

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

LUCIANA PAVANELLI VON GAL DE ALMEIDA

**POLÍTICA DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE: ANÁLISE DE
DOCUMENTOS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE**

RIBEIRÃO PRETO
2007

LUCIANA PAVANELLI VON GAL DE ALMEIDA

**POLÍTICA DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE: ANÁLISE DE
DOCUMENTOS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Enfermagem Fundamental, da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Linha de pesquisa: Dinâmica da organização dos serviços de saúde e de enfermagem.

Orientadora: Clarice Aparecida Ferraz

RIBEIRÃO PRETO
2007

**AUTORIZO A REPRODUÇÃO TOTAL E PARCIAL DESTE TRABALHO,
POR MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE
ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.**

FICHA CATALOGRÁFICA

Almeida, Luciana Pavanelli von Gal de.

Política de Recursos Humanos em Saúde: análise de documentos do
Ministério da Saúde/ Luciana Pavanelli von Gal de Almeida;
orientadora: Prof^a Dr^a Clarice Aparecida Ferraz- Ribeiro Preto, 2007.
94 f.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Programa de
Enfermagem Fundamental- Escola de Enfermagem de Ribeiro
Preto da Universidade de São Paulo.

1. Políticas públicas. 2. Recursos humanos em saúde. 3. Formação.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Luciana Pavanelli von Gal de Almeida

Política de Recursos Humanos em Saúde: análise de Documentos do Ministério da Saúde.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Enfermagem Fundamental, da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Enfermagem Fundamental.

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Profª Drª Clarice Aparecida Ferraz

Assinatura_____

Profª Drª Lucieli Dias Pedreschi Chaves

Assinatura_____

Profª Drª Carmen Silva Gabriel Rotta

Assinatura_____

Dedico este trabalho

À minha filha Maria Júlia,

Pelo imenso amor que representa em minha vida, a maior razão de minha caminhada.

Aos meus pais Carmen e Luiz Roberto,

Que sempre me ajudaram a trilhar todos os caminhos, pelo amor incondicional, pela ajuda em todos os momentos da minha vida.

Ao meu irmão Eduardo,

Que sempre compartilhou comigo todos os sonhos e conquistas. Obrigada por tudo.

À minha família,

Especialmente minha avó Aracy, pelo apoio, incentivo e alegrias compartilhadas.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, pelo dom da minha vida por ter me dado condições para trilhar esse caminho e finalizar essa etapa.

À Profª Drª Clarice Aparecida Ferraz, por sua orientação, pela paciência e confiança. Obrigada por compartilhar comigo esta caminhada.

À Profª Drª Lucieli Dias Pedreschi Chaves, pelas valiosas contribuições que possibilitaram o término deste trabalho.

À Profª Drª Carmen Silva Gabriel Rotta, pelas sugestões oferecidas que favoreceram o enriquecimento deste trabalho.

À minha amiga Fernanda, pela convivência, pelo apoio, por dividir comigo as alegrias e as angústias deste processo. Você foi muito importante nessa caminhada e colheremos juntas as alegrias dessa conquista.

A todos meus amigos, nenhuma palavra poderia expressar minha gratidão pelo companheirismo constante.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico-CNPq, pelo apoio financeiro concedido.

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

Guimarães Rosa

RESUMO

ALMEIDA, L.P.V. **POLÍTICA DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE: Análise de Documentos do Ministério da Saúde**. Ribeirão Preto, 2007. 94f. Dissertação (Mestrado)- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo, 2007.

A reforma do setor saúde no Brasil levou à criação do Sistema Único de Saúde que contemplou a saúde como um direito social. Dessa forma, na atualidade, a saúde é tratada como um bem universal a ser provido para todos os cidadãos, implicando no princípio da equidade, em que cada cidadão tem direito a ações e serviços requeridos para manutenção e recuperação de sua saúde. Esse ideário tem forte implicação com os recursos humanos em saúde, em termos de definições políticas e técnicas relacionadas à gestão do trabalho e à formação profissional. A construção de uma política de recursos humanos, na perspectiva do gestor do sistema de saúde leva em conta a noção de política de governo como processo de escolhas públicas direcionado à razão pública e ao interesse público. Em especial, a política nacional de recursos humanos em saúde tem forte relação com o processo de construção do Sistema Único de Saúde. A capacidade institucional dos sistemas de saúde em gestão de recursos humanos tem sido insuficiente para assegurar as condições institucionais para que o desempenho humano contribua com eficácia, qualidade e produtividade para o alcance dos objetivos dos serviços de saúde e das reformas setoriais. Esse estudo tem como objetivo identificar no marco das Conferências Nacionais de Saúde e de Recursos Humanos em Saúde, no período de 1986 a 2005, as políticas públicas que direcionam a gestão do trabalho dos profissionais de saúde, no Brasil. Trata-se de pesquisa documental com análise categorial de dados históricos oficiais do Ministério da Saúde. Os dados foram coletados através do site oficial do Ministério da Saúde e da biblioteca da Faculdade de Saúde Pública de São Paulo. O material foi submetido à técnica da análise de conteúdo conforme os pressupostos de Laurence Bardin. A análise dos dados revelaram duas categorias de grande importância uma referente A formação e capacitação de recursos humanos em saúde que revelou quatro sub-categorias: os marcos legais da formação em saúde; a dimensão curricular na formação em saúde; a perspectiva das metodologias de ensino-aprendizagem; capacitação de recursos humanos em

saúde. A outra categoria denominada Gestão do trabalho em saúde configurou duas sub-categorias: a regulação do trabalho em saúde e a precarização do trabalho no SUS.

Os excertos dos documentos revelam que no final da década de 90 algumas recomendações começam a expressar com mais nitidez a preocupação com as políticas de recursos humanos tendo em vista as pressões sociais para assegurar as políticas de saúde no país. A temática de recursos humanos em saúde na atualidade tem repercussão nacional e internacional mediante a crise de valorização instalada ao longo das duas últimas décadas, o que culminou com o posicionamento político da Organização Mundial de Saúde, ao decretar em 2006, o Decênio de Recursos Humanos em Saúde, com o objetivo de valorizar os profissionais da área tendo como objetivo a sustentabilidade dos sistemas de saúde.

Descritores: Políticas públicas, Recursos humanos em saúde, Enfermagem.

ABSTRACT

ALMEIDA, L.P.V. **HEALTH HUMAN RESOURCE POLICY: An Analysis of Health Ministry Documents.** Ribeirao Preto, 2007. 94p. Thesis (Masters) - University of Sao Paulo at Ribeirao Preto College of Nursing, 2007.

The health sector reform in Brazil originated the Sistema Único de Saúde [*Single Health System*], which contemplates health as a social right. Hence, nowadays, health is treated as a universal asset that should be promoted to every citizen. This implies the equity principle, in which each citizen has the right to the actions and services required to maintain and recover health. This proposal has strong implications on health human resources, in terms of political and technical definitions related to work management and professional education. Building a human resource policy, from the perspective of a health system administrator, takes into consideration the idea of government policy as the process of public choices directed to public rationale and interest. Particularly, the national health human resource policy has a strong relation with the process of creating the Single Health System. The health systems' institutional capacity of administrating human resources has been insufficient to ensure the necessary institutional conditions to allow human performance to contribute efficiently, with the quality and productivity needed to reach health service goals and promote sector reforms. The purpose of this study is to identify, in the National Health and Health Human Resources Conferences from 1986 to 2005, the public policies that ruled health professionals' work administration in Brazil. It is a documental research using categorical analysis of official Health Ministry reports. Data were collected by means of the official Health Ministry website and at the Sao Paulo Public Health College library. The material was subjected to content analysis according to Laurence Bardin's presuppositions. Data analysis revealed two rather important categories. The first refers to health human resource education and empowerment, and revealed four sub-categories: the legal milestones of health education; the curricular dimension in health education; the perspective of teaching-learning methodologies; health human resource empowerment. The other category, named health work administration, had two sub-categories: health work regulation and the precariousness of working in the Single Health System.

Document excerpts revealed that, in the late 1990s, some recommendations started to express, more clearly, the concern with human resource policies due to social pressures to ensure health policies in the country. The current theme of health human resources has gained national and international repercussion due to the appreciation crises established over the last decades. This culminated with the World Health Organization's political position, by decreeing the Health Human Resource Decennium in 2006, with the purpose of valuing health professionals with a view to health system sustainability.

Keywords: public policies, health human resources, nursing.

RESUMEN

ALMEIDA, L.P.V. **POLÍTICAS DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD: Análisis de Documentos del Ministerio de Saúde.** Ribeirão Preto, 2007. 94f. Dissertação (Maestría)- Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto. Universidad de São Paulo, 2007.

La reforma del sector Salud en el Brasil, trajo como resultado la creación del Sistema Único de Salud que contempló la salud como un derecho social. De esa forma en la actualidad, la salud es considerada como un bien universal a ser ofrecido para todos los ciudadanos, expresado en el Principio de la Equidad, en que cada ciudadano tiene derecho a acciones y servicios necesarios para conservar y recuperar la salud. Esa ideología tiene fuerte implicación con los recursos humanos en salud, en términos de definiciones políticas y técnicas relacionadas a la gestión del trabajo y a la formación profesional. La construcción de una política de recursos humanos, en la perspectiva del gestor del sistema de salud tiene en consideración la noción de política de gobierno, como proceso de elecciones públicas orientado a la razón pública e al interés público. En especial, la política nacional de recursos humanos en salud tiene fuerte relación con el proceso de construcción del Sistema Único de Salud. La capacidad institucional de los sistemas de salud en gestión de recursos humanos, fue insuficiente para asegurar las condiciones institucionales para que el desempeño humano contribuya con eficacia, calidad y productividad para el alcance de los objetivos de los servicios de salud y de las reformas sectoriales. Este estudio tiene como objetivo identificar en el marco de las Conferencias Nacionales de Salud y de Recursos Humanos en Salud, en el período de 1986 al 2005, las políticas públicas que orientan la gestión del trabajo de los profesionales de salud en el Brasil. Se trata de una investigación documental, con análisis de categoría de datos históricos oficiales del Ministerio de la Salud. Los datos fueron recolectados a través del site oficial del Ministerio de Salud y de la biblioteca de la Facultad de Salud Pública de São Paulo. El material fue sometido a la técnica del análisis de contenido conforme los presupuestos de Laurence Bardin. El análisis de los datos revelaron dos categorías de grande importancia, una referente a la formación y capacitación de recursos humanos en salud, que reveló cuatro sub-categorías: los marcos legales de la formación en salud; la dimensión curricular en la formación en salud; la

perspectiva de las metodologías de enseñanza-aprendizaje; capacitación de recursos humanos en salud. La otra categoría denominada Gestión del trabajo en salud, configuró dos sub-categorías: la regulación del trabajo en salud y la precarización del trabajo en el SUS.

Una parte de los documentos, revela que en el final de la década del 90 algunas recomendaciones comienzan a expresar con más nitidez la preocupación con las políticas de recursos humanos, teniendo en vista las presiones sociales para asegurar las políticas de salud en el país. La temática de recursos humanos en salud en la actualidad, tiene repercusión nacional e internacional, mediante la crisis de valorización instalada a lo largo de las dos últimas décadas, lo que culminó en el posicionamiento político de la Organización Mundial de Salud al decretar en el año de 2006 el Decenio de Recursos Humanos en Salud, con el objetivo de valorizar los profesionales del área teniendo como objetivo de preservar los sistemas de salud.

Descriptor: Políticas públicas, Recursos humanos en salud, Enfermería.

LISTA DE ABREVIações

AIS- Ações Integradas de Saúde

ABEn- Associação Brasileira de Enfermagem

CNS- Conferência Nacional de Saúde

CNRHS- Conferência Nacional de Recursos Humanos em Saúde

CES- Câmara de Educação Superior

CNE- Conselho Nacional de Educação

CIPLAN- Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação

DCENF- Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Graduação em Enfermagem

ETSUS- Escolas Técnicas do SUS

HIV- Human Immunodeficiency Virus

INAMPS- Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

LDB- Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional

MEC- Ministério da Educação

NOB- Norma Operacional Básica

PEPS- Pólos de Educação Permanente em Saúde

PCCS- Plano de carreira, cargos e salários

PROFAE- Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem

RH- Recursos Humanos

SAMU- Sistema de Atendimento Móvel de Urgência

SEGTES- Secretária da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

SAMETS- Sistema de Informação sobre Mercado de Trabalho e Formação de Recursos Humanos para o Setor Saúde

SUS- Sistema Único de Saúde

SENADEN- Seminário Nacional de Diretrizes para Educação em Enfermagem no Brasil

SUMÁRIO

Lista de Abreviaturas

1. Recursos Humanos em Saúde em Foco- contextualizando a temática de estudo	15
1.1. A Reforma do Setor Saúde e suas Implicações para os Recursos Humanos em Saúde.....	15
1.2. A Problemática Atual dos Recursos Humanos em Saúde.....	19
1.3. A Gestão de Recursos Humanos e a Qualificação Profissional e dos Serviços de Saúde	21
1.4. A Formação e a Capacitação Profissional.....	28
1.4.1. A Formação Universitária	34
1.4.2. A Formação do Nível Médio	37
1.4.3 A Formação em Serviço	39
2. Construção do Objeto de Estudo e Delineamento Metodológico	43
3. Organização dos Dados Documentais	46
4. Apresentação e Análise dos Dados Documentais	50
4.1. A Formação e capacitação de Recursos Humanos em Saúde	50
4.1.1 Os marcos legais da formação em saúde	51
4.1.2 A dimensão curricular na formação em saúde	55
4.1.3 A perspectiva das metodologias de ensino aprendizagem.....	67
4.1.4. Capacitação de recursos humanos em saúde	72
4.2. A Gestão do Trabalho em Saúde.....	77
4.2.1 A regulação do trabalho em saúde.....	77
4.2.2 A precarização do Trabalho no SUS	81
5. Considerações Finais	84
Referências	89

INTRODUÇÃO

1. CONTEXTUALIZANDO A TEMÁTICA DE ESTUDO: RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE

1.1. A Reforma do Setor Saúde e suas Implicações para os Recursos Humanos em Saúde

A reforma do setor saúde iniciada na década de 80 com as Ações Integradas de Saúde-AIS acompanhada pelo movimento sanitário brasileiro com apogeu na VIII Conferência Nacional de Saúde, levaram a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) o qual se fortaleceu com a nova Constituição Brasileira que contemplou a saúde como um direito social, cuja garantia é responsabilidade de cada um e de todos e, em especial do Estado, assegurado mediante duas condições básicas: políticas públicas-econômicas e sociais para redução de riscos e, acesso a todos os brasileiros a serviços e ações de saúde (BRASIL,2002).

Dessa forma a saúde foi vista como um bem universal a ser provido para todos os cidadãos, implicando o princípio da igualdade de cada cidadão frente às ações e serviços requeridos para manutenção e recuperação de sua saúde (FONSECA e SEIXAS, 2002).

Nesse contexto o que se busca garantir é o princípio de equidade que garante o acesso igualitário o que não significa que o SUS deva tratar a todos de forma igual, mas sim respeitar os direitos de cada um, segundo as suas diferenças. É um princípio de justiça social.

Fonseca e Seixas (2002), analisando os ditames constitucionais de 1988 em relação à saúde, apreenderam três dimensões do ideário do Sistema Único de Saúde que têm forte implicação com os recursos humanos em saúde, em termos de direcionalidade, conteúdo e abrangência. Essas dimensões explicitam-se nas formas:

- conceitual, ao expressar o reconhecimento da determinação social no risco de adoecer e de sofrer agravos à saúde;
- ética, ao compreender a saúde como direito social, com garantias de universalidade, integralidade, equidade;
- organizacional, ao conceber um sistema de saúde pluralista, regionalizado, hierarquizado, descentralizado, com direção única em cada esfera de governo.

A Lei Orgânica de Saúde nº. 8080/90 incorporou os princípios da universalização da cobertura, a equidade do acesso, a integralidade das ações, a hierarquização em relação à complexidade tecnológica, a regionalização como fortalecimento do papel do município e o controle social através da participação da população (FERRAZ, MISHIMA e COLABORADORES, 2001). As autoras destacam ainda que em paralelo a essa reforma do setor público ocorreu também o fortalecimento de grupos de tendência à privatização da saúde.

Na atualidade, apesar da mudança consubstancial no que se refere ao direito universal, o setor saúde constitui-se em palco de tensão entre o poder público e o privado. A Lei n.º.8080/90 definiu as funções comuns a cada esfera de governo e reforçou a ênfase no caráter de execução dos municípios e planejamento por parte

dos estados. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços de saúde em todo país e a Lei n.º 8.142/90 que estabelece duas formas de participação da população na gestão do SUS: a "Conferência de Saúde" e o "Conselho de Saúde".

A descentralização orientada para a municipalização, ainda em processo de integração das distintas instituições prestadoras de assistência, tem o desafio de tornar os serviços públicos de saúde menos ociosos e mais resolutivos.

Os processos de reforma setorial afetam, considerável e diferenciadamente, o desenvolvimento dos recursos humanos de saúde em todos os países. Por outro lado, verificam-se problemas no desempenho dos sistemas de saúde devido a falta de definições políticas e técnicas sobre os recursos humanos, o que afeta as possibilidades de se alcançar os objetivos dessas reformas (OPAS, 2001).

