Resources for Health. Social Policy.

-
- 1 Enfermeiro. Doutor em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem Clínica do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba.
 - 2 Enfermeiro (a). Mestre em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem em Saúde Pública e Psiquiatria do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba.

No Brasil, a formação de recursos humanos de saúde tem sido reconhecida como um elemento crítico no processo de reorientação e transformação dos sistemas de saúde. Essa área, cuja complexidade de problemas requer uma aproximação interdisciplinar, não tem sido tratada com a relevância política, que merece. (BRASIL, 1993a)

Embora carente da atenção prioritária a que sempre fez jus, as questões relacionadas à formação de recursos humanos de saúde (FRHS) jamais deixaram de ser motivo de preocupação para trabalhadores, gestores e formadores. Essas questões aparecem com muita frequência como objeto de investigação para pesquisadores, os quais, ao longo dos últimos anos, produziram importantes análises e encetaram diferentes propostas que, se houvessem sido implantadas, quer pelos gestores, quer pelos formadores, teriam minorado grande parte das distorções que hoje afetam o trabalho na saúde (SANTANA, 2001).

Reverendo a história das investigações sobre a formação de recursos humanos de saúde no Brasil, verifica-se que, entre as décadas de 1950 e 1960, foi muito comum a ocorrência de estudos de inspiração predominantemente pedagógicos, voltados para os processos de formação de trabalhadores de saúde de nível universitário, e de estudos descritivos sobre a oferta de pessoal de saúde e sua distribuição geográfica. Nas décadas de 1970 e 1980, as investigações agrupadas sob a denominação de *organização social das práticas de saúde* não apresentaram resultados imediatamente aplicáveis, entretanto, subsidiaram estudos concretos, consolidados naquele momento histórico, sob a denominação de *força de trabalho em saúde* (BRASIL, 1993a).

Apesar de toda a produção científica e dos inúmeros eventos relacionados ao tema formação de recursos humanos de saúde, as universidades e o poder público ainda não conseguiram superar obstáculos significativos nesta área e dar conta dos graves problemas que atingem os setores da formação e da prestação da assistência tal como preconizada pela política para o setor saúde o que influi negativamente no desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS) em todo o país.

A discussão sobre o estabelecimento de uma Política Nacional para a formação de recursos humanos de saúde no Brasil passa pela reconstituição histórica dos debates realizados em torno desse tema, e pela revisão das conjunturas sociais, políticas e econômicas que determinaram suas transformações. Este estudo procura rever a trajetória dessas políticas com resgate

histórico dos movimentos sociais e suas articulações político-institucionais neste processo.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de uma revisão, com base em pesquisa bibliográfica, acerca da formação de recursos humanos de saúde no Brasil, desde a realização das duas primeiras Conferências Nacionais de Saúde (CNS), realizadas em 1941 e 1950 do século passado, até a XI CNS, realizada em Brasília, no início do atual século.

DISCUSSÃO

Até 1986, ano em que se realizou a I Conferência Nacional de Recursos Humanos de Saúde, em Brasília, não havia um fórum específico para esta discussão e as Conferências Nacionais de Saúde, instituídas no governo de Getúlio Vargas, encarregavam-se dessa questão.

As Conferências Nacionais de Saúde e também de Educação foram instituídas no bojo da reorganização do antigo Ministério de Educação e Saúde Pública. Seu propósito era facilitar para o Governo Federal o conhecimento das atividades desses setores em todo o território nacional, bem como orientá-lo na execução dos serviços locais e na concessão de subvenções federais.

