

Recursos Humanos nas Conferências Nacionais de Saúde (1941-1992)

JANE DUTRA SAYD*

LUIZ VIEIRA JUNIOR**

ISRAEL CRUZ VELANDIA***

RESUMO

Este trabalho procura identificar, nos registros das Conferências Nacionais de Saúde, o destaque dedicado à questão dos recursos humanos, assim como as conjunturas políticas e econômicas que ambientaram a dinâmica da saúde no Brasil em cada momento considerado. Revez-se a trajetória política da discussão do setor, através da leitura dos textos das conferências dedicados especificamente ao tema, terminando na I Conferência Nacional de Recursos Humanos em Saúde.

Palavras-chave: Recursos humanos; Conferências Nacionais de Saúde; política de saúde.

ABSTRACT

Human Resources at the National Health Conferences (1941-1992)

The authors present a historical analysis centered on politics, concerning human health resources in Brazil, exploring the propositions and conclusions of the National Health Conferences between 1940 and the nineties. The analysis focuses on the relationship between political evolution and the dynamics of the Brazilian political and economic context.

Keywords: Human resources; National Health Conferences; health politics.

* Médica, Professora Adjunta do Departamento de Planejamento e Administração em Saúde do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/UERJ).

** Mestrando do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Departamento de Planejamento e Administração em Saúde – IMS/UERJ.

*** Fisioterapeuta, Mestre em Educação e bolsista do CNPq, Doutorando do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Departamento de Planejamento e Administração em Saúde – IMS/UERJ.

RÉSUMÉ

Ressources Humaines aux Conférences Nationales de la Santé (1941-1992)

Les auteurs présentent ici une analyse historique centrée sur la politique, à propos des ressources humaines de la santé au Brésil, sur les propositions et conclusions des Conférences Nationales de la Santé, de 1940 jusqu'aux années quatre-vingt-dix. L'analyse est centrée sur les relations entre l'évolution de la politique des ressources humaines et la dynamique du contexte politique et économique brésilien.

Mots-clés: Ressources humaines; Conférences Nationales de la Santé; politique de la santé.

Recebido em 9/11/98.

Aprovado em 26/11/98.

Introdução

As atividades de assistência à saúde, componentes do setor terciário, possuem particularidades bastante relevantes quanto aos princípios e regras que regem seu exercício e sua legitimidade na sociedade. A esse respeito, existem considerações cada vez mais dignas de destaque para os dias atuais.

Em primeiro lugar, os processos de trabalho em saúde promovem uma crescente coletivização das atividades, a integrar profissionais de várias áreas e níveis de formação, tanto em uma unidade prestadora de atenção como em um sistema de saúde. Soma-se a esse aspecto a natureza de manufatura do processo de divisão técnica do trabalho coletivo em saúde, sendo indispensável o envolvimento de uma força de trabalho com elevado grau de habilidade e familiarizada com sua tarefa.

Esses elementos nos levam a um segundo ponto: a racionalidade no trabalho em saúde. Uma vez que os trabalhadores respondem a tarefas de diferentes graus de complexidade, é indispensável dimensionar as atividades de saúde e organizar o processo de trabalho de forma a envolver o menor número possível de profissionais de formação superior em atividades elementares. Estes devem ser responsáveis pelas atividades mais complexas, inclusive gerência e supervisão de outros trabalhadores; tarefas mais elementares podem ser resolvidas por trabalhadores treinados em níveis menos avançados. A correta proporção de trabalhadores de nível superior e auxiliar nas atividades de saúde garantiria não somente a manutenção da qualidade e da produtividade, mas também um menor custo.

Um fenômeno recente, e de grande importância para se repensar o trabalho, é a revolução tecnológica. Desde os anos 70, a introdução de tecnologia nos meios de produção vem acarretando queda na geração de emprego e disfunções no mercado de trabalho. A saúde é um setor em que a indústria de equipamentos médicos e farmacêuticos avança, conseguindo desempenho de produção e implemento de inovações próximos ao das indústrias de microeletrônica. Porém, no setor saúde, o processo de incorporação de tecnologia promoveu uma série de efeitos diferenciados:

- ◆ aumento no custo da assistência em saúde;
- ◆ complexificação e segmentação na formação de recursos humanos;
- ◆ criação de novas categorias de trabalhos, profissionais e especialidades.

Os setores primários e secundários da economia, a cada avanço da tecnologia, perdem seu poder de gerar empregos, e dispensam cada vez mais

trabalhadores de baixa instrução formal. No caso das atividades do setor terciário, isto é verdade para algumas atividades, mas na área da saúde e em outras atividades voltadas para o sistema de proteção social, a capacidade de absorver recursos humanos é incomparável. Discutir políticas de recursos humanos em saúde é, portanto, não somente reconhecer as carências sanitárias da população brasileira, mas também perceber nas áreas de fim social um setor estratégico para políticas de emprego. Especificamente no campo da saúde, resgatar o percurso pelo qual a questão dos recursos humanos foi debatida na construção do sistema nacional de saúde pode significar alguma contribuição para um dos desafios do Sistema Único de Saúde (SUS): a formulação de políticas que possam de maneira efetiva transformar o quadro atual de deficiência, despreparo e desigualdade nos recursos humanos em saúde, a refletir outras deficiências e desigualdades da sociedade brasileira.

Um fórum político, desde 1941, procura abordar as grandes questões sanitárias do Brasil: a Conferência Nacional de Saúde. É um evento oficial, da agenda governamental, que, ao contar com inúmeros representantes da sociedade civil nos últimos anos, vem se legitimando como o fórum que reúne e registra aspirações, projetos, demandas e interesses da nação para a melhoria das condições de saúde no País.

Este trabalho procura identificar, nos registros das Conferências Nacionais de Saúde, os pontos dedicados à questão dos recursos humanos, considerando os paradigmas sanitários vigentes a cada momento, a noção de saúde e o entendimento sobre o trabalho profissional desse setor, assim como as conjunturas sociais, políticas e econômicas que ambientaram a dinâmica da saúde no Brasil.

As Conferências Nacionais de Saúde

No Governo Getúlio Vargas, mediante a Lei nº 378, de 13 de janeiro de 1937, reorganizou-se o antigo Ministério da Educação e Saúde Pública, e foram instituídas a Conferência Nacional de Saúde e a Conferência Nacional de Educação. O propósito da medida foi “facilitar ao Governo Federal o conhecimento das atividades concernentes à saúde e à educação, realizadas em todo o País, e orientá-lo na execução dos serviços locais de educação e de saúde, bem como na concessão do auxílio e da subvenção federais”. O mesmo diploma legal (art. 90, parágrafo único) estabeleceu que as conferências seriam convocadas pelo Presidente da República, com intervalos máximos de dois anos. Esse calendário, como é sabido, não se cumpriu; mas a trajetória percor-

rida pelas conferências fornece um painel de análise interessante para vários temas, inclusive o da formação de recursos humanos para a saúde no Brasil.

Um primeiro texto sobre os recursos humanos nas Conferências Nacionais de Saúde propõe:

“Tanto pela temática tratada como pela forma de abordá-la, é possível distinguir no período das nove conferências três momentos ou etapas: o primeiro, de 1941 a 1963 (I a III CNS); o segundo, de 1967 a 1980 (IV a VII CNS); e o terceiro, de 1986 a 1992 (VIII e IX CNS)”¹.

Esta periodização, a nosso ver, é insatisfatória: a III CNS (1963) apresenta especificidades que não a inserem bem nem no primeiro período nem no segundo, e as razões para isso estão no desenvolvimento do processo de discussão na área da saúde, assim como no processo político ligado ao poder de Estado, como se verá. A IV CNS, por sua vez, é o desdobramento das tentativas incipientes de planejamento levantadas pela anterior; as duas poderiam se constituir como um período de tentativas de planejamento estatal nos moldes rígidos dos anos sessenta. Por sua vez, a V, VI e VII CNS podem ser marcadas pela crise do milagre brasileiro, quando o planejamento foi obrigado a contemplar algumas dimensões políticas, tanto em virtude da abertura como da própria crise econômica. Optou-se, no entanto, por manter a IV CNS junto a suas sucessoras, em virtude da mudança de tom que a separa da terceira; o traço autoritário já está presente na mesma. Para os recursos humanos, assunto em tela, também as diferenças são sensíveis.