Confrontam-se também, problemas de viabilidade de algumas mudanças institucionais, como aquelas relacionadas a introdução de novos modelos de atenção, quando não contam com a participação e o apoio dos trabalhadores de saúde ou das instituições responsáveis por sua formação e educação em serviço. Em outras palavras, os recursos humanos não são somente parte do problema, mas constituem parte essencial da solução (OPAS, 2001).

Alguns determinantes dos processos de mudança do setor atuam positiva ou negativamente sobre os recursos humanos em saúde e definem, na prática, a dinâmica social e institucional onde o pessoal de saúde exerce suas funções e, portanto, afetam a gestão dos recursos humanos. Alguns desses determinantes estão citados em documento sobre recursos humanos:

- descentralização;
- relativa debilidade ou ausência de políticas de recursos humanos;
- persistência de migração não controlada, falta de incentivo no emprego, salários baixos;
- distorções e desequilíbrios entre a oferta e a distribuição de recursos humanos;
- flexibilidade nas relações de trabalho;
- escassez de recursos diversos que impactam nas condições de trabalho;
- mudanças organizacionais para prestação de atenção integral e de qualidade à população (OPAS,2001).

Já no início da década de 80 estudiosos apontavam que o Estado não constituiria um sistema de saúde qualificado sem uma política de recursos humanos séria e competente.

A qualificação da atenção à saúde no SUS representa a síntese das aspirações e necessidades da população de uma atenção à saúde que garanta o acesso a todos os níveis de complexidade e principalmente uma atenção eficaz, efetiva e humana como parte de seus direitos de cidadania.

As reformas em saúde no Brasil têm acentuado, em função dos contextos das políticas de ajustes em que se realizaram na década de 1990, um complexo processo de qualificação e desqualificação da força de trabalho em saúde. As reformas centraram-se na redução de pessoal e na contenção do gasto público para a remuneração destes servidores e embora a Reforma Sanitária tenha procurado dar importância à formação e ao emprego dos trabalhadores da saúde, nunca foram

colocadas em prática, políticas coerentes e continuadas de pessoal de saúde. As medidas se concentraram na transferência de pessoal para a prestação de serviços nas unidades descentralizadas para estados e municípios, persistindo, contudo a vinculação trabalhista ao regime federal de recursos humanos, o que determinou a cronificação de problemas funcionais e administrativos que geram conflitos entre o pessoal das esferas municipais, estaduais e federais (OPAS, 2001).

Assim nestes vinte anos de reforma do setor saúde o Brasil tem convivido com contradições e dificuldades para compatibilizar o perfil dos trabalhadores da saúde com os requisitos solicitados pelo Sistema Único de Saúde. Esses nós críticos estão relacionados à demanda crescente de ações de saúde por parte da população, aos avanços da tecnologia em saúde, os quais requerem ritmo de formação e alocação da força de trabalho, singularidades regionais e planos de contratos, cargos e salários que respondam as justas reivindicações corporativas com o interesse público.

1.2. A Problemática Atual dos Recursos Humanos em Saúde

Os avanços tecnológicos e o crescimento da renda das populações estão requerendo uma força de trabalho mais especializada, mesmo com o aumento da necessidade de cuidados da atenção básica. Sem um aumento maciço na educação de trabalhadores, essas lacunas crescentes exercerão maior pressão e poderão aumentar o grau de insatisfação dos próprios profissionais e da população em geral.

Os trabalhadores da saúde são todas as pessoas engajadas na prestação de serviços de saúde a população e que têm o propósito fundamental de reconstruir no cotidiano as concepções teóricas e práticas em torno da atenção em saúde. Os trabalhadores da saúde não são apenas indivíduos, com tarefas específicas, mas fazem parte de equipes funcionais, nas quais cada integrante contribui com habilidades diferentes e desempenham funções distintas e articuladas (OPAS, 2006).

A combinação de habilidades para o trabalho em equipe e o desequilíbrio na distribuição da força de trabalho compõe o quadro da problemática atual dos recursos humanos em saúde. Em muitas regiões, as habilidades delimitadas às distintas categorias profissionais não se articulam satisfatoriamente para dar conta do perfil local das necessidades de saúde. Também as habilidades críticas para conceber, gerenciar e atuar em saúde pública, com suas políticas públicas e de gestão em saúde são muitas vezes deficitárias (OPAS,2006).

A maioria dos problemas de recursos humanos está enraizada nos contextos de mudanças dos próprios recursos humanos e não podem ser facilmente resolvidos, uma vez que essa problemática suscita grande carga emocional devido a questões de status e uma carga política devido a interesses divergentes, por isso para o seu encaminhamento em busca de soluções as partes interessadas precisam estar engajadas, tanto no diagnóstico quanto na solução do problema (OPAS, 2006).

A capacidade institucional dos sistemas de saúde em gestão de recursos humanos é insuficiente não só para fazer frente aos problemas de pessoal nos serviços de saúde, como também para assegurar as condições institucionais para que o desempenho humano contribua com eficácia, qualidade e produtividade para

o alcance dos objetivos dos serviços de saúde e das reformas setoriais (FONSECA e SEIXAS, 2001).

1.3. A Gestão de Recursos Humanos e a Qualificação Profissional e dos Serviços de Saúde

Atacar os problemas mundiais da saúde requer gestão qualificada dos recursos humanos a fim de alocar trabalhadores certos, com habilidades certas, no lugar certo, fazendo a coisa certa e assim, mantendo a agilidade para responder as crises, preencher lacunas atuais e antever o futuro (OPAS, 2006).

Todavia o tema dos recursos humanos, especificamente a gestão dos recursos humanos, tem estado ausente das agendas das reformas do setor da saúde, muito embora seja normal encontrarmos expressões de que os recursos humanos são o elemento central dos sistemas de saúde e um fator essencial na reforma do setor. Essa insuficiência de política e de gestão de recursos humanos reflete na persistência de importantes problemas de distribuição, migração, baixos salários, iniquidades e falta de articulação entre a formação de pessoal e a necessidade do sistema de saúde (OPAS,2001).

Para a Organização Pan-Americana (2001) em qualquer sistema de serviços de saúde, os profissionais, técnicos e auxiliares em sua interação de natureza técnica e social com os usuários dos serviços são as pessoas que, em última instância, definem os serviços que serão produzidos: quando, onde e em que

quantidades serão consumidos e, portanto, qual o impacto que terão sobre a condição de saúde das pessoas.

O êxito das ações de saúde depende, em grande parte, da eficácia e da qualidade da gestão do desempenho do pessoal de saúde, considerando que a gestão de recursos humanos inclui as concepções teóricas, as decisões e intervenções sobre os processos inerentes ao desempenho de recursos humanos de saúde na sua contribuição à atenção da saúde da população, em uma instituição específica. Essa instituição específica que compõe o serviço de saúde é o lugar onde o profissional de saúde atua tecnicamente e torna seu contrato de trabalho efetivo (OPAS, 2001).

Para que a gestão de recursos humanos seja assumida como função essencial de saúde pública e possa contribuir para a melhora do desempenho dos sistemas de saúde é necessário:

- promover mudanças no âmbito conceitual, político e operacional da gestão de recursos humanos;
- desenvolver e fortalecer as políticas de recursos humanos como expressões da intervenção da autoridade sanitária;
- formular estratégias e ações para melhorar a capacidade institucional dos serviços de saúde e de gestão de recursos humanos (OPAS, 2001).

Nos serviços de saúde já não há lugar para continuar com uma gestão limitada à função de administração de pessoas. As mudanças que envolvem os serviços públicos transformaram as condições institucionais da gestão, com uma grande reviravolta tanto na orientação e na finalidade da gestão dos recursos humanos, como em seu conteúdo (OPAS,2001).

As ações para o fortalecimento da gestão de recursos humanos em saúde possuem três dimensões: uma dimensão conceitual onde é necessária a adoção de novos conceitos de recursos humanos. Não é possível a visão do pessoal como objeto ou insumo, própria de uma administração de pessoal limitada. É necessário superar esse paradigma e construir uma proposta fundamentada na idéia de pessoas protagonistas dos processos sociais e institucionais complexos que constituem a atenção à saúde; uma dimensão política onde a gestão de recursos humanos é parte das intervenções que exige a execução das políticas de recursos humanos em saúde. A gestão de recursos humanos assegura a eficácia e a qualidade do desempenho do pessoal para alcançar os objetivos do sistema de saúde; e uma dimensão operacional tornando-se indispensável redefinir as áreas de competência da gestão de recursos humanos, de conformidade com um novo conceito, com uma nova visão de gestão do desempenho nas instituições e ajustada as exigências da realidade em transformação dos sistemas de saúde (OPAS, 2001).

A capacidade técnica dos serviços está diretamente ligada com as competências das equipes de saúde, os instrumentos tecnológicos para diagnóstico e terapêutica e a gerência eficiente e eficaz.

O setor saúde defronta-se com a problemática de desqualificação do trabalho e requer respostas urgentes frente ao movimento da reforma sanitária que aponta novos princípios essenciais para a reformulação do perfil dos serviços no sentido da qualificação do trabalho específico. Em conseqüência é necessário viabilizar estratégias para qualificar o contingente de trabalhadores empregados sem capacitação específica para exercer atividades próprias de saúde [...] É necessário superar os treinamentos de capacitação e instituir um processo educativo que garanta a habilitação profissional; promovendo a legitimação social para a prática e os estímulos de promoção profissional e intelectual em vez da tradicional capacitação restrita e utilitarista (SANTOS et al, 1987).

A estratégia da atenção básica como eixo reorganizador do sistema de saúde brasileiro trouxe a tona uma série de problemas, tradicionalmente classificados como do campo dos recursos humanos, mas frequentemente secundarizados por aqueles que tomam as principais decisões no setor saúde.

Devemos destacar a pequena relevância que o tema recursos humanos teve durante todo o período que antecedeu a formação do Sistema Único de Saúde. A gestão de recursos humanos foi questão de menor interesse e repercussão dentro do Sistema de Saúde brasileiro durante todo seu período de conformação. O mesmo se aplicou à questão da qualificação profissional. A maior parte do trabalho de qualificação ficou sob responsabilidade das próprias instituições hospitalares, tanto no nível técnico ou básico quanto no superior (JÚNIOR BIASOTO, 2002).

A idéia de participação com responsabilidade implícita neste modelo requer profissionais com capacidade de vincular-se ao trabalho, demonstrando cooperação entre si e com usuários e famílias.

Cabe destacar que essas diretrizes conduzem a uma forte necessidade de desenvolver a equipe de saúde considerando os processos de trabalho, desta forma, a educação permanente torna-se um instrumento de gestão de máxima importância.

A integralidade e a resolutividade na atenção à saúde, preconizada pelo movimento da reforma sanitária, só poderão ser alcançados pelos serviços de saúde com a coletivização do trabalho de múltiplas categorias profissionais, cuja integração funcional em equipe transcende o âmbito das unidades de saúde abrangendo toda rede. Os trabalhadores de saúde, em decorrência dos princípios da reforma sanitária, devem cada vez mais repartir entre si e inter-relacionar as atividades pertinentes a cada nível assistencial e administrativo, de modo que o sentido coletivo

imprima unidade às ações efetuadas pelo conjunto da rede de serviços (SANTOS, SOUZA e VIEIRA, 1987).

A melhoria da qualidade deve perseguir a garantia da equidade e integralidade do sistema de saúde, ou seja, no acesso da população a todos os níveis de assistência de acordo com a necessidade de cada cidadão e na mudança das práticas de saúde rompendo com dicotomias entre ações preventivas e curativas (BRASIL, 2004).

Essa melhoria da qualidade de atenção prestada ao cidadão requer além de melhorias na dimensão técnica a melhoria da dimensão interpessoal. A excelência da qualidade efetivar-se-á não só com a mudança de técnicas e práticas, mas com uma mudança de atitude, tendo como foco os usuários do sistema de saúde.

Assim, qualidade em saúde pode ser compreendida segundo várias perspectivas: epidemiologia, organizacional, política e social; todavia o mais importante é dar clarezas às dimensões da qualidade que resultará em forte capacidade de intervenção. Nessa perspectiva qualidade é o reflexo do conjunto de intervenções que resultam na redução do risco de adoecimento e morte, na assistência à saúde adequada à complexidade de cada caso, no atendimento digno à condição humana que levam aos melhores resultados e na satisfação da população com o sistema de saúde (BRASIL, 2004).

Encontram-se na Política de Qualificação de Atenção a Saúde (Brasil, 2004) diretrizes para a busca de uma situação desejada para o SUS, as quais descrevemos a seguir:

- estruturar a atenção à saúde em todos os níveis mediante critérios de acolhimento, vínculo, resolutividade, integralidade e responsabilização entre trabalhadores, gestores e usuários na rede de serviços;

- promover ambiência acolhedora no serviço de saúde;
- promover ampliação e fortalecimento do controle social, com gestões democráticas e participativas nos serviços de saúde;
- garantir processos de educação permanente dos trabalhadores que incluam os objetivos da humanização e estabeleçam interações profícuas entre serviços e instituições formadoras;
- promover mecanismos de fortalecimento e aprimoramento das relações e condições de trabalho, voltadas para valorização do trabalhador;
- viabilizar a implantação de diretrizes e consensos terapêuticos, fundamentados em evidências clínicas, com abordagem da integralidade do indivíduo e sua relação social, como forma de desenvolver a autonomia dos sujeitos;
- qualificar os recursos de informação incorporados à identificação de usuários, profissionais, serviços e dados de atenção à saúde.

Nesse coletivo de trabalho, as categorias de nível médio e elementar não participam apenas na qualidade de executores de tarefas de caráter manual, indicada por profissionais universitários. Assumem certo grau de autonomia, expresso pela realização de atos que exigem capacidade de observação, juízo e decisão. Nesse sentido não se comportam como meros auxiliares, dotados de papel acessório, como ocorre na tradicional divisão do trabalho do setor produtivo, possuem autonomia de intervenção que é tanto maior quanto menos complexa unidade de saúde, ainda que suas atividades requeiram supervisão por parte de profissionais de formação universitária (SANTOS, SOUZA e VIEIRA, 1987).

Este é um fator relevante para o aumento da produtividade social dos recursos investidos no setor, contribuindo para aumentar a capacidade resolutiva dos serviços e a integralidade da atenção.

No ano de 1998, o Conselho Nacional de Saúde divulgou a primeira versão do documento "Os Princípios e Diretrizes para a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS-NOB/RH-SUS" reconhecendo a necessidade de políticas públicas efetivas para a reorganização dos serviços de saúde, após um debate nacional articulado e articulador de gestores, trabalhadores e formadores de recursos humanos.

Com a instituição da Política Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde no âmbito do SUS (NOB/RH-SUS, 2005), esperava-se valorizar o trabalhador e promover a formação de equipes com o trabalho interdisciplinar e multissetorial (BRASIL, 2005).

A implementação desses princípios e diretrizes na construção social das políticas nacional, estaduais e municipais de Gestão do Trabalho no SUS é um processo que caminha na contramão da realidade atual produzida pelo modelo neoliberal. Será conquistada no cotidiano da decisão política de usuários, trabalhadores, prestadores de serviços e gestores e de ações programáticas e estratégicas que contemplem as dimensões técnicas, humanas e éticas que promovam novas relações de trabalho e maior governabilidade na produção dos serviços de saúde de qualidade a serem ofertados à população (BRASIL, 2005).

O trabalho não qualificado, fragmentado, repetitivo, rotineiro e prescrito, característico do modelo taylorista/fordista, é substituído por um trabalho polivalente, integrado, em equipe, com mais flexibilidade e autonomia. A natureza deste tipo de trabalho reveste-se da imprevisibilidade das situações, nas quais o trabalhador tem

que fazer escolhas e opções o tempo todo, ampliando-se as operações mentais e cognitivas envolvidas nas atividades (DELUIZ, 2001).

Em meio ao debate sobre necessidades de saúde da população versus organização dos serviços, já se evidenciava o descompasso entre o perfil de profissionais da saúde que a população precisava e o perfil que as escolas formavam para o mercado (SANTOS, SOUZA e VIEIRA, 1987).

1.4. A Formação e a Capacitação Profissional

Entende-se por preparação de pessoal de saúde todos os processos educativos que os qualifica para exercer atividades específicas em um coletivo de trabalhadores de saúde. Nesse sentido, preparação compreende desde os processos formais que preparam profissionais de saúde até os processos informais de capacitação de pessoal para o trabalho no setor (SANTOS, SOUZA e VIEIRA, 1987).

Para as autoras, processos educativos formais que legitimam socialmente os profissionais de saúde são considerados processos de formação. Nesse sentido formação é um conceito que compreende educação como instituição em uma dada sociedade, ou seja, o sistema educacional formal público e privado representado pelas escolas, universidades regulamentados pelas instituições normativas federais e estaduais. O educando neste processo percorre um currículo que contém disciplinas de natureza geral e profissional com objetivo de prepará-lo para o

exercício da cidadania e a prática específica de uma profissão (SANTOS, SOUZA e VIEIRA, 1987).

Um dos objetivos centrais do desenvolvimento de força de trabalho é produzir um número suficiente de trabalhadores com qualificações técnicas e cujo histórico, de linguagem e de atributos sociais os tornem acessíveis e capazes de alcançar diversos tipos de clientes e populações. Para isso, é necessário planejamento ativo e gerenciamento na produção de recursos humanos com foco na construção de instituições formadoras fortes, no fortalecimento da regulação profissional e na revitalização das capacidades de recrutamento (OPAS,2006).