As duas primeiras Conferências foram realizadas em 1941 e 1950, respectivamente. Naquele momento histórico, o sistema agroexportador havia cedido lugar à indústria, permitindo o surgimento da chamada "burguesia nacional". Essa burguesia faria um pacto com a classe média e os trabalhadores, objetivando a acumulação de capital, dando início a um período da história do Brasil, conhecido como *Desenvolvimentismo* e *Nacionalismo* quando ocorreram tentativas de se implantar no país um modelo de desenvolvimento econômico com características nacionais que terminaria juntamente com o *Populismo*, no final da década de 1960 do século passado. (LUZ, 1991)

No plano das políticas de saúde, o *Campanhismo*, implementado por Carlos Chagas, havia atingido um estágio de esgotamento, já não alcançando os efeitos desejados. O modelo *Curativista* determinava grandes transformações no setor saúde e acarretava mudanças nas profissões e no ensino dessas profissões. (LUZ, 1991)

Apesar de os Anais das duas primeiras Conferências Nacionais da Saúde jamais terem sido

publicados, não há registro da ocorrência de discussões específicas sobre a temática da formação de recursos humanos nesses eventos. Enquanto a I Conferência tratou da organização sanitária estadual e municipal e questões relacionadas às campanhas sanitárias, a II CNS cuidou basicamente da questão da malária e se deteve na discussão sobre a unificação das normas para a resolução dos problemas de saúde brasileiros. (BRASIL, 1993b)

A III Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1963, na cidade do Rio de Janeiro, ocorreu em um período de grande turbulência política. O pacto celebrado pelos burgueses com a classe média e os trabalhadores, para permitir a acumulação do capital, possibilitou grande articulação da classe trabalhadora, principalmente no governo de João Goulart (1961/1963), fazendo com que a burguesia passasse a temer pela perda do seu controle político. Todavia, enquanto estiveram articuladas, a classe trabalhadora e os setores intelectuais da sociedade, principalmente das universidades, propuseram reformas de base para o país. Foi nesse contexto que as elites progressistas reivindicaram reformas de base imediatas, entre as quais uma Reforma Sanitária consistente e conseqüente. (LUZ, 1991)

Em relação à FRHS as questões pertinentes à carência e má distribuição de “pessoal” foram objeto de discussão, tanto na III CNS, quanto na I Reunião de Ministros de Saúde das Américas, também realizada em 1963. O temário oficial da III CNS tinha, entre os quatro itens previstos para discussão, a fixação de um Plano Nacional de Saúde para o qual se levantou a necessidade de formular uma política de recrutamento, seleção, preparo e aproveitamento do pessoal técnico, além da descentralização do ensino desse pessoal. Ao delegar a responsabilidade sobre o preparo e a formação daquele contingente às Faculdades de Medicina e Escolas de Saúde Pública, articuladas ao Ministério da Saúde, ratificou-se a hegemonia do profissional médico sobre os demais profissionais de saúde, uma vez que, nenhuma referência foi feita às escolas de Enfermagem, Odontologia e Farmácia, em plena atividade na época. (SAYD, VIEIRA JUNIOR, VELANDIA, 1998)

A IV Conferência Nacional de Saúde, que ocorreu em setembro de 1967, também se realizou na cidade do Rio de Janeiro e teve como pano de fundo uma turbulenta conjuntura política, com a dissolução de partidos políticos e proibição da livre manifestação popular. Esse período marca um ciclo de expansão econômica no Brasil, conhecido como “Milagre Econômico”, que aconteceu graças a uma severa repressão da classe trabalhadora e a mecanismos de

proteção do capital internacional. A literatura registra este momento como um dos períodos mais difíceis vividos pela nação em tempos de República, com arbitrariedades contra os direitos individuais das pessoas, não obstante alguns autores pontuarem certos avanços em termos de acesso a bens de consumo e alguma mobilidade social. (LUZ, 1991)

No plano da saúde, a síntese do *Campanhismo e Sanitarismo* resultou na medicalização da sociedade, tornando a saúde um bem de consumo de massa, gerando a indústria da doença e um rápido crescimento do setor empresarial de serviços médicos centrados na lógica dos lucros. No âmbito da educação, a Reforma Universitária ocorrida sob a égide da Lei 5.540 de 28/11/68, determinou grandes mudanças no setor, desvinculando o ensino da realidade sanitária da população, voltando-o para a especialização, sofisticação tecnológica, dependência das indústrias farmacêuticas e de equipamentos médico-hospitalares. (LUZ, 1991)