I e II Conferências Nacionais de Saúde – Sanitarismo Clássico (1941-1961)

Nesse período, a tentativa do Estado é passar de um regime populista e nacionalista para um modelo desenvolvimentista, implantando um projeto nacional de desenvolvimento econômico “moderno”, integrado à ordem capitalista industrial. Nos aspectos relativos à saúde, o período está marcado pelo modelo das “campanhas sanitárias”, caracterizado pelo combate às grandes epidemias, pela concentração das decisões, em geral tecnocráticas, e pelo estilo repressivo da intervenção médica nos corpos individual e social. As primeiras conferências têm como referência principal os Congressos Brasileiros de Higiene, marcados pela idéia de polícia pública e privada, que

¹ Periodização proposta em Brasil (1993).

se desenvolvem no País a partir de 1924. É de se notar a referência aos Congressos Brasileiros de Higiene; pode-se dizer que o projeto de Estado para a saúde ancorava-se, em grande parte, nos pontos de vista dos setores médicos interessados na questão.

A I Conferência Nacional de Saúde (1941) envolveu especialmente assuntos relacionados à organização sanitária estadual e municipal, à ampliação e sistematização das campanhas nacionais contra a tuberculose e a hanseníase, ao desenvolvimento dos serviços básicos de saneamento e das atividades de proteção ao grupo materno-infantil. A II Conferência Nacional de Saúde (1950) basicamente tratou a temática da malária, e ressaltou a preocupação de levar às autoridades superiores os “pontos de vista dominantes entre os sanitaristas do País”, para o “estudo de orientação mais satisfatória e de normas suscetíveis de emprestar maior uniformidade à resolução dos problemas de saúde brasileiros”. Os *Anais* dessas conferências não foram publicados na íntegra. Utilizamos aqui de fontes secundárias (Brasil, 1993).

Até o final da década de 50, a regulação do que talvez possa ser referido como mercado de trabalho quase que exclusivamente era executada através das instituições médicas: suas escolas, sociedades e órgãos complementares. Os Conselhos de Medicina não existiam, e o Estado conferia plena legitimidade aos órgãos de classe para regulamentar sua profissão. O Poder Público limitava sua atuação na saúde, sem exercer grande influência no mercado de trabalho médico; a demanda pública por profissionais voltados para as atividades sanitárias não interferiam no curso liberal da profissão.

A participação da classe médica na composição do Estado brasileiro era mais significativa em comparação aos dias atuais, e o papel de técnico, formulador de propostas e políticas de saúde, amparado no conhecimento científico que garantiria a eficácia de qualquer intervenção sobre a saúde, cabia ao médico exclusivamente. É possível observar sua predominância na participação das primeiras CNS.

III Conferência Nacional de Saúde – Transição (1963)

Em 1961, com a Carta de Punta del Este, unificou-se a proposta da Aliança para o Progresso, o pensamento cepalino e o discurso da Organiza-

² O método CENDES/OPAS foi elaborado no início da década de 60 pelo Centro de Estudios del Desarrollo de la Universidad Central de Venezuela (CENDES), com a colaboração da organização Pan-Americana da Saúde (OPAS).

ção Pan-americana da Saúde (OPAS), inaugurando a planificação da saúde no modelo CENDES/OPAS², quando os governos latino-americanos se comprometem a executar políticas de desenvolvimento social através da programação e, no campo sanitário, introduzir técnicas e procedimentos de planejamento e programação em saúde. A partir de então, o parecer médico seria complementado pelo planejamento (ou vice-versa), para a formulação de políticas sanitárias.

A III Conferência Nacional de Saúde realizou-se no mesmo ano da primeira reunião de Ministros de Saúde das Américas. Os dois eventos dividiram os mesmos problemas nos recursos humanos: carência e má distribuição de mão-de-obra, além da necessidade de traçar programas de capacitação, fixação e interiorização de profissionais de saúde nas regiões menos favorecidas. Este é o ponto de partida para as políticas de recursos humanos em saúde no Brasil, um período de crescimento e busca da racionalidade no setor.

O temário oficial da III CNS, basicamente, compreendia quatro itens: situação sanitária da população brasileira; distribuição e coordenação das atividades médico-sanitárias nos níveis federal, estadual e municipal; municipalização dos serviços de saúde e, finalmente, fixação de um Plano Nacional de Saúde. Dentro deste último item, levantou-se a necessidade de formular uma política de recrutamento, seleção, preparo e aproveitamento do pessoal técnico, e foi proposta a descentralização do ensino desse pessoal, seguindo a noção de que assim a qualificação seria mais barata, menos complexa e mais adequada ao meio onde as atividades seriam exercidas. Foi dada grande ênfase ao papel que teria a Escola Nacional de Saúde Pública na formação de técnicos em nível local, por todo o Brasil.

A III CNS foi citada e revisitada à época das discussões em torno da Reforma Sanitária (1985-86) por seu cunho municipalista e descentralizante. Foi realizada em momento político de intensa discussão sobre os rumos do País (o Governo João Goulart), com posições extremamente polarizadas em torno de modelos de “esquerda” e “direita” para o desenvolvimento social e econômico. Nesse clima surgiram, portanto, as idéias de que a formação deve ser adequada às condições sociais em que o profissional vai exercer sua atividade. Mais do que isso, o Governo federal encontra-se disposto a partilhar o escopo de decisões de forma aberta, coisa inovadora no Estado brasileiro:

“Não é mesmo pensamento do Ministério da Saúde criar um esquema rígido de acordo. As condições locais e o espírito criador das populações das vastas regiões do País certamente encontrarão soluções adequadas” (CNS, 1963: 205).

A III CNS não faz mais parte, a rigor, de um período campanhista, por apresentar já um perfil de propostas de planejamento mais global para a área de saúde, inclusive atribuindo a instâncias locais o poder de encontrar suas soluções. Estamos ainda, por outro lado, no tempo em que se dizia “pessoal”, em lugar do jargão contemporâneo, “recurso humano”.

As instâncias de treinamento chamadas a colaborar no esforço incluem, além das instâncias governamentais e da Escola Nacional de Saúde Pública, as faculdades de Medicina, sem referência a outras escolas, como Odontologia, Enfermagem ou Farmácia, mais do que estabelecidas à época. A preponderância, quase exclusividade da figura do médico no panorama das propostas para o setor saúde é, ainda, um fato indiscutível. Nota-se ainda que a idéia de utilizar pessoal técnico no lugar de médicos não inclui perspectivas de equipe de saúde: trata-se mais de substituir, na medida do possível, o médico, ausente no interior. Esse profissional, a ser qualificado de forma inovadora, descentralizada, com responsabilidades antes restritas ao médico, é no entanto vaga; não tem nome no relatório da conferência:

“... não há como, nas condições atuais, levar médicos para atender às populações do interior. Por outro lado, como já foi afirmado anteriormente, é possível resolver, de maneira satisfatória, muitos dos problemas médico-sanitários que afligem nossas populações do interior, na base de pessoal de menor qualificação, com, é claro, supervisão médica” (CNS, 1963: 204).

IV a VII Conferência Nacional de Saúde – O Planejamento Estatal (1967-1980)

O contexto nesse período é o do governo militar, com controle burocrático-autoritário do aparato de Estado, com anulação da discussão política no processo decisório, trocada pela tomada de decisão “racional”, no plano “técnico”, portanto indiscutível. Esse período compreende dois momentos na História do Brasil: o primeiro é o chamado “milagre brasileiro” - 1968 a 1974; o segundo, correspondente à crise iniciada pelo aumento internacional dos preços do petróleo, vai de 1974 a 1984.

Durante o período do “milagre”, estabeleceu-se no Brasil uma política de saúde, que, aliando campanhismo e curativismo (estritamente na atenção previdenciária), acabou por tornar a saúde um bem de consumo “de massa”, gerando o que pode se chamar de indústria da doença, caracterizada pelo

“... surgimento e o rápido crescimento de um setor empresarial de serviços médicos, constituído por proprietários de empresas médicas centradas mais na lógica do lucro do que na da saúde ou da cura de sua clientela... um ensino médico desvinculado da realidade sanitária da população, voltado para a especialização e a sofisticação tecnológica e dependente das indústrias farmacêuticas e de equipamentos médico-hospitalares... consolidação de uma relação autoritária, mercantilizada e tecnicada entre médico e paciente, e entre serviços de saúde e população” (Luz, 1991: 82).