A consolidação das diretrizes e dos princípios do SUS, ainda que postulados parcialmente a partir do ideário da reforma sanitária, acabou por demandar aos serviços de saúde, centros formadores, escolas técnicas e universidades, uma nova lógica para a formulação de políticas e para o desenvolvimento de práticas de formação do trabalhador.

A formação de trabalhadores para a saúde é revestida de uma importância como peça fundamental para a elaboração desta Política Nacional de Gestão do Trabalho. Assim, nos reportamos a Constituição que determina "que a competência para ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde é do SUS" (BRASIL,1988, art 200, inciso III). E a União, os estados e o Distrito Federal estão obrigados a manterem escolas de governo para a formação e o aperfeiçoamento dos servidores, constituindo-se a participação nos cursos um dos requisitos para a promoção na carreira.

Na área da formação, os problemas identificados estão relacionados à ausência de integração ensino/serviço, alienação das escolas de saúde da realidade social, diferentes interesses entre o sistema de saúde e o sistema formador. Os

modelos curriculares observados na área da ciência de saúde apresentavam uma desarticulação interna: áreas básicas e clínicas, práticas e estágios.

No período inicial da década de 90, o debate em torno do desenvolvimento de recursos humanos emergiu com o apontamento de insatisfações dos gestores quanto ao desempenho profissional nos serviços. A deficiência de pessoal qualificado na área de educação técnica é um problema crônico do sistema de saúde brasileiro. O sistema educacional brasileiro, só investiu na qualificação técnica para a indústria e agricultura, mediante redes de escolas técnicas federais e através do sistema de parceria entre governo e as confederações patronais. Na área da saúde, sempre houve uma deficiência muito grande de formação de pessoal (GIL, CERVEIRA e TORRES, 2002).

Existe a inadequação entre as possibilidades e as expectativas da formação profissional em realidades sócio econômicas tão díspares num país como o Brasil. O modelo vigente de formação profissional não funcionaria sem tantas aberrações num contexto de distribuição de renda mais eqüitativa (SANTANA,2002).

O modelo educacional orienta-se para aquele perfil profissional, cuja realização no plano das expectativas pessoais e familiares, do ponto de vista de imagem corporativa e, por que não reconhecer, da própria sociedade que associa a imagem de sucesso profissional a elevados rendimentos econômicos. Isto não é novidade, haja vista a histórica dificuldade dos hospitais e do sistema ambulatorial do setor público em contratar e manter esse profissional. Mas adquire relevância como problema de saúde pública quando se pretende implantar uma política de atenção primária, que não encontra respaldo no sistema educacional (SANTANA, 2002).

As iniciativas de qualificação profissional para trabalhadores da área da saúde vêm sendo referenciadas desde a década de 80, como podemos perceber através de um documento denominado “Recursos Humanos para os Serviços Básicos de Saúde” em que esboça algumas diretrizes gerais acerca da estratégia de formação pelas instituições de saúde:

- planejamento contínuo, a partir das necessidades detectadas;
- trabalho articulado e permanente com o setor educacional;
- integração entre ensino e a prestação de serviços;
- máxima utilização na qualidade de instrutores, de profissionais empregados na prestação de serviços técnicos e administrativos;
- validação da capacitação profissionalizante usando a flexibilidade proporcionada pelo ensino supletivo;
- estímulo a complementação da formação profissionalizante através do cumprimento das exigências de educação geral por via supletiva para que se alcance uma habilitação no nível pertinente (SANTOS, SOUZA e VIEIRA, 1987).

A preparação de pessoal de saúde é um tema complexo que envolve questões relativas ao tipo de serviço desenvolvido pelo setor para dar atenção de saúde à população, questões relativas ao conhecimento na área e também questões relacionadas com a valorização do trabalho.

O descompasso entre a formação dos profissionais de saúde, seja qual for seu nível, as necessidades dos serviços, principalmente aqueles que configuram o primeiro nível de atenção, e as necessidades de saúde da população não é um dilema recente para o setor público da saúde brasileiro. Porém após o advento do

SUS esse problema tem adquirido importância crescente, tornando-se cada vez mais para os gestores, que não podem contar com um quadro de profissionais preparados, com suficiência qualitativa e quantitativa, para atuar no âmbito da atenção básica e, conseqüentemente, fortalecer este nível de atenção no SUS. Por sua vez os órgãos formadores não têm como desconsiderar essa realidade, que tem se mostrado cada vez mais evidentes às instituições de ensino (GIL, CERVEIRA e TORRES, 2002).

Nos dias de hoje, apesar da Constituição, em seu artigo 200, atribuir ao SUS a responsabilidade de ordenar a formação profissional na área da saúde, esse preceito não se tem traduzido plenamente numa prática institucional. Os instrumentos de poder e de articulação que dispõe o sistema neste momento, para orientar o processo de formação e a distribuição dos recursos humanos, além de não serem suficientes, não tem sido utilizados na sua totalidade (FONSECA e SEIXAS, 2002).

No plano acadêmico a lógica que tem orientado os movimentos educacionais ainda está significativamente deslocada, tanto da realidade epidemiológica quanto dos propósitos assistenciais encetados pelo SUS e na prática exerce significativa influencia no ordenamento futuro dos profissionais de saúde (CHRISTOFARO, 1999; SANTOS e CHISTOFARO, 1996; FEUERWERKER, 2002 apud BRASIL, 2002).

Para que se realize a aproximação entre os centros formadores e os serviços o processo de formação/ preparação não pode mais ser desenvolvido através de metodologias tradicionais de ensino, onde se retira o profissional do serviço para inseri-lo em uma outra dimensão distanciada daquela realidade. Tais estratégias e metodologias educacionais não apenas são ineficientes frente a

perspectiva da preparação, como se tornam inviáveis operacionalmente dada a dimensão, a intensidade e a continuidade com que os processos devem ser desenvolvidos no sistema (BRASIL,2002).

A legislação educacional no Brasil prevê e estabelece normas e critérios que norteiam tanto a educação geral quanto a formação profissional. A formação profissional, na área da saúde, é definida pelo sistema educacional, como sendo de primeiro e segundo grau (habilitações profissionais) e, também, no ensino superior (profissões universitárias).

A reflexão sobre como realizar a formação profissional deve incorporar a decisão sobre o papel da educação na conformação do cidadão trabalhador (TELLES, 1996), conjugando esforços para estimular e estreitar a articulação das instâncias responsáveis por essa formação com o setor produtivo, parceria essa que deve ter como horizonte um sistema educacional voltado para o atendimento das necessidades e das demandas da sociedade (AMÂNCIO FILHO, WERMELINGER, GARCIA, sem data).

As propostas de desenvolvimento para recursos humanos sugeridas pelo Ministério da Saúde foram sempre voltadas fundamentalmente para a formação e capacitação dos profissionais de saúde já graduados, inseridos ou em fase de inserção nos serviços. Utilizaram como alternativa, mecanismos que suprissem as deficiências nas áreas da atenção básica, diversificando e aumentando a oferta dos cursos nas áreas programáticas específicas. Desta forma concluí-se, que o processo de desenvolvimento de recursos humanos ocorreu de forma pontual, fragmentada, descontínua, não dando conta da integralidade da assistência.

No cenário da formação profissional, cada vez mais os antigos currículos se mostram inadequados frente às mudanças sociais, aos novos perfis

epidemiológicos e às demandas dos serviços. Atualmente não se requerem tantos especialistas, mas sim generalistas, seja para alcançar os objetivos de extensão de cobertura, seja para criar novos modelos de atenção, com ênfase no trabalho em equipe e nas ações de promoção, vigilância e prevenção. É cada vez mais necessário implementar projetos educacionais capazes de atualizar conhecimentos, introduzir novas tecnologias e desenvolver habilidades para o trabalho multiprofissional (FARIA e VIANA,2002).

1.4.1. A formação universitária

A constatação da necessidade de transformações filosóficas e pedagógicas que atendam às expectativas da cultura pós-moderna foram representadas, no Brasil, pela revolução educacional desencadeada oficialmente com a Lei N° 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que estabeleceu as diretrizes e bases da educação nacional. Nessa nova L.D.B. (Lei das Diretrizes e Bases da Educação), a educação superior tem como finalidades principais, formar indivíduos aptos para a inserção em setores profissionais, para a participação no desenvolvimento da sociedade brasileira e estimular o desenvolvimento do espírito científico e do pensamento reflexivo (BRASIL, 1996).

Este documento retrata que a universidade tem se inserido na relação com os serviços e comunidade, primando pela verticalidade, pela unilateralidade, pelo utilitarismo, pela falta de compromisso com a continuidade dos processos e com as demandas geradas. Daí, então, entende-se a necessidade de uma relação

universidade-serviço de saúde mais dialogada, horizontalizada propiciando uma aliança entre atores diferentes para a conquista de fins comuns.

As mudanças curriculares ou pedagógicas introduzidas no ensino das profissões da área da saúde mantiveram referenciais direcionados pela lógica tecnológica e de mercado, induzido não somente pela vertente econômica mas também amparado em um referendo social. A estrutura curricular que determina o arcabouço geral da formação profissional na área da saúde é idêntica e está baseada na dicotomia entre teoria e prática, ciclo básico e profissionalizante. O conhecimento repassado por disciplinas do ciclo básico é fornecida por departamentos cada vez mais especializados, incapazes de promover a relação entre conhecimento adquirido e futura prática profissional.

A dicotomia entre teoria e prática, ou entre ensino e serviço, a dificuldade de avaliação de competências profissionais para efeito de certificação profissional e a inadequação do perfil dos graduandos da área de saúde frente às novas necessidades do sistema de saúde brasileiro assim como a inadequação do processo de formação e produtos acadêmicos, conhecimento produzido e serviços prestados, mostram que as necessidades sociais tornam-se um empecilho ao esforço para reorganizar e incentivar a atenção básica como estratégia privilegiada de substituição do modelo tradicional de organização do cuidado em saúde (FONSECA e SEIXAS, 2002).

Para os autores, a integração entre os processos de ensino-aprendizagem e de produção de serviços é, requisito indispensável para o desenvolvimento de competências profissionais.

No ensino superior das profissões de saúde, ocorre uma profunda dissociação entre sua dinâmica e as necessidades de saúde da maioria da

população. Os egressos desconhecem ou não se interessam pelos principais problemas de saúde pública.

Nesse enfoque de ensino o predomínio ainda é o tratamento da doença com base na especialização e no arsenal tecnológico mais recente. A dimensão epidemiológica e social do processo de viver e adoecer, bem como as perspectivas da prevenção de riscos e da promoção da saúde são objetos de ensino quase exclusivamente no âmbito dos departamentos especializados.

Tornam-se necessárias mudanças na orientação teórica das escolas de graduação em saúde e na prática de ensino, de forma a não considerar a doença, mas também a promoção da saúde. Há ainda que se processar mudanças no cenário do ensino de forma que esses sejam mais representativos da realidade sanitária atual e considerar a inserção e a integração de serviços prestados pelas instituições de ensino e serviços do SUS (FONSECA e SEIXAS, 2002).

As diretrizes curriculares dos cursos de graduação da saúde (medicina, enfermagem, nutrição, fisioterapia, fonoaudiologia e terapia ocupacional) orientadas pelo parecer n.º 1133/2001 da Câmara de Educação Superior (CES) e Conselho Nacional de Educação (CNE) e pelo parecer 1210/2001 CES e CNE, apontam a necessidade desses cursos incorporarem, nos seus projetos pedagógicos o arcabouço teórico do SUS. Valorizam ainda postulados éticos, a cidadania, a epidemiologia e o processo saúde/doença/cuidado, no sentido de garantir formação de acordo com referenciais de qualidade e inova ao estimular a inserção precoce e progressiva do estudante no SUS, o que lhe garantirá conhecimento e compromisso com a realidade de saúde do seu país e sua região (INEP, 2006).

1.4.2. A formação do nível médio

O ensino médio profissionalizante no Brasil sempre se configurou como um nível de ensino de difícil enfrentamento, principalmente em virtude da sua histórica indefinição. Suas propostas curriculares foram organizadas tendo por base a oferta de conteúdos comuns, universais e unitários, objetivando, muitas vezes em oferecer um ensino voltado para prosseguir os estudos em nível superior (TAKAHASHI, 2006).

A formação profissional, desde suas origens, sempre foi reservada às classes menos favorecidas, estabelecendo-se nítida distinção entre aqueles que detinham o saber (ensino secundário, normal e superior) e os que executavam tarefas manuais (ensino profissional). Até meados da década de 70, a formação profissional limitava-se ao treinamento para a produção em série e padronizada, com a incorporação maciça de operários semi-qualificados, adaptados aos postos de trabalho, desempenhando tarefas rotineiras previamente especificadas e delimitadas. A partir da década de 80, as novas formas de organização e de gestão modificaram estruturalmente o mundo do trabalho. O emprego de tecnologias complexas agregadas à produção e à prestação de serviços estabeleceu um novo cenário econômico e produtivo passando a requerer sólida base de educação para todos os trabalhadores, educação profissional básica para os não qualificados, qualificação profissional dos técnicos e educação continuada para atualização, aperfeiçoamento, especialização e requalificação dos trabalhadores (CNE, 1999).

Atualmente a educação profissional é concebida como importante estratégia para que os cidadãos tenham efetivo acesso às conquistas científicas e tecnológicas da sociedade. Impõe-se a superação do enfoque tradicional da

formação profissional baseado na preparação para a execução de tarefas, requerendo além do domínio operacional do fazer, a compreensão global do processo produtivo, com apreensão do saber tecnológico, a valorização da cultura do trabalho e a mobilização dos valores necessários à tomada de decisões (CNE,1999).

A Lei Federal n.º 9394/96, a atual LDB- Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional- configura a identidade do ensino médio como uma etapa de consolidação da educação básica, de aprimoramento do educando como pessoa humana, de aprofundamento dos conhecimentos adquiridos no ensino fundamental para continuar aprendendo e de preparação básica para o trabalho e a cidadania. Dispõe, ainda, que “ *a educação profissional, integrada às diferentes formas de educação, ao trabalho, à ciência e a tecnologia, conduz ao permanente desenvolvimento de aptidões para a vida produtiva*” (CNE,1999). Essa concepção aparece superando o enfoque assistencialista e economicista da educação profissional, definindo o que é de fato a educação profissional.

O art. 35 da Lei n.º 9394/96 refere que o ensino médio terá como finalidades: a consolidação e o aprofundamento dos conhecimentos adquiridos no ensino fundamental, possibilitando o prosseguimento de estudos; a preparação básica para o trabalho e a cidadania do educando, para continuar aprendendo, de modo a ser capaz de se adaptar com flexibilidade a novas condições de ocupação ou aperfeiçoamento posteriores; o aprimoramento do educando como pessoa humana, incluindo a formação ética e o desenvolvimento da autonomia intelectual e do pensamento crítico; a compreensão dos fundamentos científico-tecnológicos dos processos produtivos, relacionando a teoria com a prática, no ensino de cada disciplina (BRASIL, 1996).

Dessa forma, a nova organização curricular tem como perspectiva uma aprendizagem permanente, de formação continuada, que tem como elemento central para essa formação, a construção de cidadania em função dos processos sociais que se modificam. Para tanto, o ensino médio profissionalizante deve priorizar a formação ética, o desenvolvimento da autonomia intelectual e do pensamento crítico (TAKAHASHI,2006).

O decreto 2208/97, que regulamenta a educação profissional, destaca três determinações legais: As diretrizes curriculares nacionais, a modularização curricular para os cursos técnicos e a identificação de competências e dos perfis profissionais, com ênfase na preparação para o mercado de trabalho.

A perspectiva em que se inserem os cursos técnicos profissionalizantes de nível médio, modalidade seqüencial, oferecidos a alunos que tenham concluído o ensino médio são uma resposta à sociedade que necessita de formas mais ágeis de habilitação para o trabalho (AMÂNCIO FILHO,WERMELINGER,GARCIA,sem data).

1.4.3. A educação em serviço

Na saúde, sob o argumento da necessidade de pessoal técnico de nível médio com domínio de tecnologias mais recentes, a formação profissional tem privilegiado a atualização de técnicas e de metodologias consideradas necessárias ao exercício da profissão. Apesar da existência de escolas que ofertam formação em saúde, procurando formar profissionais capazes de enfrentar e de lidar com as mudanças que ocorrem no mundo do trabalho, persiste ainda uma visão, que objetiva atender às necessidades imediatas do mercado. Com isso continua a existir

uma gama de cursos que, sob a denominação de atualização, reciclagem, aperfeiçoamento, se propõe a preparar, em curto prazo e com baixos custos, um profissional para consumo imediato, sabendo-se de antemão que os conhecimentos adquiridos em pouco tempo estarão obsoletos

Os processos de preparação de pessoal para incorporação ao trabalho em saúde, em geral desenvolvidos pelas instituições de serviços, são treinamentos de qualificação específicas, algumas vezes, como era visto antigamente, para qualificação de leigos para o trabalho. Na verdade esses treinamentos eram em geral pontuais, centrados em procedimentos, limitados em termos de conhecimentos e habilidades para a sustentação de uma prática integral. A atomização dos conteúdos inviabiliza também a compreensão da totalidade do processo de trabalho reforçando assim, a alienação do trabalho no coletivo de trabalhadores da saúde (SANTOS, SOUZA e VIEIRA 1987).