A IV CNS abordou basicamente quatro tópicos: O profissional de saúde de que o Brasil necessitava; pessoal de nível médio e auxiliar; responsabilidade do Ministério da Saúde na formação e aperfeiçoamento dos profissionais de saúde e do pessoal de nível médio e auxiliar e, finalmente, responsabilidade das universidades e escolas superiores no desenvolvimento de uma política de saúde. Vale salientar que, mesmo atribuindo às universidades um papel fundamental na FRHS necessária à implantação dos programas de saúde adequados à realidade regional, manteve-se a importância atribuída às Escolas de Saúde Pública ligadas ao Ministério da Saúde, proposto na III CNS. Na prática, isso gerou a supressão da disciplina Saúde Pública dos currículos dos cursos de saúde sob a alegação de que o momento sócio-político não carecia desse conhecimento. Admitiu-se, porém, a pós-graduação em saúde pública, desde que ministrada por escolas especializadas, e respeitados os requisitos mínimos a serem fixados pela Escola Nacional de Saúde Pública. (SAYD, 1998)

Analisando o processo de FRHS nesse momento histórico, cujo parâmetro era o modelo curativista (Germano, 1985) observou que os profissionais formados na época estavam aptos a atuar nos mais sofisticados serviços de medicina de ponta, porém sem a mesma condição para as intervenções em saúde pública, sendo que esta era a necessidade maior da quase totalidade da população brasileira.

A V Conferência Nacional de Saúde, realizada em agosto de 1975, em Brasília, ocorreu em meio ao período em que o regime militar consolidou sua

hegemonia política à custa do apoio da classe média e do “Milagre Brasileiro”. Em 1967, ano em que se realizou a IV CNS, o modelo autoritário ainda não era hegemônico e a presença de autores progressistas naquele evento assegurou em seu relatório final algumas propostas de vanguarda que foram mantidas e ampliadas na V CNS, dentre elas a articulação dos projetos de saúde com o então Ministério da Educação e Cultura (MEC) e a reiteração do papel da universidade na avaliação, pesquisa e planejamento das atividades de saúde em âmbito regional. Dentre os temas discutidos na V CNS estavam a Extensão das Ações de Saúde às Populações Rurais, como um dos temas principais, e a Política de FRHS, discutida no conjunto das Exposições Especiais. (BRASIL, 1993b)

O Sistema Nacional de Saúde, criado sob a égide da Lei 6.229, de 17/07/75, recebeu atenção especial na V CNS. A intenção era encontrar uma solução plausível para a crise do setor saúde e delinear as reais necessidades da população e do país naquele âmbito. No relatório final da Conferência, seus participantes recomendaram a regionalização dos serviços e a hierarquização em níveis de complexidade crescente, como processo eficaz para descentralizar a prestação de serviços básicos de saúde; racionalizar o uso da capacidade instalada e os recursos humanos, o que, na prática, tornou a extensão de cobertura da assistência primária à população, a panacéia para a crise do Sistema de Saúde Brasileiro. No plano da educação, sublinhou-se a ausência do planejamento no sistema de ensino brasileiro, responsável pelo acelerado crescimento na oferta de cursos de formação profissional, em total desarticulação com as necessidades sócio-econômicas do país. (BRASIL, 1993b)

Apenas dois anos após a realização da V CNS, realizou-se, em Brasília, entre os dias primeiro e cinco de agosto de 1977, a VI Conferência Nacional de Saúde, que debateu, entre outras questões, a Interiorização dos Serviços de Saúde e a Política Nacional de Saúde, quase como uma continuação dos temas, *extensão das ações às populações rurais e sistema nacional de saúde*, debatidos na Conferência anterior. Naquele momento histórico, os efeitos e conseqüências da desastrosa política de saúde da ditadura militar e o fim do “Milagre Brasileiro” já eram discutidos por cientistas, acadêmicos e tecnocratas progressistas que denunciavam em congressos e seminários nacionais e internacionais, a degradação das condições de vida da população. (LUZ, 1991)