No período da crise, todos os setores da economia do País são atingidos pela recessão e a inflação, ou seja, desaceleração do crescimento econômico, endividamento externo com pagamento de altíssimos juros, aumento dos custos produtivos e financeiros internos, aumento dos níveis de desemprego e subemprego, queda no poder aquisitivo dos trabalhadores, aumento dos impostos e corte dos gastos públicos, drásticas mudanças na política cambial, etc., sendo os programas das políticas sociais (saúde, habitação, educação) os mais afetados. Nesse contexto, a crise da previdência surgiu como um dos elementos mais conspícuos, a revelar o descabimento em que se constituiu a compra desenfreada de serviços médicos nos momentos anteriores.

No contexto internacional, se impuseram as teses da Organização Mundial da Saúde e Organização Pan-americana da Saúde, de que o homem é ao mesmo tempo recurso, instrumento e objeto do desenvolvimento social e econômico; conseqüentemente, sua saúde é – principalmente e acima de tudo – um poderoso fator de desenvolvimento. Fundamental para a organização da sociedade, não poderá estar ausente de qualquer programa nacional de desenvolvimento. Mais ainda, o grau de desenvolvimento socioeconômico de um país está estreitamente relacionado ao seu contingente de pessoal para as atividades de saúde, à maneira como esse pessoal é utilizado em benefício da população e, especialmente, ao nível e à qualidade de sua preparação e treinamento³.

Pode-se dizer que o conceito de saúde durante esse período mudou daquele promulgado pela OMS em 1958, que definia “a saúde como o completo estado de bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a

³ “... O homem deve ser considerado como um dos recursos econômicos com que pode contar a sociedade para o seu desenvolvimento... toca especialmente ao homem a tarefa de promover o progresso e o bem-estar social, e sua atuação será tanto mais significativa, quanto melhor for sua qualidade e mais adequada sua utilização” (CNS, 1967: 47 – discurso de Ernani Braga).

ausência de doença”, para continuar com as teses de Lalonde e H. Blum (Lalonde, 1978), que explicavam a saúde e a doença da acordo com as concepções da multicausalidade, já não só como um estado individual, mas, sim, como o resultado dos processos da interação de quatro fatores: ambiente, comportamento, herança e serviços de saúde. Fato importante nesse período é a Declaração de Alma-Ata, em 1978, que promulga a atenção primária de saúde como elemento-chave para reorientar os sistemas de saúde e para alcançar a meta social de “Saúde para todos no ano 2000”.

Em 1967, o governo militar não havia consolidado ainda um projeto hegemônico; vozes de oposição faziam parte do cenário político e a economia ainda não oferecia a aparência do “milagre”. Iniciando o período, a IV Conferência Nacional de Saúde foi convocada pelo Governo com a finalidade de:

“... oferecer sugestões para a formulação de uma política permanente de avaliação de recursos humanos, tendo em vista a formação dos contingentes de pessoal de que o País carece para o desenvolvimento das suas atividades de saúde” (CNS, 1967 – Convocação e finalidade).

Observa-se a ênfase e valorização extremas concedidas ao planejamento, em nível de Estado, de todas as atividades importantes:

“No momento atual, não se admite que o Estado empreenda qualquer ação, máxima de interesse e grande envergadura, sem prévio planejamento. A idéia de ação estatal planejada, embora nascida de inspiração socialista, tornou-se imperativo das modernas técnicas de governo...” (Aragão, 1967).

A partir dessa ótica, a conferência estruturou-se em comissões de trabalho que abordaram fundamentalmente quatro tópicos: o profissional de saúde de que o Brasil necessita; pessoal de nível médio e auxiliar; responsabilidade do Ministério de Saúde na formação e aperfeiçoamento dos profissionais de saúde e do pessoal de nível médio e auxiliar; responsabilidade das universidades e escolas superiores no desenvolvimento de uma política de saúde. Essa conferência foi, portanto, quase inteiramente dedicada ao planejamento de recursos humanos, posto como condição prévia *sine qua non* para o desenvolvimento ulterior na área.

Inicialmente, definiram-se os níveis de formação (superior, médio e elementar) usados na esfera educacional, suas funções, requerimentos, necessi-

dades e hierarquia dentro da equipe de trabalho em saúde, sublinhando então, como fundamental, a responsabilidade solidária que deve existir entre os Ministérios da Educação e Cultura, e da Saúde, para a habilitação, treinamento e aperfeiçoamento desses recursos humanos.

Nota-se aqui a utilização já dos termos “recursos humanos”, em vez de “pessoal”, “desenvolvimento de recursos humanos” em vez do simples “treinamento de pessoal”, e a extensão do leque de profissionais, em todos os níveis. São citados, como pessoal de nível superior necessários, “médicos, odontólogos, farmacêuticos, enfermeiros, administradores, estatísticos, etc.” (Aragão, 1967). O modelo campanhista vertical está enterrado, ao menos como concepção: sugere-se a organização de centros médico-sanitários com atenção já em caráter integral, e há propostas de responsabilizar os estados pela elaboração de planos próprios de saúde, assessorados e apoiados pelo Governo federal. Este faz explícita sua responsabilidade de dar assistência técnica e financeira aos órgãos educacionais (locais e regionais), de preparar pessoal de alto nível administrativo para tarefas de planejamento, de estimular a organização de centros de treinamento de pessoal auxiliar e de fortalecer os programas de pós-graduação em saúde pública para o pessoal profissional.

A tradição campanhista, no entanto, ainda fala mais alto: ao se discutir a necessidade de profissionais de nível médio para a saúde pública, Edmar Terra Blois, presidente da Fundação Escola Nacional de Saúde Pública (FENSP), diz:

“Abrem-se, com este preparo, perspectivas para que as campanhas e as ações de saúde pública, às vezes com o caráter de uma guerra, possam efetivamente se tornar completas, porque se assegura com este pessoal a fase final de toda uma ação bélica...que é a posse do terreno” (CNS, 1967).

Estão em curso propostas de atendimento primário às populações desassistidas, com equipes de saúde; estas seriam, no entanto, ainda rigidamente hierarquizadas em torno da hegemonia do médico:

“Esta periferia será confiada à supervisão e execução de médicos policlínicos, com suficientes conhecimentos básicos... Pessoal auxiliar far-se-á indispensável a que se complete o quadro necessário à estruturação de postos, cujo vulto e responsabilidade serão crescentes...” (CNS, 1967)⁴.

⁴ Discurso de Achilles Scorzelli Jr, do Ministério da Saúde.

Mais adiante, outro discurso – de Sávio Antunes, da FENSP – corrobora a visão, presente na III CNS, do auxiliar como mero substituto do médico, mais do que membro de uma equipe:

“Esta perspectiva aconselha o emprego de pessoal auxiliar para substituir, em parte, os profissionais, além de desempenhar as valiosas funções que lhe são próprias... Outra razão aconselha o emprego de pessoal auxiliar: a resistência dos profissionais a trabalhar em zonas rurais, sem comodidade, e atrativos” (CNS, 1967).

A idéia de saúde pública como monopólio do Ministério da Saúde, e a permanência da separação entre a mesma e a formação profissional corrente é clara na questão do ensino: a pós-graduação em saúde pública deve ser ministrada pelas escolas especializadas, porém:

“Admitiu-se ainda a estruturação de tais cursos nas universidades, respeitados os requisitos mínimos a serem fixados pela Escola Nacional de Saúde Pública, conforme preceito legal” (CNS, 1967 – Conclusão. O grifo é nosso).

Manteve-se, portanto, a importância atribuída à Escola de Saúde Pública na III Conferência como parte da estratégia fundamental do Governo para objetivar, controlar e administrar o desenvolvimento dos recursos humanos da Política Nacional de Saúde, tendo sido a mesma posta como Fundação⁵.

A par da constatação da inadequação dos recursos humanos existentes para a boa execução de um plano de saúde, as conclusões da conferência apontam também para o desconhecimento do setor: recomendam-se estudos, inquéritos e levantamentos de dados dos recursos existentes, das necessidades do País e das possibilidades de supri-las, para profissionais de todos os níveis. A participação das universidades foi considerada fundamental para a realização permanente de pesquisas das condições de saúde, para o aprimoramento da metodologia de trabalho e da tecnologia adaptada à problemática regional e para a produção adequada de recursos humanos, necessários à

⁵ “... Os referidos instrumentos legais criaram os seguintes órgãos da Fundação: Presidência, Conselho Diretor, Conselho Fiscal e Conselho Departamental, este integrado por oito departamentos – de Ensino, de Ciências Biológicas, de Ciências Sociais, de Epidemiologia, de Metodologia do Planejamento, de Administração de Saúde, de Estatística, de Saneamento – e a Administração das Áreas de Treinamento. Ao Departamento de Ensino ficaram subordinados a Escola Nacional de Saúde Pública, o Colégio Técnico...” (CNS, 1967 – discurso do presidente da FENSP).

implementação dos programas de saúde. Os hospitais-escola são questionados em suas atividades, descompromissados em relação ao panorama sanitário do País (CNS, 1967)⁶.