As capacitações pontuais não esgotam o conceito e a noção de educação para o trabalho técnico, uma vez que elas ocorrem na dimensão das equipes de trabalho e da gestão do trabalho. Precisa-se ampliar as discussões sobre os programas e o sistema de saúde, as inovações tecnológicas e a integralidade da atenção à saúde e clínica ampliada, criando continuamente, processos de análise e problematização (BRASIL, 2003).

A educação permanente nasce na interrogação da realidade, criando propostas e projetos para operar mudanças nas práticas. Para que se ocorram mudanças significativas é indispensável o descontentamento com a realidade, a identificação da necessidade de crescer; a percepção de que a maneira usual de fazer ou pensar não responde aos desafios e necessidades do cotidiano do trabalho. A medida que essas necessidades/descontentamentos são percebidos, cria-se

disposição para o alternativas de enfrentar os desafios e produzir mudanças significantes (BRASIL, 2005 c).

Dessa forma a educação permanente em saúde apresenta-se como uma proposta de ação estratégica capaz de contribuir para a transformação dos processos formativos, das práticas pedagógicas e de saúde e para a organização dos serviços, empreendendo um trabalho articulado criando condições de diálogo entre práticas e concepções vigentes, entre o sistema de saúde e instituições formadoras.

CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO

E METODOLOGIA

2. CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO E DELINEAMENTO METODOLÓGICO

Nossa aproximação com a temática trouxe muitas inquietações uma vez que na atualidade, na perspectiva da gestão estratégica de serviços de saúde, o profissional e a equipe de saúde em seu conjunto, constituem-se em ator social comprometido com o desenvolvimento da qualidade da atenção em saúde.

Nas duas últimas décadas o Brasil tem empreendido debates e reformas do setor saúde significativas a sua população; sendo que esse movimento foi inicialmente fortalecido com o processo constituinte vivido nos anos de 1987 e 1988 o qual pode ser visto como refratário à Conferência Nacional de Saúde de 1986. Esse marco de confluência de idéias e de políticas públicas de saúde deflagra os propósitos de nossa investigação na tentativa de análise dos acontecimentos democráticos que marcaram o setor saúde e, em particular, os recursos humanos em saúde, no período de 1986 a 2005.

Ao revisar a construção do Sistema Único de Saúde destacamos que as Conferências Nacionais de Saúde (CNS) e as Conferências Nacionais de Recursos Humanos em Saúde (CNRHS) constituem-se em movimentos sociais e em documentos oficiais que registram o comprometimento da sociedade e do governo para com o setor saúde. Desta forma elegemos esses dois eventos como fontes de dados e definimos o objetivo do estudo que se constitui em:

- analisar no marco das Conferências Nacionais de Saúde e de Recursos Humanos em Saúde, no período de 1986 a 2005, as políticas públicas que direcionam a gestão do trabalho e a formação dos profissionais de saúde no Brasil, com foco na enfermagem.

Em termos metodológicos optamos por uma pesquisa documental com abordagem descritiva buscando dados de interesse, na forma como eles se apresentam, sem interação com os sujeitos, a fim de obter resultados representativos sobre o fenômeno.

Estudos baseados em documentos como material primordial, sejam revisões bibliográficas, sejam pesquisas historiográficas, extraem deles toda a análise, organizando-os e interpretando-os segundo os objetivos da investigação proposta (PIMENTEL,2001).

A análise documental foi escolhida devido ao fato de ser uma técnica adequada à análise de dados históricos, permitindo um estudo longitudinal baseado em uma fonte mais exata e estável que as percepções subjetivas dos atores envolvidos nesse processo histórico (Ludke; André, 1986).

Então na primeira etapa buscamos encontrar as fontes e nelas os documentos oficiais necessários à pesquisa. Optamos pelos dados procedentes do site oficial do Ministério da Saúde (www.saude.gov.br), todavia em 2005 essa fonte não estava abastecida com os Anais das referidas conferências, apenas seus relatórios finais os quais julgamos incompletos.

Elegemos outra fonte de dados de dados, o COMUTE através da biblioteca Central do Campus da USP-Ribeirão Preto, porém conseguimos apenas os Anais da 8ª e 9ª Conferências Nacionais de Saúde.

Retornamos ao órgão oficial, entrando em contato com a editora do Ministério da Saúde que com muita atenção nos enviou o que tinha de publicações, porém os arquivos não estavam completos. Dessa forma optamos por prosseguir nosso trabalho com os dados que tínhamos acesso, partindo assim para a organização dos documentos.

ORGANIZAÇÃO DOS DADOS DOCUMENTAIS

3. ORGANIZAÇÃO DOS DADOS DOCUMENTAIS

Nesta fase do estudo, foi realizada uma primeira organização do material, quando se tornou necessário olhar para o conjunto de documentos de forma analítica, buscando averiguar como poderia proceder para torná-lo inteligível, de acordo com os objetivos da pesquisa.

Organizar o material significou processar a leitura segundo critérios da análise de conteúdo, comportando algumas técnicas, tais como, fichamento, levantamento quantitativo e qualitativo de termos e assuntos recorrentes, criação de códigos para facilitar o controle e manuseio (PIMENTEL, 2001).

Inicialmente organizamos os documentos em um quadro, apresentado na página seguinte, onde situamos o tema das Conferências, o período em que ocorreram e também o contexto político da saúde.

Quadro 1- Organização dos Documentos Oficiais analisados

TEMA	DATA	PRESIDENTE DA REPÚBLICA	MINISTRO DA SAÚDE	CONTEXTO POLÍTICO DA SAÚDE
8º CNS- Saúde como direito inerente à cidadania e à personalidade; reformulação do sistema nacional de saúde; financiamento do setor.	17 a 21 de março de 1986	José Sarney	Roberto Figueira Santos	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Implantação da Nova Republica ❖ Assembléia Constituinte ❖ Iniciou-se o processo de descentralização para o comando do sistema de Saúde em cada esfera de governo
I Conferência Nacional de Recursos Humanos para Saúde	13 a 17 de outubro de 1986	José Sarney	Roberto Figueira Santos	
9º CNS- Municipalização é o caminho. Descentralizando e democratizando o conhecimento	09 a 14 de agosto de 1992	Fernando Collor de Melo	Adib Jatene	<ul style="list-style-type: none"> ❖ País vivia crise ética e política ❖ Política econômica recessiva e privatizante que concentrava renda, marginalizava e excluía, modelo neoliberal ❖ Descrédito do sistema público de Previdência e Saúde ❖ Governo Collor levou o país a uma tragédia sanitária ❖ Extinção do INAMPS
II Conferência Nacional de Recursos Humanos para Saúde	12 a 17 de setembro de 1993	Itamar Franco	Henrique Antonio Santillo	
10º CNS- Construindo um modelo de atenção à saúde para a qualidade de vida	02 a 06 de setembro de 1996	Fernando Henrique Cardoso	Adib Domingues Jatene	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Não houve avanço institucionais e democrático, as condições sanitárias e as instituições continuavam em grande crise ❖ Política que produzia dependência e endividamento interno e externo ❖ A construção de um novo modelo de atenção passaria pela maior autonomia dos municípios e pela reafirmação da participação popular e controle social
11º CNS O Brasil falando como quer ser tratado. Efetivando o SUS: Acesso, Qualidade e Humanização na Atenção à Saúde com Controle Social	15 a 19 de dezembro de 2000	Fernando Henrique Cardoso	José Serra	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Governo que privilegiava a lógica do ajuste econômico em detrimento das políticas sociais ❖ Privatização de empresas e serviços públicos ❖ Precarização das relações de trabalho ❖ Intervenções de saúde de cunho campanhista ❖ Desarticulação dos diversos níveis do sistema de saúde ❖ Políticas estratégica (Saúde da Família, genéricos, medicamentos para HIV)
12º CNS- Conferência Sergio Arouca	07 a 11 de Dezembro de 2003	Luis Inácio Lula da Silva	Humberto Costa	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Promessa de aliar o desenvolvimento econômico e a ampliação de políticas de proteção social ❖ Era dos programas sociais (Fome zero, Bolsa Família) ❖ Políticas e iniciativas importantes (Farmácia Popular, SAMU).
III Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde	Março de 2005	Luiz Inácio Lula da Silva	José Saraiva Felipe	

Após essa compreensão geral e ampla iniciamos a leitura detalhada tendo em vista encontrar as categorias de interesse, assim essa etapa consistiu-se num processo de codificação, interpretação e de inferências sobre as informações contidas nos documentos, desvelando seu conteúdo manifesto. Esse procedimento está de acordo com os pressupostos que "é permitido utilizar-se desta técnica quando o interesse é conhecer aquilo que está por traz das palavras sobre as quais se debruça, ou seja, é uma busca de outras realidades através das mensagens" (BARDIN,1977).

Tendo em vista nossas inquietações delineamos categorias de análise de interesse.

APRESENTAÇÃO
E ANÁLISE DOS DADOS

4. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS DOCUMENTAIS

Cabe iniciar esse capítulo pontuando que a problemática de recursos humanos como tratada nesta pesquisa, guarda íntima relação com as práticas do SUS e, nesta direção, a noção de atenção à saúde alavanca a temática estudada. Sendo assim demarcamos que uma concepção ampliada e complexa de saúde foi produzida no período estudado em meio aos movimentos de Reforma Sanitária e de consolidação do SUS.

No período anterior à formulação do SUS, a área de recursos humanos em saúde não apresentava relevância política, sendo um tema com baixa repercussão no sistema de saúde nacional. No entanto, observamos que com o debate social acerca do delineamento e implantação do SUS, os recursos humanos ganham visibilidade inclusive com a iniciativa da criação de um espaço específico de discussão política que são as Conferências Nacionais de Recursos Humanos em Saúde (CNRHS).

A seguir descrevemos separadamente cada categoria com suas respectivas sub-categorias apresentando recortes documentais e análise contextualizada.

4.1. A Formação e Capacitação dos Recursos Humanos em Saúde

A análise desta temática toma em consideração os princípios do SUS, tais como, universalidade, integralidade, equidade, descentralização e controle social,

bem como, as premissas da Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB) no que se refere à educação superior e ao ensino médio profissionalizante.

4.1.1. Os marcos legais da formação em enfermagem

O Ministério da Educação é o órgão que se incumbem da regulação da abertura de cursos, oferta de matrículas e da qualidade da formação, todavia ao Ministério da Saúde compete a ordenação dessa formação na perspectiva de garantir as condições necessárias para o desenvolvimento da atenção à saúde. Assim apresentamos a seguir trechos das conferências que ilustram o panorama da formação em construção.

[...] o Ministério da Educação continuou com suas atribuições tradicionais com relação a formação de recursos humanos e à prestação de serviços (especializados e diferenciados) através de seus hospitais universitários (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8,p.255).

[...] a dissociação do processo de trabalho do processo de formação em saúde é tão antiga quanto sua denuncia refletindo-se na desintegração institucional [...] no âmbito educacional, é fundamental garantir ao setor saúde o papel a ele atribuído pela Constituição, qual seja, “ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde” (Art.200); isto implica, dentre outras coisas, na adoção de critérios para criação de cursos e habilitações profissionais, bem como para a instalação de escolas universitárias e de nível médio, onde as necessidades dos serviços de saúde adquiram caráter determinante (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 9, p.58, 105, v.1).

[...] a formação de recursos humanos para a saúde deve ser pensada como um todo, em que as características dos diversos níveis e as especificidades profissionais e multiprofissionais sejam estabelecidas em conjunto, tomando por referência a implantação de um Sistema Único de Saúde com as características definidas pela 8.^a Conferência Nacional de Saúde[...] observar-se-á a

adequação entre os serviços de saúde oferecidos e as necessidades de atendimento da população. Isto significará que: Os conteúdos ministrados nos cursos (aperfeiçoamento, habilitação, graduação, pós-graduação) deverão ser estabelecidos a partir das necessidades do Sistema Único de Saúde democratizado. O que implicará em uma substancial alteração da estrutura de ensino brasileiro, no sentido de integrá-lo ao Sistema Único de Saúde (integração-docente-assistencial) (CONFERÊNCIA NACIONAL DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE, I, p.30, 51).

[...]a formação de mão-de-obra em saúde proporcionada pelo aparelho formador não é adequada às necessidades de saúde da população brasileira nem às necessidades dos serviços [...] A política norteadora do Desenvolvimento de Recursos Humanos para a Saúde não é explicitada, nem sistematizada, em relação (...) a estratégias de formação e de educação continuada e pesquisas (CONFERÊNCIA NACIONAL DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE, I, p.13, 37).

[...]os participantes da Conferência reconheceram que a formação de recursos humanos para o SUS tem como entrave a política neoliberal que orientou o processo de reforma do Estado. O resultado dessa política foi a deterioração e o sucateamento do serviço público, a diminuição do financiamento da área social e a tendência a sua privatização. Esta ação política agudizou o problema em relação à formação de recursos humanos competentes e comprometidos com a população [...] (CONFERÊNCIA NACIONAL DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE, II, p.14).

Percebemos que nos discursos, a formação em saúde é concebida como uma prática social com potencial para dinamizar e sustentar os processos sociais desencadeados pela reforma sanitária. Desta forma educação e saúde são bens públicos com traços em comum constituindo-se em elementos fundamentais para a criação de condições favoráveis para a promoção da vida. Todavia, no marco da 8ª CNS e I CNRH, havia dissociação entre a formação de profissionais de saúde e as necessidades de recursos humanos para o SUS.

Em 2001, o Parecer nº.1.133, da Câmara de Educação Superior-CES, do Conselho Nacional de Educação-CNE, reforça a necessidade de articulação entre educação superior e saúde objetivando uma formação geral e específica dos

profissionais com ênfase na promoção, recuperação e reabilitação da saúde e prevenção de agravos e doenças.

Somente em 2005 estabelece-se uma política articulada de educação em saúde institucionalizada pela portaria Interministerial nº. 2.118 de 3 de novembro de 2005 a qual oficializa a cooperação técnica entre os Ministérios da Educação e da Saúde, para a formação e desenvolvimento de profissionais nessa área (INEP, 2006). Como consequência desse ato emerge o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (PRÓ-SAÚDE) destinado a projetos da enfermagem, odontologia e medicina.

Os dados apontam também a preocupação com o modelo neoliberal de privatização do ensino superior e, nesta direção constata-se que a partir da década de 90 o mercado econômico desempenha um papel central na criação de novos cursos na área da saúde e a tendência especificante na enfermagem é a de ampliação majoritária de vagas no ensino privado (VIEIRA et al, 2004).

[...] é conduzida sem debate com os organismos de gestão e de participação social do SUS, resultando em autonomização do Ministério da Educação, das universidades e das sociedades de especialistas nas decisões relativas às quantidades e características políticas e técnicas dos profissionais de saúde a serem formados (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 11, p.44).

[...] a formação de recursos humanos desconsidera questões como: **quem** está formando? **Para quem** está formando? **Para o que** está formando?(...) (CONFERÊNCIA NACIONAL DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE, II, p.14).

[...] o Ministério da Saúde deve assumir a responsabilidade legal de ordenar a formação de recursos humanos para a Saúde, em conjunto com o Ministério da Educação, nos níveis médio, superior e de pós-graduação [...] O Conselho Nacional de Saúde deve reativar a Comissão Interinstitucional de Recursos Humanos e somente autorizar a criação de novos cursos e novas escolas de ensino superior em saúde a partir da análise de indicadores sócio-econômicos, das necessidades de profissionais nos serviços de saúde na área geográfica e da disponibilidade de infra-estrutura

técnico-científica da instituição de ensino proponente, entre outros indicadores (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE,10, p.59-60).

[...]o avanço na descentralização do SUS trouxe a necessidade de formar milhares de profissionais para dar conta dos múltiplos aspectos da gestão. A expansão das equipes de Saúde da Família evidenciou as limitações atuais da formação profissional como um ponto de estrangulamento na implementação do SUS. Essas limitações têm obrigado os serviços a suprir deficiências da educação formal em saúde de técnicos, graduados e pós-graduados que não respondem às necessidades de saúde da população (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE,12, p.115).

[...] criar fóruns para a formulação de políticas de educação em saúde, de formação ou capacitação, para todos os níveis (auxiliar, técnico, graduação e Pós-graduação), incluindo ainda a educação popular, por considerar que a gestão do trabalho no SUS é competência dos ministérios da Saúde e da Educação, e, portanto, uma prática intersetorial nas três esferas de governo (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 12, p.125).

Esses trechos revelam a incapacidade no período estudado de ordenar a formação em saúde mantendo neste quesito a autonomia do Ministério da Educação, no entanto, em 2003, cria-se em âmbito do Ministério da Saúde, a Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde- SGTES com a missão de buscar a articulação da saúde com o setor da educação, além de tratar da formação dos trabalhadores da saúde integrada à questão do trabalho. Esse efeito com certeza é fruto de movimentos social e político, retratados em particular nas conferências de saúde e de recursos humanos.

Cabe destacar, que na formação em enfermagem, mantêm-se os desequilíbrios regionais o que aponta para a necessidade de formulação de estratégias específicas visando à criação de parâmetros norteadores para a expansão de cursos de enfermagem considerando que, no ano de 1995, a região Norte participava com 6,5% dos cursos, o Nordeste, com 20,4%, o Sudeste, com 47,2%, o Sul com 21,3% e o Centro-Oeste, com 4,6% (VIEIRA et al, 2004).