Enquanto o processo de abertura política era acelerado pela anistia, que por sua vez dava mais fôlego

as oposições, as primeiras greves no ABC paulista repercutiam por todo o país e a crise da Previdência atingia seu ponto máximo, não permitindo mais que se mantivesse o modelo até então praticado. Este momento de crise marcou o surgimento do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE) elaborada por um grupo técnico composto por representantes do Ministério da Saúde e da Previdência Social, cujo objetivo era restaurar e ampliar os serviços de saúde, incluindo as áreas de saneamento e habitação. Uma das características mais marcantes daquele momento histórico foi a ênfase dada à assistência primária, sempre presente em todos os discursos institucionais de organizações nacionais e internacionais. Os pronunciamentos feitos na VI CNS, as recomendações da IV Reunião Especial de Ministros da Saúde das Américas, realizada em setembro de 1977, e a Conferência Internacional sobre Assistência Primária de Saúde, que gerou a Declaração de Alma Ata, são exemplos dessa afirmação.

Apesar da grande ênfase dada à assistência de saúde predominantemente preventiva, os aspectos curativos e de reabilitação, bem como do acesso aos serviços de saúde a toda a população não foram esquecidos. Na prática, isso gerou o estabelecimento da dicotomia entre preventivo x curativo e, quanto à FRHS, propiciou o aparecimento de duas categorias funcionais: a de Sanitarista de nível superior e a de Agente de Saúde Pública, de nível médio. Em virtude da manutenção do modelo assistencial instalado no país pelo financiamento da Previdência às empresas privadas, vendedora de serviços especializados avaliou-se à época que a VI CNS foi um retrocesso em relação às propostas de integração da Conferência anterior. (SAYD, VIEIRA JUNIOR, VELANDIA, 1998).

A VII Conferência Nacional de Saúde, realizada em Brasília no período de 24 a 28 de março de 1980, debateu principalmente a implementação e o desenvolvimento do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE) no contexto da Declaração de Alma-Ata e da proposta de Saúde para todos no ano 2000. (BRASIL, 1993b)

A falta de um posicionamento político à altura da oposição daqueles que não queriam perder o “status quo” derrotou o PREV-SAÚDE, após dois anos de tentativas inglórias de implementação, restando apenas a lucidez de alguns princípios do documento original como ideário e pauta de luta. (FEIX, 1985)

Em 1981, foi criado o Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP) que com base num amplo diagnóstico da situação, propôs um plano de reorientação dos serviços de assistência

médica da Previdência, já mergulhada em severas crises. O plano do CONASP objetivava uma ação racionalizadora dos custos do sistema, com a revolução do setor saúde com um plano baseado em quatro linhas de ação: 1- Novo sistema de pagamento aos hospitais, com a utilização das AIHs (Autorização de Internação Hospitalar em substituição as USs (Unidades de Serviços)); 2- Um programa de racionalização ambulatorial, visando reduzir atos desnecessários; 3- Uma política de valorização de recursos humanos; e 4- O Programa das Ações Integradas de Saúde (AIS). O Programa das Ações Integradas de Saúde visava, fundamentalmente, à integralidade das ações de saúde (preventivas e curativas); a utilização dos ambulatórios públicos, como porta de entrada no sistema de saúde; a descentralização administrativa, com planejamento regional e local e, finalmente, o reconhecimento da legitimidade da participação comunitária. (PAULA, BRAGA, 1986).

O momento político do país era efervescente. Em 1982, as eleições para o Congresso e Assembleias Legislativas, as primeiras em vinte anos, elegeram muitos deputados estaduais e federais cujos programas centravam-se em questões de saúde, tema quase obrigatório naquele ano, levando a luta pela reformulação da política de saúde no Brasil a ter um papel de destaque no próprio processo de construção da democracia. (LUZ, 1991).

Os anos de 1983 e 1984 assistiram as maiores mobilizações populares realizadas no país e milhares de pessoas reunidas exigiram eleições diretas para Presidente da República, o que aconteceu em janeiro do ano seguinte, através de um colégio eleitoral, levando Tancredo Neves à presidência da República. A morte prematura do recém-eleito Presidente Tancredo levou o seu vice, José Sarney, a assumir a presidência, proporcionando às velhas elites, já não militares, mas civis, a oportunidade de se reapropriarem dos espaços institucionais, camuflados e atualizados pelo slogan "Tudo pelo Social". (GERSCHMAN, 1995).