Pode-se dizer, *grosso modo*, que a IV CNS é um desenvolvimento lógico do que surgia, embrionário, na terceira, embora realizadas em condições políticas tão distintas — esta sob regime democrático, em plena efervescência política com intensa movimentação popular; aquela após um golpe militar, que implicou dissolução de partidos, perda de garantias democráticas e proibição de livre manifestação. Mas, como já dito, em 1967 o modelo autoritário ainda não é hegemônico. Ainda se encontra, no relatório da IV Conferência, a citação a autores progressistas, como René Dubos⁷, bem como a solicitação da presença de cientistas sociais nos diagnósticos de saúde e de uma abordagem multidisciplinar nos “debates relativos ao Plano Regional de Saúde”.

A IV CNS pertence, no entanto, a um outro período; corresponde a uma outra mentalidade na abordagem da política social. O planejamento que se propõe é o “Estatal,” de nível federal. Não ocorre ao governo autoritário a possibilidade, como democraticamente se pôs na III CNS, de que o “*espírito criador das populações*” (CNS, 1963) possa ser liberado, desenvolvendo idéias e soluções.

Tais propostas, no entanto, podem ser consideradas, hoje, ingênuas: o planejamento estatal, tal como proposto no Ministério da Saúde, era estrábico, e não enxergava inúmeros atores envolvidos com a questão saúde naquele momento. O INPS, recém-criado, gestava, por si, um modelo de gastos em saúde de dimensões muito além dos despreziosos discursos no Ministério da Saúde; o setor privado, alimentado nesse processo, conformava um mercado de trabalho de influência irresistível na formação da força de trabalho em saúde. Havia a idéia de um Plano Nacional de Saúde, de caráter privatizante, que ainda causou celeuma até 1969, mas foi pouco discutido e não se desenvolveu efetivamente.

A IV Conferência foi seguida por um período de silêncio, os chamados “anos de chumbo” – 1968, após o AI-5, até o início da Abertura, com o Presidente Geisel, em 1974. O regime militar consolidou uma hegemonia

⁶ Pronunciamento do Reitor da Universidade Federal da Bahia.

⁷ René Dubos, biólogo, apresentava inúmeras opiniões heterodoxas sobre o valor da ciência, dos raciocínios causais simplistas e do ufanismo da tecnocracia. É um autor caro às correntes da contracultura do final da década de sessenta.

política às custas do apoio das classes médias ao milagre brasileiro, e as oposições foram caladas sob violência, com base na ideologia da Segurança Nacional. Ao longo deste tempo não se convocou nenhuma conferência, o que era de se esperar: mesmo com um caráter fechado e tecnicista, não aberto à população civil, essas conferências ensejavam algum debate, coisa absolutamente indesejável à época.

Oito anos após, foi convocada, em Brasília, a V Conferência Nacional de Saúde (1975), que versou sobre os seguintes temas: Sistema Nacional de Saúde; Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil; Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica; Programa de Controle das Grandes Endemias e, por último, Extensão das Ações de Saúde às Populações Rurais. Igualmente, teve lugar um conjunto de “exposições especiais”, a merecer menção: o Setor Saúde no II Plano Nacional de Desenvolvimento; Assistência Médica na Previdência Social; Política de Formação de Recursos Humanos para o Setor Saúde; Política Nacional de Segurança e Saúde Ocupacional. Uma agenda excessivamente extensa, a sugerir atrasos e dúvidas no processo de elaboração, discussão e divulgação do temário enunciado.

É importante lembrar que a V Conferência aconteceu após o II Plano Nacional de Desenvolvimento (PND). O regime autoritário, pressionado pela crise do petróleo e sob os ventos da abertura, deu mais ênfase a aspectos ligados a políticas sociais do que havia feito no I PND: criou-se o Conselho Nacional de Desenvolvimento Social, que abriria novas possibilidades de trabalho:

“Com a criação do Conselho Nacional de Desenvolvimento Social, efetivamente deu-se início a uma atuação integrada; e a instituição do Sistema Nacional de Saúde deverá colocar ordem no que era antes um emaranhado de ações ora paralelas ora superpostas, com acentuado desgaste de recursos financeiros e humanos” (CNS, 1975)⁸.

Houve mudanças no setor previdenciário, com a criação do Ministério da Previdência e Assistência Social e as Coordenadorias Regionais de Saúde, como tentativa de organizar a gigantesca estrutura de gastos com atenção médica, gerada e alimentada pela compra indiscriminada de serviços ao setor privado.

⁸ Discurso de Edson Machado de Sousa, representante do Ministério da Educação e Cultura na V CNS.

A noção de planejamento avança, e é proposta a institucionalização do Sistema Nacional de Saúde, com vistas a organizar as múltiplas atividades, descoordenadas, na área. A IV CNS contou com alguns representantes do Ministério da Educação e Cultura; a V CNS já conta, também, com representantes do recém-criado Ministério da Previdência e Assistência Social. A situação, criada ao longo dos “anos de chumbo” – quando nada podia ser discutido –, de corrupção e desperdício na saúde previdenciária (Oliveira e Teixeira, 1986)⁹, demanda controle e racionalização.

A V CNS deu especial importância ao recém-criado – pela Lei nº 6.229, de 17 de julho de 1975 – Sistema Nacional de Saúde, com vistas justamente a diminuir a superposição de recursos e racionalizar sua utilização. Na questão dos recursos humanos, sublinhou-se a ausência do planejamento no sistema de ensino brasileiro, responsável pelo acelerado crescimento na oferta de cursos de formação profissional, em total desarticulação com as necessidades socioeconômicas do País.

“... há distorções no que se refere à distribuição geográfica das instituições de ensino, tradicionalmente concentradas na faixa litorânea e no centro-sul do País; há distorções na composição da pirâmide educacional, com acentuada carência principalmente de auxiliares, técnicos e tecnólogos..., o sistema permanece ainda inteiramente voltado para as carreiras tradicionais, oferecidas com o conteúdo tradicional que historicamente as tem caracterizado” (CNS, 1975: 287-288).

O Ministério da Educação e Cultura criticou os sistemas de ensino e prestação de serviços médicos, por estarem voltados mais para o atendimento individual, complexo e de alta especialização do que para a saúde pública e os serviços de maior alcance e abrangência social. Propôs então, como necessário: modificar a tendência de referir o problema de saúde à cura ou tratamento, e orientá-la sobretudo para os serviços preventivos e de atenção coletiva; não restringir a atuação do ministério a umas poucas áreas profissionais habitualmente tidas como mais relevantes, mas visualizar todo o espectro de ocupações de interesse para a preservação e manutenção da saúde da população, incentivando a criação de cursos em áreas não tradicio-

⁹ É o segundo orçamento da União, batido apenas pelo próprio Produto Interno Bruto. A compra desenfiada de consultas, internações e exames ao setor privado, todas pagas pelo sistema de Unidade de Serviço, revelou-se um escoadouro de recursos insuportável após a crise do petróleo.

nais; buscar sua efetiva integração com os Ministérios da Saúde e da Previdência e Assistência Social, visando a configurar uma orientação comum para racionalizar a formação de recursos humanos para a saúde, em todos os níveis e tipos.

As propostas da IV CNS, de articulação dos projetos de saúde com o MEC, são mantidas e ampliadas: reitera-se o papel da universidade na avaliação, pesquisa e planejamento das atividades de saúde em âmbito regional. Os hospitais universitários são objeto de um protocolo especial, entre o Ministério da Educação e Cultura e o Ministério da Previdência e Assistência Social, que os integra à rede de prestação de serviços – uma novidade, pois a Previdência, até então, só fazia contratos com o setor privado; é um dos primeiros convênios, no Brasil, entre setores públicos. Visava-se, com o convênio, “a melhor adequação do ensino aos problemas mais prevalentes de saúde, e, de outro lado, melhoria da qualidade dos serviços prestados à coletividade” (CNS, 1975).