4.1.2. A dimensão curricular na formação em saúde

Em 1996 é aprovada a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional-LDB, todavia sua implementação implica em grande desafio na direção de formar profissionais enfermeiros com competência técnica e política, com compromisso com os princípios da Reforma Sanitária Brasileira e do SUS. Desde a 8ª CNS anuncia-se a inadequação curricular das áreas da saúde para promover as necessárias transformações do atendimento à saúde, como relatamos a seguir.

[...] reformulação da política de formação de recursos humanos de nível superior (graduação e pós-graduação), tendo em vista uma adequação quantitativa e qualitativa, dos egressos às exigências do Sistema. Para tal, seria necessário aprofundar as discussões sobre oferta de vagas e abertura de novos cursos à base de estudos sobre a força de trabalho no setor saúde-e desenvolver novos projetos pedagógicos [...] Superar dicotomias básico x clínico e teoria x prática, através da integração curricular: integrar os espaços pedagógicos internos e externos rompendo com os muros da academia e abandonando as propostas de extensão; estruturar os currículos tendo em vista as atividades integradas em cada nível de atenção do sistema de saúde e não pelas divisões do saber médico, expressas nas especialidades; integrar serviço e ensino- tendo como eixo a investigação- através de modelos assistenciais localizados em espaços- populações concretos, o que vai significar um repensar das propostas tradicionais de integração docente-assistencial (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE,8,p.293).

[...] A relação entre órgãos formadores e instituições prestadoras de serviços apresentam alguns entraves, entre eles: ausência de objetivos comuns entre instituições envolvidas com a formação e com os serviços; a ausência de uma participação efetiva das instituições prestadoras de serviços de saúde junto ao setor educacional tem causado e consolidado distorções entre o perfil do profissional formado e aquele que atenderia às reais necessidades dos serviços, marcadamente do setor público de saúde. Frente a este quadro, propõe-se viabilizar, em nível estadual, a articulação interinstitucional para a criação de uma política de RH com vistas à Reforma Sanitária. Propõe-se também que o setor saúde oriente os conteúdos curriculares a serem implementados pelo sistema educacional (CONFERÊNCIA NACIONAL DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE, I, p.23).

[...] Na formação universitária, verifica-se a não terminalidade do processo de formação, com a entrada do profissional no mercado de trabalho sendo postergada através de sucessivos processos de pós-graduação... a notória evasão dos alunos em cursos como enfermagem, colocam preocupação pela constituição futura das equipes de saúde [...] No processo de formação universitária pode-se referir especificamente: afastamento da Universidade do contexto social, apresentando-se sucateada, elitizada, desarticulada, curativista, centrada na doença e na hospitalização, na figura do médico; desvinculação docente- assistencial, com evidente dissociação do saber e do fazer; currículos inadequados, desvinculados da realidade da região em que se localizam; inadequada participação do MEC no processo de discussão da formação; falta de articulação do ensino com a população, principalmente de comunidades especiais, a exemplo das comunidades indígenas; inabilidade, alienação e desatualização de grande parte dos professores; estágios na área universitária sem acompanhamento e/ou supervisão de pessoal capacitado; pequena oferta de vagas nas Universidades, principalmente no interior do país; formação acadêmica por disciplinas, na qual se observa a fragmentação do ensino (CONFERÊNCIA NACIONAL DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE, II, p. 15-16).

[...] fortalecimento dos vínculos com Universidades, promovendo articulações intersetoriais, para que a formação dos profissionais seja modificada, capacitando-os para atuar na Atenção Integral à Saúde Individual e Coletiva [...] O Ministério da Educação precisa adequar o currículo das escolas de profissionais de saúde, incluindo como prioridade as ações de atenção básica. Os profissionais são, hoje, formados para uso intensivo de tecnologia médica e para a especialização, o que não é um perfil adequado para o SUS [...] O Conselho Nacional de Saúde e o Ministério da Saúde devem gerenciar junto ao Ministério da Educação, aos Conselhos de Profissionais da área da Saúde e às Universidades e outras Instituições de Ensino Superior públicas e privadas, processos de revisão curricular, com o objetivo de humanizar a relação da Equipe de Saúde e Usuários do SUS (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 10, p.60-61).

[...] A formação dos recursos humanos para o SUS, identificando-se que os aparelhos formadores devem introduzir em seus currículos o ensino sobre o SUS-concepção, diretrizes, princípios, histórico e as bases legais, entre outros aspectos [...] revisão das estruturas curriculares para que se enriqueçam com o debate da política, legislação e trabalho no SUS; articulação dos aparelhos formadores com os segmentos de Controle Social do SUS; estabelecimento de estruturas acadêmicas capazes de exercer o assessoramento permanente às comissões técnicas que debatem práticas, rotinas e métodos na Atenção à Saúde [...] revisão imediata dos currículos mínimos dos cursos do nível superior com a participação dos gestores SUS e Conselhos de Saúde, adequando-os às realidades locais e regionais, aos avanços tecnológicos, às necessidades

epidemiológicas e às demandas quantitativas e qualitativas do SUS". Implementar novas diretrizes curriculares para ensino médio e superior da área da Saúde, de modo a possibilitar modificação na formação dos profissionais, de acordo com a política proposta pelo SUS, incluindo e/ou ampliando, no currículo de cursos de formação dos profissionais da área da Saúde, disciplinas sobre Saúde Coletiva (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE,11, p.55,167,168).

[...] Modificar o modelo de formação dos profissionais de saúde, hoje centrado na atenção à doença, reformulando o currículo dos cursos dos profissionais de saúde, considerando temas teóricos e práticos relacionados com a promoção, a vigilância e a atenção integral à saúde, o controle social e o caráter multiprofissional e interdisciplinar das práticas da saúde (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE,12, p.127).

[...] Podemos destacar: integração entre instituições formadoras de recursos humanos e prestadoras de serviços de saúde, incluindo-se nesse processo os conselhos de saúde e de educação, de forma a viabilizar a efetiva participação do SUS na regulação e na ordenação dos processos de formação; revisão dos currículos de formação, para a construção de um modelo assistencial referenciado à epidemiologia e às ciências sociais [...] No cenário da formação educacional, destacam-se, pelo menos, dois aspectos que têm merecido a atenção dos formuladores e gestores da política e dos programas de saúde. O primeiro refere-se à necessidade crescente de adequar os antigos currículos das escolas médicas e de enfermagem às mudanças sociais, aos novos perfis epidemiológicos e às demandas dos serviços. O segundo refere-se ao descompasso entre os serviços que configuram o primeiro nível de atenção e a suficiente disponibilidade de pessoal preparado para atender às necessidades de saúde da população (CONFERÊNCIA NACIONAL DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE III, p. 11,39).

A Associação Brasileira de Enfermagem-ABEn tem se constituído em ator social que tem desencadeado um amplo debate sobre currículos mínimos de enfermagem, perfil e competências do enfermeiro objetivando a construção coletiva de um projeto educacional para a enfermagem brasileira. O cenário atual é ainda desafiador e nestes últimos vinte anos o foco do debate sobre currículos se mantém e é semelhante para todos os cursos da área da saúde.

A resolução CNE/CES nº. 03 de 07 de novembro de 2001, definiu as Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Graduação em Enfermagem-DCENF, que vem gradualmente se materializando segundo os conceitos originários da Reforma Sanitária e do SUS e, com respeito à autonomia das instituições de ensino superior, para que de acordo com as especificidades regionais, locais e institucionais construam definitivamente seus projetos pedagógicos.

No cenário da formação educacional, cada vez mais os antigos currículos das escolas médicas e de enfermagem se mostraram inadequados frente às mudanças sociais e às demandas dos serviços. Atualmente não se requerem tantos especialistas, mas sim generalistas, seja para alcançar os objetivos de extensão da cobertura, seja para criar novos modelos de atenção, com ênfase no trabalho em equipe (FARIA e VIANA,2002).

Considerando o imperativo de sustentação do SUS, a atenção básica é a estratégia de organização da rede de cuidados; portanto, o foco da estruturação curricular alencada nos repertórios das conferências indica o desafio da implementação de um currículo integrado que seja capaz de reduzir ao máximo a fragmentação causada pela separação dos cursos em ciclo básico e profissional. Outro desafio é promover a inter e a transdisciplinaridade dentro do trabalho coletivo em saúde, ressaltando o caráter multiprofissional da atenção básica (CAMPOS, AGUIAR, 2002).

Os currículos integrados são organizados através de módulos interdisciplinares, em processo de construção permanente, orientados pela avaliação sistemática do programa. Há práticas multiprofissionais dos estudantes nos cenários de serviços e comunidade ao longo de todos os anos que propiciam a oportunidade

de trabalhar sobre problemas relevantes, identificados em conjunto com os serviços e a população (FEUERWERKER, 2002).

Estão em curso no Brasil processos de mudança institucional, configurados num novo projeto político-pedagógico que inclui o perfil do profissional a ser formado, os papéis da escola médica e de enfermagem em relação a sociedade, a concepção pedagógica, o papel do docentes e dos estudantes no processo de ensino aprendizagem, os cenários de ensino e de prática, o papel dos profissionais de saúde e da comunidade no processo de formação profissional, a necessidade de produzir conhecimentos voltados para as necessidades da realidade.

As diretrizes curriculares aprovadas para o conjunto do setor saúde têm como objetivo levar os alunos dos cursos de graduação em saúde a aprender a aprender, o que engloba aprender a ser, aprender a fazer, aprender a viver juntos e aprender a conhecer, garantindo capacitação de profissionais com autonomia e discernimento para assegurar a integralidade da atenção e a qualidade e humanização do atendimento prestado aos indivíduos, família e comunidades (FONSECA e SEIXAS, 2002).

A questão dos currículos da formação profissional do nível médio também foi pauta de discussão das conferências como constatamos,

[...] por deficiência de sua formação e pelas precárias condições de trabalho a que estão submetidos, estes (trabalhadores) tendem a ignorar a importância da questão epidemiológica e de uma política de prevenção em saúde [...] como atividades de apoio essenciais às funções propostas, integrariam também o sistema ao nível local ou regional unidades de referencia para a formação de recursos humanos necessários [...] incentivo a formulação de pessoal de níveis elementar e médio, estimulando o sistema formal e dando-se efetiva prioridade política ao Programa Larga Escala, enquanto formação em serviço (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE,8, p.293,242, 250).

[...] No atual quadro de formação e aprimoramento de pessoal de níveis médio e elementar, verifica-se a seguinte situação: os profissionais formados pelo sistema educacional não vêm atendendo as reais necessidades do setor saúde, visto que sua formação é distorcida e divorciada da prática desenvolvida nos serviços; o setor educacional oferece o exame de suplência, como mecanismo de titulação, principalmente na área de enfermagem. Os referidos exames conferem qualificação e habilitação e, do ponto de vista dos serviços, não medem a capacidade técnica (CONFERÊNCIA NACIONAL DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE, I, p.24).

[...] No processo de formação do nível médio e elementar, pode-se observar: o setor formal de educação não atende às necessidades de formação do pessoal de nível médio e não oferece mecanismos de profissionalização para os trabalhadores inseridos no SUS; proliferação das escolas privadas para formação de nível médio, por falta de vontade política do setor público para enfrentar a situação do grande contingente de pessoal sem qualificação já incorporado pelo setor; cursos privados, caros e de qualidade incompatível com as responsabilidades que esse profissional passa a enfrentar no seu trabalho; pequena oferta de cursos profissionalizantes, para cobrir as necessidades do mercado e as necessidades sociais; centros formadores preparando recursos humanos para o setor privado, com recursos oriundos do setor público; enorme contingente de trabalhadores não qualificados no setor de enfermagem convivendo com a exigência da legislação que prevê sua profissionalização até 1996[...] formação de nível médio com currículos inadequados às realidades locais; alienação de grande parte dos professores [...] Criação e ampliação dos processos de profissionalização de trabalhadores sem qualificação nos estados e municípios, através de processos de formação [...], definição de critérios de fiscalização das instituições que tenham trabalhadores sem qualificação específica nos seus quadros, obrigando-as a ofertar cursos de profissionalização, em consonância com o que dispõem as leis de exercício das profissões [...] agilização da profissionalização dos trabalhadores da área de enfermagem, como atendentes, agentes comunitários de saúde, agente de saúde escolar, visitantes sanitários e outros equivalentes, para a habilitação de auxiliar de enfermagem [...] adoção de mecanismos de articulação entre os setores de saúde e educação, assegurando que os trabalhadores de saúde completem a escolaridade geral de 1º grau, a exemplo do que propõe o “Projeto Larga Escala” [...] Reestruturação do sistema educacional e revisão dos currículos da habilitações de nível médio, com a inclusão de conteúdos como: educação para a saúde, informação sobre o SUS e outros, que permitam a leitura social da realidade, como epidemiologia, antropologia e sociologia, além daqueles considerados inerentes ao trabalho específico de cada habilitação [...] (CONFERÊNCIA NACIONAL DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE, II, p. 16,17,29).

[...] Estabelecer como política do SUS a profissionalização técnica, na qual as Escolas Técnicas de Saúde cumpram o papel fundamental de escolarização, qualificação, habilitação profissional e educação permanente para agentes, auxiliares e técnicos das várias áreas do setor saúde [...] Garantir a efetivação de programas de profissionalização do auxiliar de enfermagem que trabalha na rede do SUS para técnico de enfermagem, utilizando recursos das três esferas de governo [...] Garantir a profissionalização do pessoal da saúde com a oferta de educação técnica em saúde em todos os estados, dando continuidade ao Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (Profae) e às prioridades já identificadas, assegurando sua avaliação, ampliando o número de municípios em que o Profae é desenvolvido, garantindo o repasse dos recursos financeiros para capacitação dos profissionais de nível técnico e outros programas, estabelecendo cronograma para o pagamento dos corpos docente e discente, capacitando os agentes comunitários de saúde e agentes de dengue nos moldes do Profae (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 12, p. 128,131).

[...] A formação para as categorias de nível técnico e auxiliar estava sob a égide do setor privado, pouco regulado pelo setor educacional e que utilizava os serviços públicos de saúde para fazer cumprir a carga horária de prática, sob a forma de estágios que, em sua maioria, não preenchiam os requisitos da legislação pertinente (como por exemplo, a supervisão de ensino) [...] obrigatoriedade, para as instituições privadas vinculadas ao SUS, de terem um plano de qualificação profissional para os seus trabalhadores e garantia de profissionalização de trabalhadores sem qualificação específica; criação de estruturas de desenvolvimento de recursos humanos nas secretarias estaduais e municipais de saúde, com reordenação de papéis em cada um dos níveis, inclusive nas instâncias regionais (CONFERÊNCIA NACIONAL DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE III, p. 10,11).

A formação de nível médio desde o início foi reservada às classes menos favorecidas, estabelecendo uma nítida divisão entre os que detinham o saber e os que executavam as atividades manuais. Cabe salientar que até os anos 90 a enfermagem era fortemente exercida pelos atendentes de enfermagem que prestavam assistência sem, contudo ter habilitação profissional.

Na década de 80 exigia-se um projeto político de inclusão social como observamos nos discursos analisados, esse projeto denominado de Larga Escala surge como alternativa política para resolver o problema da qualificação profissional

dos atendentes de enfermagem e propõe uma escola específica para alunos-trabalhadores do setor saúde; uma metodologia específica para o processo de ensino-aprendizagem desses alunos; a preparação de instrutores/supervisores; a preparação de material didático conforme a metodologia, tanto para os alunos quanto para os instrutores (SANTOS e SOUZA, 1989).

Com o Projeto Larga Escala surge uma inovação curricular, como primeiro passo, considera-se o esforço para a montagem de uma proposta metodológica baseada na problematização de situações de vida e trabalho dos alunos-trabalhadores, que lhes permitam cursar o currículo formal, organizado para essa clientela. O segundo movimento implicou nas seguintes providências: viabilizar espaços nas secretarias estaduais de saúde para as atividades de capacitação e a concepção da Escola da Saúde. O terceiro movimento estava relacionado com a capacitação dos docentes (capacitação pedagógica), no sentido de romper padrões e concepções educacionais arraigados nesses profissionais. Para isso foi elaborado material didático para a Capacitação Pedagógica e para a Capacitação Técnica de Instrutores/Supervisores que atuam na rede básica. Para o projeto, a carência de material didático para pessoal de nível médio tornou-se o quarto esforço: elaborar material específico, sob forma de currículo integrado. Para apoiar a proposta metodológica foram elaborados os Guias Curriculares para formação do Auxiliar de Enfermagem.

Com todos esses desafios delineou-se um projeto educacional que tinha feições muito bem definidas: a conformação de uma escola voltada para o trabalhador de nível médio, a concepção de um currículo que articulava processos educacionais e de trabalho e o treinamento de docentes para trabalhar nesta nova escola e com este novo currículo. Esta proposta teve como promotora e difusora incansável a enfermeira Izabel dos Santos. Embora desde 1980 a CIPLAN-

Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação - tenha aprovado essa estratégia para formação de pessoal de nível médio no país, esse projeto nunca recebeu investimentos adequados. Mesmo assim, foram criadas cerca de 20 escolas novas, com a concepção de “escolas abertas” que retinham suas funções nucleares de controle do processo pedagógico, mas cujo corpo docente era formado por pessoas que estavam no próprio serviço e recebiam uma capacitação pedagógica para o exercício dessa função combinada de assistência supervisonal do trabalho e, orientação curricular dos alunos matriculados nestas escolas (SANTANA, 2002).