Por outro lado, os setores progressistas reivindicaram mesmo uma ampliação desse papel político, fazendo desse ponto uma questão fechada no processo de reformulação da política de saúde no Brasil. Foi, portanto, nessa conjuntura de intenso debate político, fortalecido pela participação de mais de quatro mil representantes da sociedade civil, grupos profissionais e partidos políticos, que teve lugar a VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em Brasília, entre os dias 17 e 21 de março de 1986.

A VIII CNS propôs a racionalidade e a

possibilidade de democratização da saúde no Brasil, através da Reforma Sanitária, a se realizar através do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) com o qual se pretendia, entre outras coisas, superar a histórica dicotomia entre saúde pública e atenção médica curativa, unificando-as sob a direção do Ministério da Saúde. (SAYD, VIEIRA JUNIOR, VELANDIA, 1998).

A Reforma Sanitária é um projeto político e está associada à questão da democratização do país. Muito mais do que uma simples reivindicação de vanguardas políticas, ela foi produto de uma exigência de mudança estrutural determinada pelo conjunto da sociedade civil, e que tomou forma por ocasião da Assembleia Nacional Constituinte, em 1988, através do Sistema Único de Saúde, regulamentado pela Lei 8080/90, conhecida como Lei Orgânica da Saúde. (TEIXEIRA, 1995).

Com relação à política de FRHS, a VIII CNS estabeleceu um conjunto de princípios e propostas que foram posteriormente aprofundados durante a I Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde (CNRHS) realizada sete meses mais tarde, no período de 13 a 17 de outubro de 1986, também em Brasília.

A I CNRHS teve como tema central a Política de Recursos Humanos Rumo à Reforma Sanitária. Durante o evento, manifestou-se uma preocupação particular com as práticas institucionais ditadas por interesses eleitoreiros. Naquela ocasião, discutiu-se a necessidade de que as próprias instituições junto com a sociedade encontrassem formas de coibi-las, face os retrocessos que elas provocavam principalmente para a construção do novo sistema de saúde. (BRASIL, 1986).

A articulação entre o setor educacional e as instituições prestadoras de serviços foi discutida no âmbito da preparação de recursos humanos. Quanto a esta questão, a ausência de objetivos comuns; a prioridade colocada somente nos discursos; a inadequação curricular à realidade dos serviços; a lógica privatizante do setor educacional e a ausência de uma participação mais efetiva das instituições prestadoras de serviços de saúde junto ao setor educacional foram apontadas como causadoras de distorções entre o perfil profissional formado e aquele que atenderia às reais necessidades dos serviços de saúde. (BRASIL, 1986).

Especificamente em relação às instituições de ensino superior, foi diagnosticado, naquele momento histórico, que as mesmas mantinham uma estrutura complexa, autoritária, burocrática e centralizadora; espelhavam e reproduziam a estrutura de classes que as sustentavam; estavam desvinculadas do real social;

mantinham cursos criados em função de seus grupos ou classes hegemônicas; sofriam um sucateamento no plano físico e material que se refletia na prática didático-pedagógica. Na área da saúde, ao servirem os interesses das classes dominantes, afastavam-se cada vez mais dos problemas do conjunto da população, disso resultando a disjunção teoria/prática, cujo enfoque era claramente individualista, hospitalar e privatizante. (BRASIL, 1986).