Tais convênios, na verdade, eram essenciais à sobrevivência dos hospitais universitários, cujos gastos não podiam ser mais suportados por um Ministério da Educação em tempos de crise econômica, o que também se faz verdadeiro para o Ministério da Saúde: para satisfazer às demandas sociais, em patamares, mesmo mínimos, o dinheiro da Previdência era essencial – uma fatia teria que ser retirada dos empresários na área privada da saúde.

É importante ressaltar a relevância que deu o Ministério da Educação à formação dos profissionais não-médicos integrantes da equipe de saúde. Ainda com fé no estilo de planejamento normativo, as metas são as recomendadas pelo Plano Decenal de Saúde para as Américas:

“... o comportamento geral do sistema garante, até 1980, o atendimento das necessidades profissionais... teremos, respectivamente, 8,2 médicos, 4,8 odontólogos, para 10.000 habitantes...” (CNS, 1975).

Tendo como justificativas o limitado número de profissionais existente no setor da saúde, a marcada subutilização desses profissionais na assistência de muitas funções secundárias que atrapalham sua produtividade, a necessidade de tornar mais eficiente a prestação de serviços de saúde, e o fato de ter já a experiência no setor das ciências agrárias e da tecnologia industrial, cria-se uma nova categoria profissional para o mercado de trabalho no setor saúde. Trata-se do tecnólogo, um profissional formado em menor tempo e detentor de um perfil profissiográfico acentuadamente operacional. É

assim, sobre essa lógica de produtividade e eficiência, não só nos aspectos ocupacionais mas também visando ao aspecto salarial, que se constituem os cursos de tecnólogos em Fonoaudiologia, Ortóptica e Saneamento Ambiental.

Com a criação do Conselho Nacional de Pós-Graduação e a aprovação do Plano Nacional de Pós-Graduação, buscava-se a transformação dos cursos de mestrado e doutorado em núcleos efetivos de formação de pessoal qualificado para o sistema de ensino superior e a pesquisa; não se fala mais no papel da Escola Nacional de Saúde Pública, nem como órgão formador nem como normatizador da carreira de sanitarista¹⁰.

A VI Conferência Nacional de Saúde ocorreu já em regime de franca abertura política e de grave déficit na Previdência. A retórica do planejamento rígido, por metas estritamente técnicas, não é mais possível: o próprio Presidente Geisel, no discurso de abertura, propõe:

“Será esta uma oportunidade singular para a integração de diferentes correntes de opinião sob um denominador comum – o bem-estar do povo brasileiro” (CNS, 1977).

E ainda, ao final:

“... Normas e vias que sejam objetivas, coerentes com a realidade, compatíveis com a disponibilidade efetiva de recursos e representem o máximo que o Governo pode colocar à disposição do setor nos dias difíceis que vivemos” (CNS, 1977).

As metas são, portanto, “o máximo possível”, confissão de débito para com as políticas sociais e os pontos de vista sobre o bem-estar da população são “correntes de opinião”, e não mais, como na IV CNS, “pressuposto que os objetivos, no campo da saúde, estão definidos e quantificados” (CNS, 1967)¹¹.

Foi debatido o seguinte temário: situação atual do controle de grandes endemias; operacionalização dos novos diplomas legais básicos aprovados pelo Governo em matéria de saúde; interiorização dos serviços de saúde e Política

¹⁰ A Escola Nacional de Saúde Pública entrou em certo ostracismo, atrelada ao chamado “massacre de Manguinhos”, quando vários cientistas foram cassados, em 1970. Essa situação se modificaria com a Abertura, na segunda metade da década de setenta.

¹¹ Discurso de Moniz Aragão.

Nacional de Saúde. O tema da interiorização dos serviços de saúde, continuação de dois dos temas da V CNS (“Extensão das ações às populações rurais” e “Sistema Nacional de Saúde”), acabaram por gerar o Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento para o Nordeste (PIASS), o qual tinha por objetivo a implantação de uma estrutura básica de saúde pública para a região, e que terminou por ser programa modelo do País.

Avaliou-se, à época, que a VI CNS foi um retrocesso em relação às propostas de integração da V CNS, pelo restabelecimento da dicotomia assistência médica / saúde pública, ou medicina curativa / medicina preventiva, traduzida na expressão “necessidades sentidas / necessidades não sentidas”:

“A evolução do Sistema Nacional de Saúde tem permitido estabelecer uma diferenciação clara entre ações de saúde de interesse coletivo e as de interesse individual... Enquanto as ações de interesse individual visam a atender às necessidades sentidas, conscientes das pessoas, as ações de saúde coletiva, área mais difusa e complexa, buscam prioritariamente a satisfação das necessidades não sentidas das populações” (CNS, 1977).¹²

Na verdade, essa tentativa de equacionar os problemas e encaminhar propostas expressa uma rendição frente às imensas dificuldades de se promover um Sistema de Nacional de Saúde real. Como integrar as estruturas da Previdência, toda poderosa com seu orçamento e manchada por um sem-número de *lobbies* de corrupção, às normas antiquadas, rígidas e fora do mercado do Ministério da Saúde?

No que diz respeito à formação de recursos humanos e equipe de trabalho, a assunção dessa dicotomia originou a formação do Grupo Saúde Pública, com duas categorias funcionais – a de Sanitarista, de nível superior, e a de Agente de Saúde Pública, de nível médio. A manutenção das estruturas estanques, mesmo no interior do Ministério da Saúde, é evidente: fazem parte da categoria Sanitarista toda uma gama de profissionais de nível superior, mas:

“Na composição da categoria Sanitarista não foi considerado o Nutricionista, pelo fato de a competência técnico-normativa desta área pertencer ao Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição, autarquia vinculada ao Ministério da Saúde...” (CNS, 1977).

¹² Conferência de João Yunes.

A criação da figura do Sanitarista é, na verdade, uma resposta (um tanto pálida) às pressões do mercado de trabalho sobre a formação profissional:

“Na área da saúde, à medida que a oferta de serviços vai-se diversificando em áreas especializadas, o mecanismo formador de pessoal se prepara para oferecer ao mercado os especialistas procurados... o atendimento tende a se tornar cada vez mais sofisticado... Desse modo, os esforços dispendidos na formação de pessoal na área da saúde têm sido levados, por essa dinâmica, para uma direção bastante distanciada das reais necessidades de saúde da população” (CNS, 1977).

Mantém-se assim a separação: o modelo assistencial descabelado e desvairado, instalado no País pelo financiamento da Previdência às empresas privadas, vendedoras de serviços especializados e caros, é responsável por atender às “necessidades sentidas” da população; o Ministério da Saúde passa a formar o Sanitarista, responsável pelas “necessidades não sentidas” – o velho profissional de saúde dos programas verticais. Há uma retórica que diz esse profissional conhecer as representações, crenças e atitudes das populações, trabalhar junto às mesmas, etc.

O ranço centralista, vertical e autoritário, militarista mesmo, surge no entanto aqui e ali:

“As ações de Saúde Pública requerem, muitas vezes, atividades ininterruptas, ... deslocamentos imprevisíveis... uma disponibilidade absoluta do servidor... deve trabalhar em regime de dedicação exclusiva...” (CNS, 1977).

E mais:

“A progressão funcional acarretará, sempre, mudança de sede do exercício do servidor... A obrigatoriedade da mudança de sede visa a colocar o Sanitarista no local onde necessariamente prestará melhores serviços à comunidade...” (CNS, 1977).

As estruturas centralistas, as decisões emanadas do poder central para as mais distantes regiões do País, estariam mantidas, pois:

“Pelo Decreto, um Sanitarista do nível 7... pode trabalhar em nível de Distrito da SUCAM e um principiante do nível 4 pode desempenhar atividades na Secretaria Geral...” (CNS, 1977).

Está assim preservado o Distrito da Sucam, o profissional militarizado que “serve ao País” – sem que seja perguntado ao estado ou município se sua presença é desejável – com um pequeno acréscimo: regulariza-se a profissão, tenta-se dar melhor salário e fazê-la mais atrativa. É a tentativa do Ministério da Saúde de criar também um mercado de trabalho para os profissionais da **sua** área.

Tais formulações são, no entanto, já superadas no nascimento. O processo de abertura política se acelera; a anistia aumenta o fôlego das oposições, enquanto as primeiras greves, no ABC paulista, ecoam por todo o País. A crise da Previdência (o rombo, como dizia a imprensa) atinge seu auge (Oliveira e Teixeira, 1986, cap. 6), e não permite mais que se mantenha o modelo de gastos, enquanto a área social clama por ser atendida. Um ator, pouco presente até o momento, aumenta, de modo notável, sua participação nos debates em torno da questão da saúde no Brasil: o profissional de saúde (não mais somente médicos). Geralmente com formação em saúde pública, associados a profissionais da área de ciências sociais, esses profissionais debatem os rumos da previdência e das propostas de expansão de cobertura para a população.