Em entrevista a autora do Larga Escala, Izabel dos Santos, diz que:

“o projeto, no sentido estrito da palavra, nunca existiu. Ele era uma idéia, não tinha dinheiro, não tinha meta, era uma idéia. Eu tinha muito claro seus componentes de como deveriam ser. Mas, a rigor, não se poderia chamá-lo de projeto. Acho que para sua construção foi muito bom não ser projeto, pois não se tinha prazo, você podia seguir o ritmo dos acontecimentos”. (CASTRO, 2002).

O maior mérito do Larga Escala foi dar possibilidade a alunos que não tiveram acesso à educação geral, de percorrer um currículo formal tendo em vista a formação e a conseqüente titulação. Conseguir uma proposta pedagógica que tenha por referência um processo ensino-aprendizagem, que leve em conta como as pessoas aprendem, e mais, pessoas específicas, adultos inseridos no processo produtivo e, por conseqüência, com um conhecimento sobre seu trabalho (SILVA, 2002).

O delineamento pedagógico do Projeto Larga Escala merece destaque pela sua riqueza e pertinência a uma pedagogia critica-reflexiva tão necessária na educação profissional, todavia a sua viabilidade foi questionada inclusive pelos enfermeiros assistenciais que assumiam o papel de instrutores no processo de

formação. Com certeza outros elementos políticos estiveram presentes na época que levaram a sua descontinuidade.

Porém a área da enfermagem com o grande contingente de trabalhadores de nível médio necessariamente, precisa desenvolver diversas estratégias de formação. A regulamentação do ensino formal profissionalizante com a lei nº. 9394/96 decorrente da última LDB incorporou importantes mudanças apontando para a formação de um trabalhador crítico e flexível. Uma delas é a introdução da característica de terminalidade que tem em vista o desenvolvimento da compreensão dos fundamentos científicos e tecnológicos dos processos produtivos (TAKAHASHI,2006).

Para facilitar a formulação de novos currículos pelas escolas, o Ministério da Educação e Cultura (MEC), no Parecer nº. 16 de 05/10/99 estabelece as Diretrizes Curriculares Nacionais para Educação Profissional de Nível Médio (1999) elaborando e oferecendo para a comunidade educativa as Diretrizes Curriculares Nacionais de Cursos Técnicos. São diretrizes que apontam para referenciais curriculares e não deve ser considerada como imposição para formulação dos currículos. A determinação das Diretrizes Curriculares Nacionais da Educação Profissional de Nível Técnico dá ênfase no “desenvolvimento de competências para laborabilidade, com flexibilidade, interdisciplinaridade de acordo com a identidade dos perfis profissionais de conclusão, a atualização permanente dos cursos e seus currículos, e a autonomia da escola em seu projeto pedagógico” (BRASIL, 1999).

Em 2002 existiam 28 Escolas Técnicas do SUS em funcionamento localizadas em 18 estados brasileiros, a maioria vinculadas às secretarias estaduais de saúde. Mas quando se analisa o setor privado existiam 791 estabelecimentos de ensino técnico, número muito superior. Os cursos técnicos mais ofertados são os da

área de enfermagem que incluem a formação de auxiliares e técnicos de enfermagem, fato esse compreendido uma vez que essa área apresenta o maior contingente de trabalhadores da estrutura ocupacional do setor saúde (LIMA et al, 2004).

A profissionalização em grande escala dos trabalhadores da área da saúde de nível médio, especificamente os auxiliares e técnicos de enfermagem, continua sendo um desafio, surgindo no ano 2000 o Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (PROFAE), iniciativa do Ministério da saúde, através da secretaria de gestão de investimentos em saúde, inserindo-se numa política mais ampla de valorização profissional dos trabalhadores da área de enfermagem. O objetivo do PROFAE é melhorar a qualidade da atenção hospitalar e ambulatorial por meio da oferta de qualificação profissional, além de reduzir o déficit de auxiliares de enfermagem qualificados e apoiar a dinamização do mercado de trabalho no setor saúde (BRASIL, 2001).

As ações do PROFAE foram desenvolvidas durante o quadriênio 2000/2003, com a seguinte estrutura: Componente I, voltado à qualificação técnica profissional, à contemplação do técnico em enfermagem e à contemplação da escolarização dos trabalhadores de enfermagem; Componente II destina-se fortalecer atividades cujo objetivo é garantir a sustentabilidade de resultados positivos para o projeto, por intermédio de Formação Pedagógica de Docentes; elaboração e implantação de um sistema de certificação de competências dos egressos; modernização institucional e Capacitação técnico-gerencial das escolas técnicas do Sistema Único de saúde (ETSUS) e elaboração e implantação de um Sistema de Informação sobre Mercado de Trabalho e formação de recursos humanos para o setor (SAMETS) (BRASIL, 2001).

Os cursos de qualificação ou complementação do PROFAE destinaram-se a trabalhadores da área de enfermagem empregados na rede pública ou privada de saúde, e que exerciam suas funções sem a devida qualificação profissional. Para atender as mudanças políticas, conceituais, legais e práticas advindas da reforma educacional para a educação profissional, desencadeada pela Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) o PROFAE promoveu um processo de capacitação de enfermeiros docentes, viabilizando o ensino nas disciplinas da educação profissional em nível técnico. O Curso de Formação Pedagógica foi desenvolvido em parceria com a Fundação Oswaldo Cruz e adotou a metodologia de educação a distância, na modalidade semi-presencial, articulando teoria e prática ao longo do seu desenvolvimento.

A organização do Sistema de Certificação de Competências voltado para os egressos dos cursos de qualificação profissional técnica em auxiliar de enfermagem do PROFAE foi uma das estratégias propostas para assegurar a sustentabilidade das políticas e estruturas de educação profissional. A finalidade do sistema era conhecer formalmente as competências demonstradas pelos egressos dos cursos na realização de suas atividades profissionais. O PROFAE pretendia também promover o fortalecimento e a capacitação técnico gerencial das Escolas técnicas e Centros Formadores de Recursos Humanos do SUS, tornando-os centros de referência para formação em saúde. Outro objetivo do PROFAE era o desenvolvimento e consolidação de uma rede de instituições com capacidade técnico-pedagógica suficiente para atender às necessidades do setor saúde, adaptando-se continuamente às transformações do mercado e à implementação de políticas de saúde no Brasil, especialmente aquelas voltadas para a mudança do modelo assistencial. Um último objetivo era a elaboração e implantação de um

sistema de informações sobre o mercado de trabalho e a formação de recursos humanos para o setor (BRASIL, 2001).

Essa iniciativa constituiu, na essência, uma política pública diante de um problema de grande evidência, grande magnitude e grande prioridade para o sistema nacional de saúde. Embora o foco do PROFAE seja a formação do pessoal de enfermagem, algo em torno de 2/3 do pessoal de nível técnico, representa um passo muito significativo na política de formação técnica na área da saúde em suas diversas habilitações, especialmente porque seu desenvolvimento está levando em consideração fatores que facilitarão o equacionamento de problemas nas demais áreas (SANTANA,2002).

4.1.3. A perspectiva das metodologias de ensino-aprendizagem

As diretrizes curriculares apontadas no 4º SENADEN explicitam a necessidade de uma metodologia de ensino-aprendizagem que favoreça a formação crítica e reflexiva, a responsabilidade compartilhada pelo professor e estudante e a integração entre as instituições de ensino superior e os serviços de saúde (SEMINARIO NACIONAL DE DIRETRIZES PARA EDUCAÇÃO EM ENFERMAGEM NO BRASIL, 2000).

Também em relação a formação profissional do egresso tem-se como referencial um processo de ensino aprendizagem integrador, vinculando a teoria, a prática, ao processo de ensino e aprendizagem de maneira cumulativa e complementar, utilizando-se de estratégias inerentes ao ensino teórico prático (SILVA,2000).

Nesse contexto de necessidade de inovar o processo ensino-aprendizagem, os documentos analisados apresentam a seguinte realidade,

[...] a integração docente assistencial, importantíssima para a formação profissional, aguarda, a definição de estratégias adequadas à sua implantação e real eficácia (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8,p.132).

[...] No que se refere à metodologia... que seja teórico-prático, com momentos de concentração e dispersão, de modo que a parte prática seja desenvolvida na rede de serviços da região [...] Recomenda-se a metodologia que privilegie a integração ensino/serviço, permitindo o crescimento do “trabalhador/aluno” a fim de que entenda o processo em que está inserido [...] Historicamente a Integração Docente – Assistencial (IDA), tem se apresentado como parte dos movimentos de reforma do ensino médico, como projeto de racionalização de recursos na área de ensino e prestação de serviços na saúde e como experiências de extensão ou extra muro das universidades. Não há consenso acerca do conceito de IDA, porém as concepções, que emanam das experiências realizadas, apontam para: práticas extra muro dos Departamentos de Medicina Preventiva/Saúde Pública, com a intenção de reforçar ações de prevenção e de saúde pública; experiências de aprendizagem mais amplas que os estágios curriculares dos alunos; integração entre ensino e assistência no interior do próprio hospital de ensino; processo de transformação comportamental de docentes e alunos, que rejeitam as práticas assistenciais, principalmente ao nível primário; estratégia de transformação das práticas em saúde no que diz respeito as ações de ensino de aluno, reciclagem de profissionais, pesquisa e encaminhamento de pacientes, procurando, portanto, trocas reais de poder e saber entre docentes e profissionais. Entre os problemas e dificuldades identificados na concretização das propostas de IDA estão as seguintes: desintegração intra e interinstitucional, entre os serviços de saúde e entre serviços de saúde e escolas; não discussão das propostas com docentes, alunos e profissionais; conflitos entre as propostas do Sistema Único de Saúde e a estrutura autoritária das escolas [...] A estratégia de integração docente assistencial, também denominada integração ensino-serviço, pode se constituir num importante mecanismo de reorganização dos serviços, vindo a contribuir de forma efetiva para a implantação e consolidação do novo sistema de saúde, principalmente tendo em vista suas prioridades de aproximar o ensino da realidade social, transformando, por um lado, a forma de prestar serviços de saúde, e por outro, as práticas das instituições de ensino [...] observar-se-á a adequação entre os serviços de saúde oferecidos e as necessidades de atendimento da população. Isto significará que: Os conteúdos ministrados nos cursos (aperfeiçoamento, habilitação, graduação, pós-graduação) deverão ser estabelecidos a partir das necessidades do Sistema Único de

Saúde democratizado. O que implicará em uma substancial alteração da estrutura de ensino brasileiro, no sentido de integrá-lo ao Sistema Único de Saúde (integração-docente-assistencial) (CONFERÊNCIA NACIONAL DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE, I, p.15,16,24, 34,35,51).

[...] Quanto à preparação de profissionais de nível superior: revisão e avaliação dos currículos dos cursos da área de saúde (substituindo as práticas dicotomizadas teoria x prática, saber x fazer, ciclo básico x profissional), fundamentando-os na interdisciplinaridade, na multiprofissionalidade e na articulação ensino/ serviço,[...] 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 [...] Na área da formação, os problemas identificados eram os mesmos: ausência de integração ensino/serviço, alienação das escolas da área de saúde da realidade social, conflitos de interesse entre o sistema de saúde e o sistema formador. Os modelos curriculares observados na área das ciências da saúde já apresentavam uma desarticulação interna: áreas básicas e clínicas, práticas e estágios (CONFERÊNCIA NACIONAL DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE, II, p.25,26,30).

[...] estímulo à utilização das Unidades e Serviços do SUS como espaço prioritário para a formação de Trabalhadores em Saúde (sistema de saúde-escola), com a supervisão das unidades de ensino e de serviço, garantindo um intercâmbio qualificado entre essas instituições e a formação de profissionais com perfil mais compatível com o SUS (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE,10, p.60).

[...] garantir uma escola integrada com os serviços, com gestão democrática e horizontalizada, partilhada com o SUS, que problematize as questões de Saúde da sua região, seu País e seu mundo; e que atue na proposição de mudanças com e para a sociedade, por exemplo, em cursos de extensão. Garantir uma escola que seja orientada para o ser humano, que produza um profissional qualificado do ponto de vista científico, técnico, humano, ético, crítico, atuante e comprometido socialmente com a luta pela saúde de seu povo. Garantir uma escola que também produza conhecimento (pesquisa) para o Sistema de Saúde (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE,11,p.170).

[...] garantir os incentivos oferecidos às instituições públicas de ensino superior em saúde que buscam a implantação de novas metodologias de ensino visando à formação de profissionais mais capacitados, voltados para a prática multiprofissional segundo os interesses e necessidades da população (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 12, p.125).

[...] o SUS foi mais rápido do que a reforma do ensino [...] a tal da integração docente assistencial é muito heterogênea e irregular porque, no modelo antigo e tradicional de formação, o hospital universitário era o campo de estágio (CONFERÊNCIA NACIONAL DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE III, p. 50).

Observamos que os discursos presentes nos movimentos sociais e políticos analisados, no período de 1986 a 2005, na subcategoria metodologias de ensino, impera o chamamento da modalidade de Integração Docente Assistencial compreendida como um caminho de aproximação da universidade com os serviços de saúde, sendo esses, nos anos 80 e começo dos 90 restritos aos hospitais de ensino e a partir da 10ª CNS revela-se a necessidade de ampliação do campo de ensino englobando todas as unidades do SUS.

A Integração Docente Assistencial nasce como programa no final dos anos 70 como um dos recursos utilizados pelo governo federal para aproximar o ensino e os serviços tem sido apresentado como uma proposta de planejamento de saúde e educação para ajustar as necessidades sociais e tecnológicas, sendo definido pelo MEC como:

"união de esforços em um processo de crescente articulação entre Instituições de Educação e de Serviços de Saúde adequados às necessidades reais da população, à produção de conhecimentos e à formação de recursos humanos necessários, em um determinado contexto de prática de serviços de saúde e de ensino" (BRASIL, 1981).

Percebemos na atualidade que apesar da maioria dos docentes e profissionais de serviço visualizarem o lado positivo da proposta, a dinâmica das universidades e dos serviços são ainda incongruentes para levar a cabo esse compartilhamento de seus processos de trabalho. A década de 80 experimentou o

apogeu dessa modalidade e, alguns estudiosos referem que ela propicia o estabelecimento de objetivos comuns de trabalho entre instituição de ensino e de saúde, facilita a formação e utilização dos recursos humanos, produzindo conhecimento e melhoria na qualidade da assistência, ensino e pesquisa. Entretanto, colocam como dificuldades a polarização dos enfermeiros em dois grupos (docentes e assistenciais), a filosofia e objetivos de trabalho divergentes entre as instituições envolvidas e a rigidez na definição nos papéis dos enfermeiros docentes e assistenciais. Recomendam o estabelecimento de um processo de reflexão crítica que envolva todos os integrantes, uma definição de expectativas reais dos programas desenvolvidos e uma estratégia de participação dos setores componentes da integração, ou seja, instituição de ensino, instituição de saúde e comunidade (CROSSETTI et al. 1985, OLIVEIRA 1987, PADILHA 1991 e EGRY; FONSECA 1994).

Consideramos que a Integração Docente Assistencial é uma modalidade de articulação que facilita uma metodologia de ensino, também muito explorada nos anos 80 e com grande relevância na atualidade, trata-se da metodologia da problematização ou método de ação-reflexão-ação. O PRÓ-SAÚDE em 2005 retoma essa modalidade, explicitando-a como um vetor importante durante todo o processo de ensino-aprendizagem, com integração da orientação teórica com a prática assistencial e com boa articulação entre as atividades teórico-assistenciais em nível individual e coletivo.

Contudo pressupõe a utilização de metodologias que,

“Propunham concretamente desafios a serem superados pelos estudantes, que lhes possibilitem ocupar o lugar de sujeitos na construção dos conhecimentos, participando da análise do próprio processo assistencial em que são inseridos e que coloquem o professor como facilitador e orientador desse processo” (BRASIL, , 2005 b, p.29).

4.1.4. Capacitação de recursos humanos em saúde

O contexto da reforma do setor saúde e as transformações vertiginosas na área da saúde torna a capacitação de recursos humanos em saúde um desafio mediante a reconhecida transitoriedade do saber e das marcantes mudanças no mundo do trabalho em saúde. Os discursos apresentados a seguir revelam a força de uma demanda socialmente elaborada que mostram a pertinência das reivindicações,

[...] necessidade de estruturação de órgãos de desenvolvimento de recursos humanos em todas as instituições públicas e estímulo a preparação de pessoal técnico para o exercício dessas funções (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE,8, p.293).