As proposições feitas a partir dessas constatações encararam o problema da educação, sobretudo no âmbito político, e dentre as proposições apresentadas naquele evento, destacaram-se as de que a saúde deveria ser apreendida pela universidade como resultante de um processo de determinação social e, portanto, que ultrapassava a visão da área biológica; a capacitação dos profissionais deveria ser para atuação multiprofissional, sendo necessário preparar um profissional competente para atuar no sistema integrado de ações de nível primário, secundário e terciário; os perfis de formação deveriam ser construídos em conjunto pelos diversos profissionais da área, tendo como base a realidade social; o novo objeto para a educação em saúde seria o homem em sua plenitude de ser social somente apreendido através da saída da universidade de seus muros, com a concomitante mudança na sua prática pedagógica; o ensino deveria ganhar com a dimensão social um caráter histórico e sair do hospital, enquanto único pólo formador; a especialização precoce deveria ser evitada e deveriam ser estabelecidas normas que obrigassem a alternância de períodos de formação e períodos de prestação de serviços por parte dos profissionais. (BRASIL, 1986)

As decisões e os princípios assinalados na VIII CNS e aprofundados na I Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde constituíram a plataforma para a busca pelo estabelecimento de uma Política Nacional de Recursos Humanos para o setor saúde.

Analisando os pontos nodais para o estabelecimento de tal política, o Grupo Técnico de Recursos Humanos da Comissão Nacional de Reforma Sanitária (GT/CNRS) apontou a submissão das políticas de formação de força de trabalho aos interesses empresariais lucrativos, tanto do sistema de ensino quanto da prestação da assistência, como responsável por uma série de problemas que se manifestaram desde a descoordenação e multiplicidade de esforços, até a má distribuição sócio-regional da força de trabalho, passando pela inadequação do perfil da oferta. Para o equacionamento dessas questões, foram encaminhadas

proposições no sentido de que o Estado assumisse sua responsabilidade para com a educação e, por outro lado, que fosse promovida a integração ensino x serviço, como única forma de promover a integração entre teoria e prática. Dessa forma, tornou-se inadiável a discussão acerca do papel das universidades dentro do novo sistema de saúde, dada a importância que o setor acadêmico passou a ter para a reorganização dos serviços de saúde e, por conseqüência, para a viabilização da própria Reforma Sanitária. (BRASIL, 1987)

Em resumo, a I CNRHS consolidou as análises até então realizadas sobre a temática e propôs uma agenda para o movimento da Reforma Sanitária no tocante à questão da constituição da força de trabalho para o setor saúde, a ser cumprida como condição para a desejada implantação do Sistema Único de Saúde (SUS).

A II Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde (II CNRHS) realizou-se de 12 a 17 de setembro de 1993, na capital do país, tendo como tema central os desafios éticos frente às necessidades de saúde em atenção à expressa recomendação da IX Conferência Nacional de Saúde, realizada um ano antes. A II CNRHS, que deveria fazer avançar o processo de implantação de políticas sub-setoriais, já definidas em suas linhas gerais na Conferência anterior, não obteve dos gestores das três esferas de governo, nem da área de recursos humanos, bem como das universidades, a adesão esperada. Entretanto, o relativo fracasso dessa Conferência chamou a atenção para a caótica situação dos serviços de saúde e das práticas profissionais, que comprometia a própria idéia do SUS, esgarçando seus apoios e minando os pilares de sua sustentação. (BRASIL, 1993c).

O reconhecimento da absoluta urgência de incorporar a questão da força de trabalho à agenda de prioridades do SUS e de tratá-lo de forma diferenciada em relação aos outros temas, de certa forma, demorou a ocorrer. Depois de quase uma década, desde as primeiras tentativas do GT/CNRS para o estabelecimento de uma Política Nacional de Recursos Humanos, a situação em quase nada se modificou. A Política continuou a inexistir, pelo menos explicitamente formulada, nas três esferas de governo, e quando existiam, as demandas sociais majoritárias, não eram consideradas na sua formulação. (BRASIL, 1993c).