Nesse contexto, um grupo técnico composto por representantes do Ministério da Saúde e da Previdência Social elabora o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE). Pretende-se com ele uma reestruturação e ampliação dos serviços de saúde, incluindo as áreas de saneamento e habitação. O projeto é inspirado nas idéias emanadas da Conferência de Alma-Ata, em 1978, em que vários países acordaram ser a atenção primária e a participação comunitária a melhor maneira de se atingir a meta – “Saúde para todos no ano 2000” –, e em algumas experiências focais brasileiras, como o Projeto de Montes Claros e o Plano de Interiorização de Ações de Saúde (PIASS).

A convocação da VII Conferência Nacional de Saúde, em 1980, teve por finalidade promover o debate de temas relacionados à implantação e ao desenvolvimento do PREV-SAÚDE. Em conseqüência, o tema único e central foi a “Extensão das Ações de Saúde através dos Serviços Básicos”, com os seguintes subtemas:

- regionalização e organização de serviços de saúde nas unidades federadas;
- responsabilidade e articulação interinstitucional (federal, estadual, municipal);
- saneamento e habitação nos serviços básicos de saúde – o Plano Nacional de Saneamento (PLANASA) e o saneamento simplificado;

- desenvolvimento de recursos humanos;
- supervisão e educação continuada;
- alimentação e nutrição;
- saúde mental e doenças crônico-degenerativas;
- odontologia;
- informação e vigilância epidemiológica;
- os serviços básicos de saúde e as comunidades;
- articulação dos serviços básicos com os serviços especializados no sistema de saúde.

Na exposição de abertura da VII CNS, definiu-se o Programa de Serviços Básicos de Saúde como “o conjunto integrado de serviços, prestados às pessoas e às comunidades e para melhoria do ambiente, necessários à promoção da saúde, à prevenção das doenças, ao tratamento das afecções e traumatismos mais comuns e à reabilitação básica” (CNS, 1980).

Esse pano de fundo orientou os debates e as conclusões sobre a formação e utilização dos recursos humanos, a partir das quais se derivaram as seguintes proposições básicas: necessidade de substituir a especialidade pela generalidade, ampliar as ações preventivas, dedicar maior atenção aos problemas coletivos da saúde e implantar equipes médicas generalistas.

O Ministério da Saúde, face ao indiscutível processo de abertura política, diminui suas ambições e volta ao tom da III CNS, de discussões locais para tomada de decisão:

“Não existe, *a priori*, nenhum projeto elaborado e nem esboçado. O trabalho que a SRH vem-se propondo a realizar junto aos estados terá como ponto de partida a realidade concreta dos serviços de saúde... as condições existentes... e, sobretudo, a ordem de necessidades detectadas pelo próprio órgão estadual...” (CNS, 1980)¹³.

A Escola Nacional de Saúde Pública é retomada como estratégica para o treinamento e formação de sanitaristas, de forma explícita¹⁴. Os participantes e oradores, em geral, são figuras ausentes nos fóruns anteriores: houve dis-

¹³ Discurso da Secretária de Recursos Humanos do Ministério da Saúde, Lia Fanuk.

¹⁴ A Escola já retomara atividades intensas desde 1976, com financiamento da FINEP (Financiadora de Estudos e Projetos), mas não foi citada nas propostas da VI CNS, quando esta propugnava a formação do sanitarista.

cursos de profissionais de enfermagem, e de representantes do Sindicato dos Médicos do Rio de Janeiro¹⁵.

Para controlar e operar a adequação da formação profissional às necessidades dos serviços, o Governo, através do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), elaborou projetos de integração docente-assistencial, definiu o perfil de seu prestador de serviços, reorganizou as residências médicas e criou os programas de residência em medicina social.

VIII e IX Conferências Nacionais de Saúde – Reforma Sanitária (1986 - 1992)

O País vivia, desde 1985, a Nova República, com o último presidente eleito de forma indireta. No panorama nacional, ressaltavam as exigências de grupos mais politizados, para a formulação de novas políticas sociais, que assegurassem o pleno direito da cidadania e permitissem superar a chamada “dívida social histórica”. Tais fatos levaram, em 1988, à instalação da Assembléia Nacional Constituinte, visando à elaboração de uma nova Constituição brasileira. Não obstante, no final desse período o País assiste à crise ética e política do Governo Collor, que se agrava com os efeitos da política econômica recessiva e consoante as propostas do quadro econômico internacional.

Como reflexo do intenso debate político e das reivindicações por uma cidadania plena, no setor saúde aconteceram mudanças significativas: a VIII Conferência Nacional de Saúde, convocada sob o lema “Democracia é Saúde”, em 1986, teve suas teses intensamente debatidas em grupos da sociedade civil, que compareceram em massa às suas plenárias. Pela primeira vez, na história do País, uma discussão sobre saúde, realizada sob os auspícios do Estado, foi deslocada de uma perspectiva estritamente medicalizada para o plano político. A saúde foi discutida como elemento da agenda dos direitos civis, ou seja, um direito do cidadão e um dever do Estado:

“... A saúde é hoje em dia, além de valor, cada vez mais um bem público. E sendo um bem público é, evidente, um direito de cada homem... Esse direito não resulta apenas da existência de serviços de saúde especificamente assim determinados... Além disso, num marco jurídico moderno... resulta da capa-

¹⁵ Prof^a Lygia Paim e Dr. João Carlos Serra, do Sindicato dos Médicos.

cidade de cada sociedade, de cada nação mobilizar, organizar e utilizar os recursos que se transformam em serviços de saúde; e resulta, também, das decisões individuais de cada família e de cada comunidade na adoção de modos de viver... Esse direito, esse bem público e esse valor têm que ser assegurados na medida em que todos esses três componentes são atendidos da mesma forma. É aí que a saúde deixa de ser a responsabilidade de só uma parte da sociedade para ser uma responsabilidade de todos, dos indivíduos, da sociedade e do Estado. E essa responsabilidade se expressa numa obrigação do poder público, e ao mesmo tempo no dever de cada cidadão” (CNS, 1986: 25)¹⁶.

A conferência foi a culminação de um processo de discussão que, iniciado nas pré-conferências preparatórias estaduais e municipais, reuniu mais de quatro mil pessoas, representantes de diversos movimentos e interesses sociais. Esse fato tem sido identificado como a maior manifestação consciente, por parte da sociedade civil, do papel da saúde e das instituições médicas na vida coletiva (Luz, 1994).

Como resultante das discussões para reformular o Sistema Nacional de Saúde, surgiu a proposta da Reforma Sanitária, a se realizar através da criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), com o qual se pretendia superar a tradicional e histórica dicotomia entre saúde pública e atenção médica curativa. O SUDS unificaria, no Ministério da Saúde, as instituições e os serviços de cuidados médicos, inclusive a assistência médica da previdência. Ao Ministério da Previdência Social caberiam apenas as ações próprias de “seguro social”. A estrutura proposta pretendia também democratizar a tomada de decisões nos níveis do planejamento, gestão, execução e avaliação dos serviços e programas de saúde, através da participação popular nos comitês regionais de saúde. As intensas discussões em relação à política de recursos humanos necessária para implementar o SUDS deram lugar à I Conferência Nacional de Recursos Humanos Para a Saúde, que se realizou posteriormente no mês de outubro do mesmo ano.

Nesse momento, pode-se observar uma mudança fundamental nos eixos de discussão da temática “recursos humanos em saúde”: grande parte dos interesses defendidos na ocasião obedeciam mais à lógica de um regime jurídico trabalhista específico para o mercado de trabalho em saúde do que

¹⁶ Discurso de Guerra Macedo.

à simples informação de dados de distribuição geográfica, déficit em áreas não servidas, aspectos do sistema do ensino, etc., temas tradicionais nas conferências anteriores.