[...]o processo de educação continuada vem ocorrendo através de pacotes emergenciais verticais que não atendem a realidade local dos serviços [...] a educação continuada deve ser uma das estratégias que favorecem a reorganização dos serviços. Nesse sentido recomenda-se a atualização dos profissionais, através dela, visando à introdução de novas técnicas que garantam a melhoria de qualidade do desempenho profissional, propiciando a integração interprofissional e o trabalho coletivo; o Projeto Larga Escala como estratégia para formação de pessoal de nível médio e elementar já engajado na força de trabalho da saúde; a educação continuada deve ser uma das estratégias que favorecem a reorganização dos serviços. Nesse sentido recomenda-se a atualização dos profissionais, através dela, visando à introdução de novas técnicas que garantam a melhoria de qualidade do desempenho profissional, propiciando a integração interprofissional e o trabalho coletivo ;a educação continuada deverá ser planejada integrando o setor de serviços, o de desenvolvimento de RH das instituições de saúde e o setor formal de ensino[...] conceitua-se Educação Continuada como processo organizado, permanente, sistemático, direcionado a clientela institucional, com uma política de saúde definida tendo em vista a real necessidade dos usuários. Ela surge da necessidade de passar informações contínuas, de atualizar, de renovar conceitos, mas não deve ser entendida como um substituto de lacunas ocorridas durante a graduação. Serve também para a adaptação do conhecimento técnico do profissional aos serviços da instituição e ao aprimoramento destes serviços. No entanto, devido à distorção provocada na formação universitária pelas exigências do mercado profissional liberal, ainda por um bom tempo os egressos não responderão com muita adequação às demandas do setor público e

da ação coletiva, e a educação continuada será obrigada a considerar prioritariamente essa questão. A educação continuada nesse momento particular da reorganização do Sistema de Saúde deve ser um instrumento de reforço à ação articulada e hierarquizada interinstitucional, podendo, a médio prazo, interferir mais fortemente na graduação universitária [...] Grande parte dos profissionais que atuam na área de RH não tiveram a oportunidade de se capacitarem adequadamente e não têm clareza do papel que devem desempenhar os órgãos de RH no processo de reformulação do sistema de saúde (CONFERÊNCIA NACIONAL DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE, I, p.24,25,28,37).

[...] a institucionalização de processos que visem a permanente atualização técnica e científica dos profissionais da rede básica, através da ação conjunta entre as Secretarias de Saúde e as Universidades (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE,9, p. 106,v.1).

[...] os Gestores do SUS devem garantir, através de ações educativas e de capacitação permanente, a sensibilização das Equipes de Saúde para o trabalho coletivo, hoje centralizado na figura e no poder do médico[...] O Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde devem promover programas permanentes de capacitação, formação, educação continuada, reciclagem e motivação das Equipes e dos Trabalhadores em Saúde, a fim de viabilizar um atendimento de boa qualidade técnica, humanizado e ágil, com os trabalhadores prestando continuamente informações adequadas e qualificadas, atuando com profissionalismo e compromisso com a melhoria da qualidade das ações oferecidas à população usuária (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 10, p.57,58).

[...] a qualificação dos trabalhadores de saúde é insuficiente, comprometendo a qualidade das ações. Não tem havido preparo adequado dos recursos humanos para responder, por exemplo, a determinados agravos que surgem ou se agudizam, como a AIDS, as causas violentas, muitos agravos crônicos degenerativos, problemas emocionais e, tampouco, para o manejo mais adequado de novas tecnologias que são introduzidas nos serviços [...] (CONFERÊNCIA NACIONAL DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE, II, p.13).

[...] os novos trabalhadores do setor público de saúde deverão ter formação adequada para o novo Modelo de Atenção à Saúde preconizado; e aos antigos, em atuação na rede, deve ser assegurado um programa de educação continuada por meio de escolas técnicas e de escolas de Saúde Pública dos estados[...] Garantir aos Recursos Humanos em Saúde processos permanentes de Educação Continuada, nas três esferas de governo, inclusive sobre os princípios e diretrizes do SUS e conceitos básicos em

Saúde Pública. Que todo profissional de saúde tenha treinamento de ingresso nos serviços, e que os governos federal, estaduais e municipais assumam a sua parcela de responsabilidade com o financiamento do SUS, de forma a facilitar o encaminhamento da necessária qualificação dos Recursos Humanos para o Sistema[...] Desenvolver parcerias entre sistemas de saúde e instituições de ensino do município, para estabelecimentos de Programas de Educação Permanente em caráter contínuo, sistemático e priorizando a temática de Promoção da Saúde com a participação da comunidade (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE,11 ,p.117,171,172).

[...] o SUS deve capacitar a todos que lograrem aprovação em concurso público. Tal capacitação deve ser adequada à realidade e às condições de trabalho que o servidor irá enfrentar [...] A constituição dos Pólos de Educação Permanente em Saúde, fruto da articulação interinstitucional, é um passo significativo no sentido de propor e formular uma política de educação permanente em saúde levando em conta a relação entre educação e trabalho, a mudança na formação e a produção de conhecimento e a recomposição das práticas de atenção, gestão, ensino e controle social no setor da Saúde[...] Promover e implantar educação permanente para qualificar trabalhadores de todas as categorias profissionais envolvidas com a área da saúde, em todos os níveis de formação, englobando conteúdos gerais e as especificidades locais, orientados pelos princípios do SUS, da ética profissional, com ênfase na humanização das relações e do atendimento[...]Criar instrumentos que incentivem e apoiem a participação do trabalhador em saúde em cursos, inclusive de graduação e pós-graduação em saúde, garantindo a liberação do profissional e o financiamento dos cursos. Incluir na política de capacitação do trabalhador de saúde a formação de pós-graduação dos profissionais de saúde, especialmente a especialização em saúde pública para os profissionais de nível universitário, de acordo com os critérios das instituições responsáveis. Estabelecer tempo de permanência no serviço público para os profissionais que participarem de formações custeadas pelo SUS, sob pena de indenização dos custos do curso (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE,12, p.115,116,129,130,131).

Os documentos analisados denotam o sentido temporal da continuidade desejada da capacitação dos profissionais após sua formação tendo em vista a necessária adequação para acompanhar os rumos do SUS tendo em vista a relevância da atenção básica de saúde.

Percebemos que em termos conceituais na primeira década analisada o foco presente é o da educação continuada evoluindo para o campo da educação

permanente com 12ª CNS, valendo destacar que há diferenças em ambas propostas.

Na área da saúde é vasta a prática e a legitimidade das ações de educação continuada, como os congressos, jornadas, cursos, eventos científicos os quais são entendidos como espaços necessários de atualização de conhecimentos e capacitação para assegurar o bom desempenho profissional, no entanto, o impacto de tais atividades sobre as transformações das práticas dos serviços tem sido questionado.

Esses questionamentos acerca do

“baixo impacto e altos custos da capacitação que levou a Organização Pan Americana da Saúde a formular e a divulgar na década de 1990 uma proposição metodológica de Educação Permanente (EPS), centrada no reconhecimento do potencial educativo dos espaços de trabalho e na indissociabilidade entre a gestão do trabalho e gestão do conhecimento em instituições comprometidas com a qualidade do cuidado” (RIBEIRO , 2004 p. 288).

A educação permanente parte do pressuposto da aprendizagem significativa (que promove e produz sentido) e propõe que a transformação das práticas profissionais deva estar baseada na reflexão crítica sobre as práticas reais de profissionais reais em ação na rede de serviços. Propõe-se, portanto, que os processos de capacitação do pessoal da saúde sejam estruturados a partir da problematização do seu processo de trabalho e que tenham como objetivo a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, tomando como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde. A atualização técnico-científica é apenas um dos aspectos da transformação das práticas e não seu foco central. A

formação e desenvolvimento englobam aspectos de produção de subjetividade, de habilidades técnicas e de conhecimento do SUS (BRASIL, 2003).

A introdução da educação em serviço como política pública afirma a perspectiva da construção de espaços locais, microrregionais e regionais com capacidade de desenvolver a formação e desenvolvimento das equipes de saúde, dos agentes sociais e de parceiros intersetoriais para uma saúde de melhor qualidade. A prioridade às equipes que atuam na atenção básica envolverá a articulação e o diálogo entre atores e saberes da clínica, da saúde coletiva e da gestão em saúde. A prioridade aos hospitais de ensino envolverá a revisão de seu papel na formação profissional, no apoio docente e tecnológico e na integração à rede do SUS na cadeia de cuidados progressivos à saúde. A prioridade à gestão do SUS envolverá a construção de uma rede SUS como escola de saúde, como educação permanente em saúde para o SUS (BRASIL, 2003).

A Portaria 198/GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004, instituiu a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor. Para a condução locorregional da política, foram criados os Pólos de Educação Permanente em Saúde (PEPS) para o SUS. Constituem-se em instâncias interinstitucionais e locorregionais para a gestão colegiada da educação em serviço, possibilitando, portanto, a articulação entre gestores do SUS e instituições formadoras, objetivando adequar os processos de formação e educação permanente às necessidades do sistema. A falta de profissionais com perfil adequado tem sido, ao lado de problemas de gestão e organização da atenção, um dos principais obstáculos para a melhoria da qualidade da atenção e para a efetividade do SUS

4.2. A Gestão do Trabalho em Saúde

O cenário nacional aponta para uma série de dificuldades no que se refere às questões da gestão do trabalho em saúde com destaques para a baixa remuneração, desempenho insatisfatório, motivação das equipes, requerendo um plano de reconhecimento do trabalho e dos trabalhadores em saúde. O Ministério da Saúde institucionalizou, no âmbito da Política Nacional de Saúde, a Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde que se incumbem de acompanhar os processos de gestão desenvolvidos em instâncias organizacionais.

4.2.1. A regulação do trabalho em saúde

Os processos de gestão do trabalho em saúde envolve mecanismos de regulação por parte do Estado Nacional com envolvimento das diferentes esferas: federal, estadual e municipal. A questão da autonomia e da articulação da gestão do trabalho, seguramente devem estar na agenda dos gestores a fim de delinearem um planejamento de ações de recursos humanos que incorpore o desenvolvimento de uma carreira que contemple política de emprego e direitos sociais. Esse tema emergiu dos documentos analisados como uma conclamação dos trabalhadores,

[...] a questão da política de recursos humanos, que recupere a dignidade do trabalho na área de saúde, com plano de carreira e capacitação permanente (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8, p.40).

[...] para que esta situação se reverta (adequação da formação às necessidades do setor saúde) torna-se necessário a formulação de uma nova política de pessoal para o setor e, a partir dela, um elenco de medidas que intervenham na definição dos quadros de pessoal, na remuneração do trabalho em saúde, na formação de pessoal de todos os níveis, no recrutamento e seleção, na ascensão e desenvolvimento profissional, jornadas e regimes de trabalho (CONFERÊNCIA NACIONAL DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE, I, p. 13).

[...] no campo político-jurídico é necessário definir novas bases legais que regulamentem as relações de trabalho e a formação de recursos humanos para saúde (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 9, p.105, v.1).

[...] o Ministério da Saúde deve elaborar, com ampla negociação com os interessados e suas entidades representativas e com a discussão e aprovação pelo Conselho Nacional de Saúde, uma Norma Operacional Básica de Recursos Humanos com princípios que regulem a ação e a relação das esferas de governo com relação aos trabalhadores no âmbito do SUS e que inclua uma “agenda de prioridades” para implantação desta Política. [...] O Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde devem criar uma Comissão Especial para, elaborar proposta de criação e operacionalização de Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS) para todas as esferas de governo e abrangendo todos os Trabalhadores em Saúde, nos termos da Lei Federal nº.142/92, assegurando os critérios aprovados na Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº. 12, de 03/10/91, e considerando... acesso a programas de formação, capacitação, educação continuada e reciclagem; (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 10, p.54-55).

[...] criação de uma política de Recursos Humanos para o SUS... centrada na profissionalização, na multiprofissionalidade, no aprimoramento continuado...Nessa perspectiva, é imprescindível a efetiva implantação da Norma Operacional Básica de Recursos Humanos e das mesas nacional, estaduais e municipais de negociação do SUS [...](CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 11, p.15).

[...] de acordo com as diretrizes políticas para a área de recursos humanos expressa na NOB/RH-SUS, o Plano de Cargos, Carreira e salários (PCCS) é considerado um instrumento de ordenação do trabalho que deve ser incorporado em cada nível de gestão (CONFERÊNCIA NACIONAL DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE III, p.36).

[...] Como conquistas da Mesa de Negociação Permanente do SUS, podemos citar a criação do Comitê nacional de Desprecarização do

Trabalho no SUS, a elaboração de diretrizes nacionais para o PCCS-SUS [...] (CONFERÊNCIA NACIONAL DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE III, p. 145).

[...] A implantação de mesas de negociação permanente do SUS estaria proporcionando debate das questões que, atualmente, se constituem no pano de fundo do conflito entre trabalhadores e gestores, tais como... ausência de Plano de Carreira, Cargos e Salários [...] (CONFERÊNCIA NACIONAL DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE III, p. 147).

Os excertos dos documentos que conformam essa categoria ao serem analisados de forma temporal longitudinal revela que no final da década de 80 algumas recomendações começam a expressar com mais nitidez a preocupação com as políticas de recursos humanos tendo em vista a reformulação das políticas de saúde no país.

Todavia no que concerne à gestão do trabalho na dimensão das carreiras e dos planos de cargos e salários permanece sem solução. Nesse período os dados mostram uma repetida reivindicação dos trabalhadores da saúde sobre a organização da carreira, no entanto, as fortes restrições administrativas e fiscais têm dificultado que este objetivo seja alcançado em todas as esferas de Gestão do SUS – municipal, estadual e federal. Estudo de tendência mostra que gestores e trabalhadores divergem em suas opiniões; os primeiros (68,5%) não acreditam que nos próximos dez anos se criem as possibilidades para estruturação de carreira, cargos e salários enquanto que 55,1 % dos trabalhadores consideram viável (NOGUEIRA, 2002).

A construção das Políticas se faz, entretanto, no contexto de realidades e demandas sociais distintas que se transformam ao longo do tempo. Nessa perspectiva, devemos destacar os cenários e tendências atuais para as políticas de recursos humanos frente à reforma setorial em curso, no país (BRASIL, 2002). Essa

perspectiva de construção de uma política de recursos humanos, em âmbito do gestor do sistema de saúde, toma-se a noção da política de governo como processo de escolhas públicas, direcionado à razão pública e ao interesse público, em especial, a política nacional de recursos humanos e sua relação com o processo de construção do Sistema Único de Saúde (NOGUEIRA, 2001).

O descaso com esse postulado explica boa parte das dissonâncias que se observam nas políticas de recursos humanos anunciadas ou pleiteadas para os sistemas de saúde em muitos países. Igualmente fundamentais para formulação de políticas nacionais de recursos humanos são as variáveis dependentes dos mercados de trabalho, do sistema educacional e dos processos de regulação do exercício profissional (CAMPOS; SANTANA, 2002).

A evolução da dimensão da gestão do trabalho em saúde tem apontado para a flexibilização das relações de trabalho, muito embora, a retórica seja de um discurso político de valorização do trabalho em saúde. De fato a Lei de Responsabilidade Fiscal impõe limites aos gastos com incorporação de força de trabalho e o reflexo dessa política é a precarização das relações de trabalho, ausência de uma política salarial e de carreira que acabam por comprometer profissionalização dos trabalhadores e a qualificação da atenção no SUS (VIEIRA, 2006).

De acordo com as diretrizes políticas para a área de recursos humanos expressa na NOB/RH-SUS, o plano de carreira, cargos e salários (PCCS) é considerado um instrumento de ordenação do trabalho que deve ser incorporado a cada nível de gestão do SUS.

4.2.2. A precarização do trabalho no SUS

A noção de trabalho precário ganhou grande voga ultimamente nas discussões acerca da gestão de recursos humanos em saúde e tem sido usada sobretudo para denotar um déficit de observância de direitos trabalhistas e sociais em situações de emprego mantidas pela administração pública. Tal noção ganha hoje proeminência numa política que se dirige ao objetivo de desprecarizar o trabalho no Sistema Único de Saúde (SUS) (NOGUEIRA, et al, 2004).

Observamos que esse tema é muito novo entre os próprios gestores e trabalhadores do SUS e somente a partir da 11ª CNS ele aparece na agenda de debate desses movimentos sociais, como apresentamos a seguir,

[...] a terceirização dos profissionais por meio de ONGs começa a se transformar em regra geral [...] A política de recursos humanos é, hoje, o maior problema para a gestão do SUS nos municípios [...] a política irresponsável de governo no campo dos Recursos Humanos –uma das facetas do processo de desmonte do Estado brasileiro. Se, de um lado, os profissionais de saúde não são responsáveis pelo caos em que se encontra o SUS, por outro a população é punida pela política de Recursos Humanos vigente no SUS. A dificuldade do debate evidencia-se pela demora na elaboração da NOB de Recursos Humanos, deliberada na 10ª CNS, em 1996, e que se encontra em sua terceira versão, carregada de polêmicas [...] Os participantes da 11ª CNS, quanto ao tema Recursos Humanos, apresentaram propostas que podem ser agrupadas em seis categorias de recomendações, isto é, seis eixos de formulação de políticas: Política Nacional de Recursos Humanos para o SUS, Desenvolvimento de Trabalhadores em Saúde; Política de Saúde; Formação de Pessoal para a Saúde; Relações de Trabalho e Processos de Educação para o SUS. As estratégias para transformação dos recursos humanos em profissionais de saúde comprometidos com um sistema de saúde acessível, qualificado, sensível e humanizado, envolvem diretrizes e propostas de ações de diferente natureza (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 11, p.25, 39,151).

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

concepção universalista. Adotou-se a política da antipolítica (CONFERÊNCIA NACIONAL DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE III, p.21).

A terceirização dos profissionais de saúde faz parte de um discurso da administração que se pauta no “trabalho flexível”, mas já começamos a perceber os efeitos danosos dessa política em termos de precarização. Todavia essa terminologia precisa ser melhor compreendida e encontramos que a

“expressão “trabalho flexível” parece ter sentidos diversos em função da posição teórico-política: a uns parece algo positivo, pois referir-se-ia à possibilidade de o trabalho ser diversificado, não monótono e não necessariamente envolver um pagamento menor que a média do mercado; a outros, negativo, pois abrangeria a flexibilidade jurídico-política do capital e do Estado de contratar e demitir trabalhadores sem obediência a certos direitos consagrados” (NOGUEIRA,2004, p.83).