No plano da FRHS, a qualificação dos trabalhadores era insuficiente e comprometia a qualidade das ações. As oportunidades de capacitação eram escassas e não houve um preparo adequado para responder aos agravos da atualidade, tais como a AIDS, causas

violentas e problemas emocionais, além do manejo de novas tecnologias introduzidas nos serviços de saúde. Estes e outros problemas, notadamente aqueles relacionados aos recursos financeiros, causaram uma grande falta de motivação dos profissionais de saúde, acarretando impessoalidade no atendimento, absentismo e falta de sensibilidade para a compreensão dos problemas da população. (BRASIL, 1993c)

Especificamente no âmbito da formação acadêmica, a pouca adesão da universidade à realidade de saúde da população brasileira e aos projetos da Reforma Sanitária e do SUS contribuíram ainda mais para aumentar o quadro de dificuldades relacionadas ao processo de construção do sistema de saúde requerido pela população. A desvinculação docente-assistencial, com evidente dissociação do saber e do fazer; a utilização de currículos inadequados, desvinculados da realidade da região em que se localizavam; a inadequada participação do MEC no processo de discussão da formação; a formação acadêmica por disciplinas, com evidente fragmentação do ensino, e a inabilidade, alienação e desatualização de grande parte dos professores, contribuíam para uma FRHS onde eram desconsideradas questões como: Quem está formando? Para quem está formando? E para o que está formando? (BRASIL, 1993c)

Dentre as propostas relativas às políticas de preparação e gestão de recursos humanos de saúde, constantes no Relatório Final da II Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde, destacam-se: a valorização do estágio curricular obrigatório na rede básica de serviços, criando condições para sua valorização; programação do ensino em conjunto com os profissionais dos serviços onde se desenvolvem aquelas atividades, de forma que a docência, nos serviços, possa ser feita também pelos profissionais da rede, estabelecendo para estes uma gratificação adicional; revisão dos currículos dos cursos da área da saúde, com a substituição de práticas dicotomizadas teoria/prática, saber/fazer, fundamentando-os na interdisciplinaridade, multiprofissionalidade e articulação ensino/serviço.

O estabelecimento de uma política nacional de FRHS e para o SUS voltou a ser debatido por ocasião da X Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1996, na capital do país. Segundo o Relatório Final daquele evento, o Ministério da Saúde deveria elaborar dentro de um prazo de noventa dias, contados a partir da divulgação do citado documento, uma Norma Operacional Básica de Recursos Humanos, com princípios que regulassem a ação e a relação das esferas de governo com relação aos trabalhadores do SUS, e que

incluísse uma agenda de prioridades para a implantação dessa política.

A terceira versão das Diretrizes para a elaboração da Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS (NOB/RH-SUS) foi aprovada na íntegra durante a XI Conferência Nacional de Saúde, realizada em 2000, na capital do país. (SANTANA, 2001).

No tocante ao aspecto educacional, essas Diretrizes expressam que a qualidade da atenção à saúde exige a formação de pessoal com novos perfis profissionais e domínio das tecnologias que qualifiquem a atenção individual e coletiva. A questão específica da FRHS e para o SUS está posta no capítulo IV - *Desenvolvimento do Trabalhador para o SUS* e abrange aspectos relacionados à educação, desde a fundamental até a educação permanente, passando pelo ensino profissional de nível técnico, graduação e pós-graduação, e as responsabilidades dos gestores nas três esferas de governo. (BRASIL, 2001).

O citado documento informa ainda que é imprescindível e obrigatório, o comprometimento das instituições de ensino com o Sistema Único de Saúde e com o modelo assistencial definido nas Leis 8080/90 e 8142/90. Este comprometimento será demonstrado por meio da formulação de diretrizes curriculares que contemplem as prioridades expressas pelo perfil epidemiológico e demográfico das regiões do país; pela implantação de política de capacitação de docentes orientada para o SUS; pela formação de gestores capazes de romper com os atuais paradigmas de gestão; pela garantia de recursos necessários ao desenvolvimento do ensino, pesquisa e extensão e utilização prioritária das instituições públicas de ensino para esta formação. (BRASIL, 2001).

CONCLUSÃO

Tendo em vista a falta de antecedentes de priorização e o tipo de tratamento que a questão da formação de recursos humanos de saúde recebeu historicamente nos processos de reforma do Estado, resgatar seu percurso histórico constitui-se uma significativa contribuição para o enfrentamento dos atuais problemas circunscritos nesta temática.