A IX Conferência Nacional de Saúde, em 1992, realizou-se tendo como base legal a nova Constituição, no contexto da crise ética, econômica e política do Governo Collor. Os temas centrais foram: sociedade, governo e saúde; seguridade social; implementação do SUS e controle social. Pode-se dizer que essa conferência teve o objetivo de garantir os acordos da VIII CNS consagrados na Constituição Federal de 1988: a pauta foi discutida em torno da regulamentação da Lei nº 80/80, relativa à implantação do SUS, com um viés “municipalista” – mais uma vez, a fragilidade dos estados da federação brasileira se fez notar. Não obstante, pode-se dizer que as manifestações de repúdio ao Governo Collor foram a tônica nas reuniões plenárias, e os aspectos mais técnicos da conferência formaram um contínuo pouco enriquecedor em relação às propostas da VIII CNS¹⁷.

Com relação à área específica de recursos humanos, houve consenso sobre a necessidade de superar os tradicionais processos gerenciais adotados pelas instituições de saúde e aprofundar uma análise crítica dos mesmos. A temática foi analisada desde a ótica da gestão, abordando as peculiaridades das relações de trabalho no setor saúde e contemplando as dimensões econômicas político-ideológica e organizativa do processo produtivo. Consolidou-se, nessa conferência, o processo de crescimento da discussão corporativa, a ponto de obscurecer demais aspectos relativos a políticas para recursos humanos em saúde.

I Conferência Nacional de Recursos Humanos em Saúde – os Profissionais e o Corporativismo (1988 em diante)

As discussões, travadas a partir da redemocratização do País, elevaram a questão do dimensionamento e desempenho do trabalho em saúde, de mera disfunção da força de trabalho disponível, para um problema crítico de

¹⁷ Há um episódio que pode dar o tom das manifestações de delegados nas plenárias da IX CNS: um deles, ao apresentar reivindicações dos portadores de deficiência física, diz: “Não queremos assistência, e sim emprego; não queremos refeitório especial, e sim portas mais largas no bandeirão, não... (etc.). Em suma: fora Collor!” Foi aplaudido entusiasticamente (com gargalhadas de acompanhamento) e imitado por muitos oradores a seguir. Outrossim, o grande “aparelhamento” dos delegados, que já chegavam com teses prontas definidas em reuniões partidárias, tornou cansativas as atividades dos grupos de trabalho, e muito difícil a síntese do relatório final – espelhando uma situação de democracia típica, a nosso ver (CNS, 1992).

ausência de política de recursos humanos, termo que procura superar o sentido quantitativo, econômico e estritamente produtivo no serviço de saúde.

Como é possível perceber a partir dos registros do Grupo de Trabalho de Recursos Humanos da Comissão Nacional de Reforma Sanitária, muitos dos problemas de recursos humanos somente possuem solução a partir de mudanças no Estado e na sociedade como um todo. Um exemplo é o desafio de promover a isonomia no serviço público, quando existem inúmeras barreiras jurídicas que inviabilizam qualquer intervenção efetiva sobre as desigualdades de direitos e benefícios presentes entre as várias classes de servidores da área de saúde pública. Uma reforma sanitária sem uma reforma legislativa, administrativa e jurídica tem pouca eficácia na tentativa de mudar a situação da saúde e do trabalho em saúde. Nessa linha, os registros da I CNRHS e o documento III da Comissão Nacional de Reforma Sanitária abordam temas idênticos:

- ◆ distribuição geográfico-social dos recursos humanos;
- ◆ desigualdades nas condições de inserção no mercado de trabalho;
- ◆ composição das equipes de saúde;
- ◆ valorização do profissional;
- ◆ formação de recursos humanos.

Distribuição geográfica dos recursos humanos

A desigualdade na distribuição da força de trabalho em saúde no território brasileiro é um problema diagnosticado e enfrentado há muitos anos, e mencionado em praticamente todas as conferências. O problema é reconhecido como reflexo do processo de crescimento e concentração metropolitanas, e da perpetuação das desigualdades econômicas e sociais entre as regiões do País, a colocar em xeque as poucas possibilidades de promoção da equidade na saúde.

O grupo técnico reafirma, frente a esse fato, a proposta da descentralização do sistema de saúde brasileiro: não somente se faz necessário o crescimento dos serviços públicos em áreas carentes, como se torna urgente o repasse, ao poder local, da capacidade de adquirir e gerenciar seus profissionais de saúde.

Desigualdades nas condições de inserção no mercado de trabalho

No entender da comissão, a diversidade de vínculos, níveis salariais, direitos trabalhistas e benefícios que povoam o setor saúde é um dos proble-

mas mais complexos e relevantes. A isonomia, no sentido mais abrangente possível (salários, direitos, benefícios sociais, atribuições e deveres de cada categoria) seria a questão mais sensível neste tópico. As barreiras jurídicas seriam um componente importante, mas por trás dessa condição existe a impossibilidade de todas as esferas de governo nivelarem seus gastos com salários; mais ainda, de equipará-los aos níveis encontrados em pontos do setor privado em grandes centros.

O múltiplo emprego no serviço público e a “dupla militância” são outros dois desafios para a diminuição das desigualdades do mercado de trabalho em saúde, especialmente ao se levar em consideração o comprometimento da qualidade do trabalho executado por um profissional de duas a três ocupações, quando ainda não acumula atividade liberal. Neste quesito os obstáculos jurídicos também formam grandes barreiras para propostas realmente transformadoras. Um plano de carreiras, cargos e salários deveria ser um dos muitos instrumentos necessários para minimizar o que existe de iníquo no setor público.

Composição das equipes de saúde

A concentração da equipe no médico e no atendente é um fenômeno produzido, em grande parte, pela lógica econômica do planejamento clássico exercido na saúde durante o período de expansão da rede pública (e atualmente mais acentuada no setor privado), em sintonia com a racionalização dos custos com a força de trabalho, discurso presente a partir da IV CNS. A possibilidade de assistência integral à saúde somente se dá através da equilibrada inclusão de outros profissionais que dominam linhas de conhecimentos e habilidades que podem responder às necessidades de saúde da população.

Da mesma forma, a permanência de agentes desqualificados, ou sem real capacidade de acompanhar e responder às atuais necessidades de saúde, põe em risco não somente a qualidade e resolubilidade das tarefas desse agente como compromete a qualidade do trabalho dos demais profissionais, sabendo-se que o processo de trabalho em saúde muitas vezes não é isolado, mas coletivo e interdependente. Tão grave quanto a ausência de determinadas categorias profissionais é a sua desqualificação na equipe de saúde.

Valorização do profissional

Muitas das mazelas presentes nos serviços de saúde são claro sinal da ausência de políticas que promovam melhores condições de trabalho e de

avaliação da produção e do desempenho do profissional de saúde. A inexistência de um processo de qualificação e exposição do reconhecimento do trabalho em saúde compromete o envolvimento desse trabalhador com os princípios e diretrizes que norteiam e mantêm a boa execução de suas atividades. Mais uma vez, a Comissão aponta a falta de planos de carreira, cargos e salários, e o despreparo do nível gerencial no desenvolvimento dos profissionais. O domínio de conhecimento sobre desenvolvimento e administração é um ponto indispensável para a melhoria do quadro atual. Discute-se também a necessidade de mais e melhores formas de participação do profissional de saúde na organização, planejamento, execução e avaliação das políticas e atividades de saúde, como qualquer cidadão.

Formação de recursos humanos

O modelo de expansão e organização do sistema de saúde adotado pelo Governo brasileiro exerceu grande influência sobre a formação dos trabalhadores do setor. Percebe-se que o Estado, fundamentado na planificação e nas estratégias desenvolvimentistas, contemplava a educação como instrumento-chave para a reprodução da força de trabalho necessária para suprir o processo de crescimento econômico e demográfico do País, com agentes capacitados para serem inseridos o mais prontamente possível em qualquer segmento da produção econômica. Isso ficou claro nos textos, principalmente da IV e V CNS. A ausência de reflexão sobre a qualidade do ensino dessa formação acelerada, do perfil de trabalhador adequado para as carências sanitárias e sociais, a incorporação de um estilo fabril no processo de trabalho em saúde, a supressão da “natureza de ofício” clamam para a necessidade de expor um projeto alternativo; é evidente que a simples proliferação da força de trabalho, não acompanhada de elementos básicos de desenvolvimento e gerenciamento de recursos humanos em saúde, não promove melhorias sobre a saúde.

Uma oportunidade para a discussão sobre a adequação e qualificação da formação dos trabalhadores em saúde foi a incorporação do discurso do Encontro de Alma-Ata (1978), que recomendava um modelo de intervenção na saúde mais centrado em serviços básicos, ação coletiva e atenção primária – uma proposta alternativa ao modelo médico / hospitalar / privatista em crescimento no País.