É importante ressaltar que o crescimento de relações informais e atípicas de emprego no setor saúde contém em linhas gerais, o caráter de precariedade num cenário de grande complexidade que exige vínculo profissional e respeito à cidadania, o que a nosso ver suscita polêmica e grandes inquietações.

A categoria enfermagem se caracteriza pelo elevado nível de exigência profissional e pelas deficitárias condições laborais que dada a precarização salarial têm se envolvido em jornadas duplas e triplas de trabalho, implicando em total desproteção sociolegal com forte influência sobre as condições de vida individual e familiar.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo analisou as políticas de recursos humanos em saúde, no período de 1986 a 2005, enfocando as particularidades da enfermagem quando anunciadas nos documentos analisados. O marco inicial do estudo foi o ano de 1986 com a 8ª CNS que demarcou a reformulação do Sistema Nacional de Saúde impactando a assembléia Constituinte na elaboração do capítulo da Saúde, e, a I CNRHS que deu visibilidade aos recursos humanos em saúde como componente estratégico para a viabilidade do Sistema Único de Saúde.

No período estudado houveram cinco CNS e três CNRHS, desta a última em 2005 foi denominada III Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde, pontuando a idéia dos gestores federais sobre a necessária articulação entre trabalho e educação.

A análise dos dados conformou duas categorias, uma intitulada A formação e capacitação de recursos humanos em saúde, com quatro sub-categorias, a primeira denominada Os marcos legais da formação em saúde, que assinala uma perspectiva tradicional e dissociada do Ministério da Saúde e Ministério da Educação, fazendo repercutir essa lógica ministerial estanque, nas ações de formação geral e específica dos profissionais da saúde. Essa problemática foi pontuada em 2001 em parecer do Conselho Nacional de Educação e, em 2005, quando se registra uma progressão política, por ocasião da oficialização de cooperação técnica entre os dois ministérios, através de portaria Interministerial.

A segunda sub-categoria intitulada A dimensão curricular na formação em saúde, pautou a inadequação curricular das áreas da saúde, tendo em vista as

necessárias mudanças requeridas no processo produtivo em saúde para implementação das diretrizes do SUS. A contribuição específica da enfermagem esteve presente valorizando a construção coletiva de um projeto educacional para a enfermagem brasileira com ênfase no modelo de atenção e no trabalho em equipe. As deficiências dos currículos do nível médio também estiveram na pauta das conferências, tendo início o debate sobre a formação de alunos-trabalhadores de enfermagem culminando com projetos de inclusão social como o Projeto Larga Escala na década de 80 e, posteriormente, o Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem, no ano 2000.

A sub-categoria A perspectiva das metodologias de ensino-aprendizagem, retrata que desde a 8ª CNS a estratégia de integração docente assistencial vem sendo pontuada como importantíssima para a formação profissional e como possibilidade de articulação ensino-serviço a fim de criar melhores estratégias de desenvolvimento de metodologias de ação-reflexão-ação. Todavia ao longo do período essa estratégia teve pouco impacto nas universidades, sendo redesenhada em 2005, no Programa de Reorientação da Formação em Saúde, com aplicação para enfermagem, medicina e odontologia.

A última sub-categoria desse eixo temático refere-se a Capacitação de recursos humanos em saúde, que no período de 1986 a 2003 esteve conformada na lógica da educação continuada sem expressão de um projeto político de capacitação em serviço e, somente com a 12ª CNS amplia-se essa visão, propondo em âmbito governamental, uma Política Nacional de Educação Permanente em Saúde com recursos financeiros federais, instituída em portaria, no ano de 2004.

A segunda categoria trata da Gestão do trabalho em saúde, com duas sub-categorias, a primeira intitulada A regulação do trabalho em saúde, em que

constatamos que desde a 8ª CNS, o plano de carreira é conclamado pelos trabalhadores da saúde, sendo que na 10ª CNS se discute uma Norma Operacional Básica de Recursos Humanos em Saúde- NOB/ RH-SUS, que visa contemplar a relação dos trabalhadores com as distintas instâncias de gestão do SUS: municipal, estadual e federal. No entanto, essa dimensão de carreira, cargos e salários permanece sem solução até os dias atuais muito embora se tenha aprovado a NOB/RH-SUS, em sua primeira versão em 1998.

A outra sub-categoria está vinculada A precarização do trabalho no SUS; esse tema é muito atual e surge como pauta de discussão na 11ª CNS carreado pela problemática gerada em torno da terceirização de profissionais do SUS, em que o caráter de flexibilização de contratos tem privilegiado a dimensão de precariedade com perdas de proteção social por parte dos trabalhadores da saúde.

Essa questão reflete a persistência de importantes problemas de distribuição, migração, baixos salários, iniquidades e falta de articulação entre a formação de pessoal e as necessidades do sistema de saúde. As relações informais que têm gerado inquietações, alto número de vínculos empregatícios, trazendo implicações para a qualidade da atenção prestada ao usuário, bem como para a vida pessoal de cada trabalhador.

A presente investigação possibilitou realizar uma análise conjunta de dados documentais, levando-nos a uma percepção importante dos movimentos sociais dos trabalhadores da saúde, que ao longo do período pautaram temas de interesse na garantia do SUS e de direitos trabalhistas, em termos de formação e de gestão do trabalho. Analisamos que a definição de políticas de recursos humanos em saúde acontece como parte de uma construção de trabalhadores e sociedade. Essa dinâmica é plural e conflitual, na medida em que contribui para revelar

possibilidades de avanços mas também expõe fragilidades dos contextos políticos governamentais.

Registramos que a análise de conjunto dos excertos evidenciaram momentos históricos em que houveram mudanças nas orientações políticas de um governo para outro, interrompendo bruscamente projetos em curso, fazendo-se perceber com clareza descontinuidades acerca das políticas de recursos humanos em saúde.

Acreditamos que em termos futuros, dada a repercussão internacional da crise de recursos humanos em saúde, tenhamos políticas com maior potencial de operacionalização, considerando a política maior da Organização Mundial de Saúde, que em 2006 decretou o Decênio de Recursos Humanos em Saúde, com o objetivo de valorizar os profissionais da área tendo como objetivo a sustentabilidade dos sistemas de saúde.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.229p.

BRASIL, Ministério da Educação e Cultura. Secretaria do Ensino Superior. Programa de Integração Docente Assistencial- IDA. Brasília, MEC/SESU/CCS, 1981.32p., n.3. **Cadernos da Ciência da Saúde**, 1981.

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

_____. Ministério da Educação. Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. **Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional**. *Diário Oficial da União*. Brasília, DF, 23 dez. 1996.

_____.Ministério da Educação. Parecer 16/99, de 05.10.1999. **Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Profissional de Nível Técnico**.1999

_____, Ministério da Saúde. Oferta de qualificação é necessária para melhorar a atenção à saúde. **Revista Formação**, v.1, p. 9-18. Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem- PROFAE. Jan,2001.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Geral da Política de Recursos Humanos. **Política de Recursos Humanos para o SUS: balanço e perspectivas**. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Geral da Política de Recursos Humanos. Brasília:Ministério da Saúde, p.35,2002.

_____.Ministério da Saúde. Resolução n. 335 de 27 de novembro de 2003. **Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde**. Pólos de Educação Permanente em Saúde, Brasília, DF, Série C. Projetos, Programas e Relatórios, Brasília, 2003.

_____.Ministério da Saúde. **QUALISUS: Política de Qualificação da Atenção à Saúde**. Brasília, DF, 2004.

_____.Ministério da Saúde. Conselho Nacional de saúde. **Princípios e Diretrizes para a gestão do trabalho no SUS (NOB/RH-SUS)**.3 ed. Rev.atual. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. **Pró-Saúde: programa nacional de reorientação da formação profissional em saúde.** Ministério da Educação, Brasília: Ministério da Saúde, 80 p., 2005 b.

_____. Ministério da Saúde. **Educar-SUS. Notas sobre o Desempenho do Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Período de 2004-2005.** Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. P.105, Brasília, 2005 c.

CAMPOS, F.E.; SANTANA, J.P. In: Brasil, Ministério da Saúde. **Política de Recursos Humanos em Saúde.** Seminário Nacional, Brasília, p.184, 2002.

CAMPOS, F. E.; AGUIAR, R.A.T. Atenção Básica e Reforma Curricular. In: NEGRI, B; FARIA,R; VIANA, A.L.d'A. **Recursos Humanos em Saúde: Política, Desenvolvimento e Mercado de Trabalho** - Campinas. SP: Unicamp ,p.91-100, 2002.

CASTRO, J.L.et al. **Izabel dos Santos: a arte e a paixão de aprender fazendo.** Observatório Rh NESC/UFRN, p. 128, Natal, 2002.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8, Brasília, D.F,mar/1986. **Anais.** Brasília, Ministério da Saúde DF, p.430,1986.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE RECURSOS HUMANOS,I, **Relatório Final** Ministério da Saúde. Brasília DF,1986,disponível em:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/CNRH_sa%FAde.pdf.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE ,9, Brasília, 1992. **Anais.** Ministério da Saúde.Brasília, DF, v.1-2,1992.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE RECURSOS HUMANOS, II,Brasília,1994. **Relatório Final**, Ministério da Saúde .Brasília, DF,Cad RH Saúde, disponível:
http://www.opas.org.br/rh/pub_det.cfm?publicacao=34

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE,10, Brasília,1996, **Relatório Final**, Ministério da Saúde.Brasília, disponível em:
<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/10conferencia.pdf>

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE,11, Brasília,2000, **Relatório Final**, Ministério da saúde.Brasília, disponível em:http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/11_cns.pdf,

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE,12 ,Brasília,2003, **Relatório Final**, Ministério da Saúde, Brasília, disponível em:
http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/04_0872_M.pdf

CONFERÊNCIA NACIONAL DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE III, **Relatório Final**, Brasília, DF,2006, Cad RH Saúde, Ministério da Saúde, p.181, http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_rh.pdf

CROSSETI, M.da G.O, et al. **Relato de uma experiência de integração docente assistencial no HCPA**. Trabalho apresentado no Encontro Nacional de Enfermagem de Hospitais de Ensino, Fortaleza,1995.

DELUIZ, N. Qualificação, competências e certificação: visão do mundo do trabalho. **Rev. Formação**, n.2, p.5-15, mai,2002.

EGRY, E.Y.; FONSECA, R.M.G.S. Dimensão pedagógica da integração docente-assistencial como estratégia de intervenção no saber/fazer em saúde coletiva, **Saúde debate**, n. 42, p.16-22, 1994.

FARIA, R; VIANA,A.L.d'A. Experiências inovadoras de capacitação de pessoal para atenção básica no Brasil: balanços, limites e possibilidades dos Pólos. In: NEGRI, B; FARIA,R; VIANA, A.L.d'A. **Recursos Humanos em Saúde: Política, Desenvolvimento e Mercado de Trabalho** - Campinas. SP: Unicamp,p.127-159 , 2002.

FERRAZ, C. A. ; MISHIMA, S. M. ; COLABORADORES . La reforma del sector salud y sus implicaciones para la práctica, la regulación y la educación de enfermería en Brasil. **Serie 27 Desarrollo de Recursos Humanos**, Washington, D.C., p. 67-71, 2001.

AMÂNCIO FILHO, A; WERMELINGER, M.C.M.W; GARCIA, A.C.P. A Formação Profissional de Nível Médio na Área da Saúde: a Modalidade Seqüencial em Foco,**Trabalho e Educação**, n.9, sem data.

FONSECA, C.D.; SEIXAS, P.H.D'A. Agenda Nacional de Recursos Humanos em Saúde: Diretrizes e Prioridades. In: NEGRI, B; FARIA,R; VIANA, A.L.d'A. **Recursos Humanos em Saúde: Política, Desenvolvimento e Mercado de Trabalho** - Campinas. SP: Unicamp,p.289-322, 2002.

GIL, C.R.R; CERVEIRA, M. A. C.; TORRES, Z.F. **Pólos de capacitação em Saúde da Família: alternativas de desenvolvimento de recursos humanos para a atenção básica.** In: NEGRI, B; FARIA,R; VIANA, A.L.d'A. **Recursos Humanos em Saúde: Política, Desenvolvimento e Mercado de Trabalho** - Campinas. SP: Unicamp, p.103-125, 2002.

INEP. **A trajetória dos cursos de graduação na área da saúde: 1991-2004/** Org: HADDAD, A.E. et al. Brasília. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira, p. 531, 2006.

BIASOTO JÚNIOR, G. Recursos Humanos e qualificação profissional: impasses e possibilidades.**Rev. Formação**, n. 5, p. 75-85, Brasília, 2002.

LIMA, J.C.F et al. Educação profissional em saúde: uma análise a partir do censo escolar 2002. In: Brasil, OPAS. **Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil: estudos e análises**, Brasília, 2004,v.2, p.203-222,Ministério da Saúde,OPAS, 2004.

LÜDKE, M., ANDRÉ, M.E.D.A. **Pesquisa em educação:abordagens qualitativas.** São Paulo: EPU, 1986.

NOGUEIRA, R.P. **Recursos Humanos como uma Função Política de Regulação**, 2001.In:[http://www.pessoalsus.inf.br/Temas/regul do trab nas insts pub de saude2.htm](http://www.pessoalsus.inf.br/Temas/regul_do_trab_nas_insts_pub_de_saude2.htm)

_____, R.P. O Trabalho em Saúde Hoje: Novas Formas de Organização. In: NEGRI, B; FARIA,R; VIANA, A.L.d'A. **Recursos Humanos em Saúde: Política, Desenvolvimento e Mercado de Trabalho.** Campinas. SP: Unicamp, p. 257-274, 2002.

_____, R.P.; BARALDI, S.; RODRIGUES, V.A. Limites críticos das noções de precariedade e desprecarização do trabalho na administração pública. In: BRASIL, OPAS. **Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil: estudos e análises**, Brasília, 2004,v.2, p.81-103,Ministério da Saúde,OPAS, 2004.

OLIVEIRA, C.C. Modelos de integração docente-assistencial. Apresentado no 5º Encontro Nacional de Enfermeiros de Hospitais de Ensino. **Anais do 5º Encontro....** Florianópolis, UFSC, p.101-122, 1987.

OPAS. **Relatório Mundial da Saúde.** Organização Mundial da Saúde. 2006.Disponível em: <http://www.opas.org.br/gentequefazsaude/>

OPAS. **Desenvolvimento e fortalecimento da gestão dos recursos humanos no setor da saúde**. Organização Pan- Americana da Saúde, Organização Mundial da Saúde. 43º Conselho Diretor, 53º Sessão do Comitê Regional, Washington, D.C., 2001.

PADILHA, M.I.C.S. Análise crítica das causas de integração e/ou desintegração docente-assistencial na enfermagem. **Rev. Gaúcha Enf.**, v.12, n.1, p.33-37,1991.

PIMENTEL, Alessandra.O método da análise documental: seu uso numa pesquisa historiográfica. **Cad. Pesqui.**, Nov. 2001, no.114, p.179-195.

RIBEIRO, E.C.O. Educação Permanente em saúde. In: Marins, J.J.N; Rego, S.;Lampert, J.B; Araújo, J.G.C. In: **Educação Médica em Transformação: instrumentos para a construção de novas realidades**. Hucitec,p. 285-303, 2004.

SANTANA, J.F.N.P. Entrevista: Depoimento de um planejador.Entrevistadores: Viana, A.L.d'A; SILVA, H.P. In: NEGRI, B; FARIA,R; VIANA, A.L.d'A. **Recursos Humanos em Saúde: Política, Desenvolvimento e Mercado de Trabalho** - Campinas. SP: Unicamp, p. 405-418,2002.

SANTOS, I; SOUZA, A.A; VIEIRA, T.C.V. **Preparação de Pessoal pelas instituições de Saúde**. Mimeografado. Brasília. 1987.

SEMINÁRIO NACIONAL DE DIRETRIZES PARA EDUCAÇÃO EM ENFERMAGEM NO BRASIL, 4.,2000, Fortaleza. **Relatório final...** Fortaleza: Associação Brasileira de Enfermagem: Ceará, 2000.

SILVA, G.T.R. **Os egressos de uma Escola do nível médio de Enfermagem do Município de São Paulo: repensando a formação profissional**. Dissertação de Mestrado. Escola de Enfermagem da USP. São Paulo,2000.

SILVA, J.A. Estratégias de qualificação e inserção de trabalhadores de nível médio na área da saúde. In: NEGRI, B; FARIA,R; VIANA, A.L.d'A. **Recursos Humanos em Saúde: Política, Desenvolvimento e Mercado de Trabalho**. Campinas. SP: Unicamp, p.373-401, 2002.

TAKAHASHI, R.T. **O olhar da dimensão da práxis do ensino voltada para a formação dos técnicos de enfermagem**. Tese Livre docência. Escola de Enfermagem de São Paulo, 2006, p. 109.

TELLES, J.L. Desafios éticos na formação de profissionais auxiliares em saúde. In: **Formação de pessoal de nível médio para a saúde: desafios e perspectivas.** Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (Org.). FIOCRUZ, 48, Rio de Janeiro, 1996.

VIEIRA, A.L.S et al. Tendências do sistema educativo no Brasil: medicina, enfermagem e odontologia. In: BRASIL, OPAS. **Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil: estudos e análises**, Brasília, 2004,v.2, p.183-202 ,Ministério da Saúde,OPAS, 2004.