A visualização dos pontos de estrangulamento nos processos de FRHS, desde suas mais remotas origens, favorece, entre outras ações, a composição de um desenho estratégico para superar os desafios das transformações que se fazem necessário. Para além das ações já consensuais entre os estudiosos desta

temática, que se materializam no reforço às políticas de descentralização com prioridade para as necessidades municipais; garantia do controle social e utilização de sistemas eficientes de informação, urge a recolocação das universidades como ponta de lança do processo de FRHS para reassumir sua responsabilidade de produção de respostas aos reclamos políticos e sociais, em um processo que se inicia na concepção de idéias e finaliza com o exercício prático das ações, passando pela produção de sujeitos reflexivos, críticos e, sobretudo, questionadores para atuação engajada no processo de desenvolvimento do país.

Para conseguir este intento, os Governos Brasileiros das últimas décadas do século XX, propuseram “reformas” sociais como reparos pontuais,

mas mantiveram os interesses dominantes. Nesse contexto, a Política de Educação, por meio das Universidades públicas brasileiras tem garantido os interesses dominantes ao manter: o ensino separado da pesquisa e estes da extensão; ao aceitar a hierarquização dos graus que separa a graduação da pós-graduação, em lugar de considerá-los na integralidade da formação universitária; ao manter a pós-graduação como um funil seletivo de docentes e discentes a quem são reservados a verdadeira formação universitária. A função da Universidade é formar profissionais conscientes, analíticos e, sobretudo, críticos da sociedade, com competência para julgar e decidir o que fazer, diante das mais diversas situações.

REFERENCIAS

- 1- BRASIL. Secretaria de Recursos Humanos, Ministério da Saúde. I Conferência Nacional de Recursos Humanos Para a Saúde: Relatório Final. Brasília 1986.
- 2- BRASIL. Comissão Nacional de Reforma Sanitária, Ministério da Saúde. A questão dos Recursos Humanos e a Reforma Sanitária. Rio de Janeiro 1987.
- 3- BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS. A investigação sobre recursos humanos em saúde. Brasília, 1993a.
- 4- BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS. A questão dos recursos humanos nas Conferências Nacionais de Saúde (1941-1992). Brasília 1993b.
- 5- BRASIL. Secretaria Executiva, Ministério da Saúde. II Conferência Nacional de Recursos Humanos Para Saúde: Relatório Final. Brasília 1993c.
- 6- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde, Ministério da Saúde. Princípios e diretrizes para a NOB/RH-SUS (incorporadas às diretrizes aprovadas na 11.a Conferência Nacional de Saúde). Brasília 2001.
- 7- FEIX R. Atenção primária como estratégia de mudança nos serviços de saúde: a opinião dos trabalhadores de saúde no Rio Grande do Sul. [dissertation]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 1985.
- 8- GERMANO RM. Educação e ideologia da enfermagem no Brasil. São Paulo: Cortez; 1985.
- 9- GERSCHMAN S. A democracia inclusa: um estudo da reforma sanitária brasileira. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1995.
- 10- LUZ MT. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de “transição democrática” anos 80. *Physis Rev Saúde Coletiva*. IMS-UERJ. 1991; 1(1): 77-96.
- 11- PAULA SG, BRAGA JCS. Saúde e previdência: estudos de política social. São Paulo: Hucitec; 1986.
- 12- SAYD JD, VIEIRA JUNIOR LV, VELANDIA IC. Recursos humanos nas conferências nacionais de saúde (1941–1992) *Physis Rev Saúde Coletiva*. IMS-UERJ. 1998; 8(2): 165–95.
- 13- SANTANA MNGS. Política de recursos humanos para o SUS e a política de formação de profissionais em enfermagem. In: *Anais do 5º Seminário Nacional de Diretrizes para o Ensino de Enfermagem*; 2001 jul. 04-07; São Paulo. São Paulo: CUSC; 2001. p. 69-81.
- 14- TEIXEIRA SMF. Reforma sanitária: em busca de uma teoria. Rio de Janeiro: Cortez/Abrasco; 1995.

CORRESPONDÊNCIA

Cesar Cavalcanti da Silva
Av. Umbuzeiro, 209 – Manaira
58038-180 João Pessoa – Paraíba - Brasil

E-mail

profccs@yahoo.com.br