A integração docente-assistencial também foi uma proposta pouco amadurecida e concretizada no sistema de saúde, conquanto já propugnada, pelo

menos, desde a V CNS. Alguns de seus problemas foram reiterados: desintegração intra e interinstitucional, entre serviços de saúde e entre os serviços e as escolas; alienação da escola no que diz respeito à realidade social; não discussão das propostas com os docentes, alunos e profissionais do serviço e conflito de interesses entre o sistema de saúde e as escolas.

Após a reforma ocorrida na educação e a proliferação de escolas de saúde privadas, ficou cada vez mais nítida a redução da capacidade de o Estado regulamentar a formação e a qualificação da força de trabalho e seu mercado. Nos textos da VIII CNS e da I CNRHS é possível perceber a preocupação com o aumento das forças e interesses econômicos sobre a formação dos trabalhadores da saúde.

Considerações sobre a Conjuntura Atual

Acompanhar a trajetória do pensamento sobre o valor do profissional de saúde nas conferências mostra que o Brasil tem e continuará a ter sérios problemas no setor de recursos humanos para a saúde, tanto de formação quanto de adequação dos mesmos às grandes demandas apresentadas pela sociedade. Mostra também, por outro lado, uma trajetória de crescimento e consolidação da discussão, mesmo que, aqui e ali, com interrupções ou retrocessos. Principalmente a partir da Conferência da "Reforma Sanitária", em 1986, a formação de recursos humanos é uma preocupação que amadurece, enquanto que, nos serviços, novas estruturas e arranjos se organizam em virtude desse amadurecimento, mesmo que nem todos possam ser positivos.

O processo de redemocratização, a partir da Abertura, em 1975, foi acompanhado de um processo de discussão sobre a saúde inédito na história do País. No vácuo deixado pela fragilização do Congresso e das estruturas político-partidárias, novos fóruns adquiriram importância, como as associações de moradores, associações profissionais extra-sindicatos (que saíram paulatinamente da situação de intervenção ou fechamento em que se encontraram por mais de uma década) e outras organizações não-governamentais. Na verdade, o processo de discussão, reinaugurado da forma que foi, pode ser visto como um processo de autofortalecimento da sociedade civil, se fazendo à margem das estruturas tradicionais, reerguidas posteriormente.

É nesse contexto que a questão da saúde aparece, de forma inédita, como importante ponto de reivindicações e questionamento populares: profissionais de saúde vão discutir os problemas do setor e levar essas discussões às

associações de bairro, de favelas, às escolas, etc; a VIII CNS é o resultado mais conspícuo desse processo. Ao interior do próprio setor saúde, no entanto, esse movimento teve um importante papel facilitador de mudanças na configuração do perfil dos profissionais envolvidos.

Assim, toda uma série de circunstâncias leva à quebra da hierarquia tradicional, em que o médico reinava absoluto sobre os demais profissionais. Desde a discussão sobre democracia nos vários planos da vida civil, até as discussões sobre a participação de todo profissional nas decisões relativas ao seu processo de trabalho, passando pela idéia de que o controle do trabalho pode e deve ser feito pela sociedade ou pelo usuário, tudo contribuiu para dissolver essa hegemonia, tão arraigada na atenção à saúde, e tão cara ao seu principal beneficiado. Isto permite uma discussão mais ampla do papel dos serviços, facilita a quebra do modelo assistencial centrado no hospital e permite a valorização de tarefas mais centradas na promoção de saúde, em que outros profissionais têm importância fundamental.

O auxiliar de saúde tem um papel próprio, nunca mais o de substituto do médico, como nas primeiras conferências. Não se fala mais, a partir de 1986, no médico e sua equipe, ou na equipe de saúde chefiada por um médico: esse é um discurso do passado. Todos são, a partir desse momento, “trabalhadores em saúde”, e, nos textos da área, são chamados, indiscriminadamente, por siglas impessoais: FTS – força de trabalho em saúde, ou RHS – recursos humanos em saúde.

Outra conseqüência – esta de alcance contraditório, levando-se em conta que a primeira irrita os médicos mas não provoca, *de per se*, distorções no serviço prestado – é o avanço da discussão de cunho estritamente corporativo, em detrimento da formulação de propostas mais voltadas para as questões do bem comum e, propriamente, da cidadania. É de se perguntar se “força de trabalho em saúde”, expressão de conteúdo dessacralizante nítido, a equiparar o enfermeiro ao metalúrgico, não permite outra equiparação, agora perigosa: a do paciente com o automóvel da linha de montagem. Uma série de movimentos grevistas, a fechar hospitais durante semanas e até meses, se seguiram, e as questões de ética foram deslocadas das obrigações com respeito à população doente para a dignidade salarial, ou para as relativas às condições de trabalho. Esse processo, hoje em arrefecimento, foi a tônica das discussões entre profissionais no final dos anos 80. É de se lamentar que uma parte da discussão ideológica, tão voltada para o fortalecimento da noção de cidadania no Brasil, tenha de certa forma sido substituída, em algum momento, pela reivindicação salarial de forma estreita. Pode-se con-

siderar, no entanto, esse processo inevitável – para além de todas as propostas do Ministério da Saúde e todas as intenções das conferências, as condições de assalariamento e trabalho no setor saúde estão, sem dúvida, muito distantes da magnitude das responsabilidades e destreza técnicas requeridas para se cuidar da vida humana.

Referências Bibliográficas

- ARAGÃO, M. *Recursos Humanos para as Atividades de Saúde*. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 4, 1967, Rio de Janeiro. *Relatório...* Brasília: Ministério da Saúde, 1967.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *A questão dos Recursos Humanos e a Reforma Sanitária*. Brasília: Comissão Nacional da Reforma Sanitária, documento III, 1987.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *A questão dos recursos humanos nas Conferências Nacionais de Saúde (1941-1992)*. *Cadernos de Recursos Humanos em Saúde*, Brasília, 1993.
- CONFERÊNCIA NACIONAL DE RECURSOS HUMANOS PARA A SAÚDE, 1, 1975, Brasília. *Relatório Final...* Brasília: Ministério da Saúde, 1986.
- CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 3, 1963, Niterói. *Anais...* Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Saúde, 1992.
- CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 4, 1967, Rio de Janeiro. *Relatório...* Brasília: Ministério da Saúde, 1967.
- CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 5, 1975, Brasília. *Anais...* Brasília: Ministério da Saúde, 1975.
- CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 6, 1977, Brasília. *Anais...* Brasília: Ministério da Saúde, 1977.
- CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 7, 1980, Brasília. *Anais...* Brasília: Ministério da Saúde, 1980.
- CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8, 1986, Brasília. *Anais...* Brasília: Ministério da Saúde, 1986.
- CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 9, 1992, Brasília. *Anais...* Brasília: Ministério da Saúde, 1992.
- LALONDE. *A New Perspective on the Health of Canadians: a work document*. Ottawa: s/ed., 1978.
- LUZ, M.T. As Conferências Nacionais de Saúde e as políticas de saúde da década de 80. In: TAVARES, R. e GUIMARÃES, R. *Saúde e Sociedade no Brasil, anos 80*. Rio de Janeiro: Relume Dumará/IMS-UERJ, 1994. p. 131-152.
- LUZ, M.T. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de “Transição Democrática” – anos 80. *Physis – Revista de Saúde Coletiva*, v. 1, n. 1, p. 77-96, 1991.

- MENDES, E.V. A política de saúde nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. In: MENDES, E. V. (org.). *Distrito Sanitário: o processo de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo: Hucitec, 1993. p. 19-91.
- OFFE, C. *Capitalismo Desorganizado: Transformações Contemporâneas do Trabalho e da Política*. São Paulo: Brasiliense, 1989.
- OLIVEIRA, J. e TEIXEIRA, S.M.F. *ImPrevidência Social*. Petrópolis: Vozes, 1986.
- QUADRA, A.F. e AMANCIO, A. O planejamento e a formação de recursos humanos para a saúde. Aprendizagem sem ensino, assistência com identificação e pesquisa heterodoxa. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 3, n. 1, p. 1-3, 1979.
- SALTARELLI, E.C. *Estudos sobre a Força de Trabalho em Saúde no Brasil: história e perspectivas*. Belo Horizonte: NESCON/UFGM, 1992.
- SANTANA, J.P. Recursos Humanos em Saúde: reptos atuais. *Educação Médica y Salud*, n. 27, p. 341-56, 1993.