

O SUS na Formação de Recursos Humanos

Unidade 3 - Formação e serviços em saúde: monitorar e avaliar



Leitura Recomendada

Política de Recursos Humanos para o SUS: balanço e perspectivas

BRASIL. 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. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. 31 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd03_16.pdf

Política de Recursos Humanos para o SUS: balanço e perspectivas



AGE
WA540DB8
B823pr
e.3
2002

Ministério da Saúde

Ministério da Saúde

**Política de
Recursos Humanos
para o SUS:
balanço e perspectivas**

Brasília - DF
2002

© 2002. Ministério da Saúde.

É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

Tiragem: 500 exemplares

Barjas Negri
Ministro de Estado da Saúde

Silvandira Paiva Fernandes
Chefe de Gabinete

Otávio Azevedo Mercadante
Secretário Executivo

Cláudio Duarte da Fonseca
Secretário de Políticas de Saúde

Paulo Henrique D'Ângelo Seixas
Diretor da Coordenação Geral da Política de Recursos Humanos

Joana Azevedo Silva
Coordenadora da Coordenação Geral da Política de Recursos Humanos

Elaboração, distribuição e informações:
Ministério da Saúde
Secretaria de Políticas de Saúde
Coordenação Geral da Política de Recursos Humanos

Impresso no Brasil/Printed in Brazil
Ficha Catalográfica

Brasil. 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, 2003.

31 p.: ii. - (Série C. Projetos, Programas e Relatórios)

1. Recursos Humanos em Saúde. 2. SUS (BR). 3. Indicadores de Saúde. 4.
Administração e Planejamento em Saúde. I. Brasil. Ministério da Saúde II.
Secretaria de Políticas de Saúde, Coordenação-Geral da Política de Recursos
Humanos. III. Título. IV. Série.

NLM W 76

Catálogo na fonte - Editora MS

Ministério
da Saúde



Organização Panamericana da
Saúde
organização Mundial da Saúde.

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**

Brasília - DF

2002

Política de Recursos Humanos para o SUS: balanço e perspectiva

APRESENTAÇÃO

Os paradigmas contemporâneos de gestão organizacional apontam para a primazia das pessoas na busca da excelência para a produção de bens e serviços e para viabilizar a própria transformação institucional. Assim, as políticas de RH são destacadas pelos formuladores e gestores como prioritárias para a consecução de um sistema de saúde democrático, eqüitativo e eficiente (Martinez, 1998; Nogueira, 2000; PDRH, 1996). No entanto, essas políticas mais do que mecanismos de vinculação e distribuição de RH devem ser formas democráticas de responsabilização e mobilização que propiciem maior adesão às novas missões desempenhadas pelo SUS.

Tendo em vista a natureza mais propositiva deste artigo, e menos documental, foi desenvolvido um processo de análise e discussão, que culminou com a caracterização dos grandes cenários e dos problemas identificados em cada um destes campos, bem como os argumentos, as intervenções propostas e as perspectivas abertas com a implementação das políticas atuais.

A POLÍTICA E OS CAMPOS DE ATUAÇÃO EM RECURSOS HUMANOS

Ao tratarmos da construção de uma Política de Recursos Humanos, na perspectiva do gestor do sistema de saúde, tomamos 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).

Duas questões se apresentam imediatamente: a idéia de que as políticas são escolhas públicas realizadas por atores legitimados (ou reconhecidos) na arena pública, implica escolha de critérios específicos para a sua proposição e, por conseqüência, para sua avaliação. Assim, elas serão: (i) tanto mais democráticas, quanto maior for a participação de atores legitimamente constituídos envolvidos no processo de deliberação sobre essas políticas; (ii) tanto mais inclusionistas e, portanto, "justas" (eqüitativas), quanto maior o número de setores em desvantagem (inclusive as chamadas minorias profissionais) envolvidas; (iii) tanto mais efetivas quanto maior o número de setores governamentais envolvidos e comprometidos com essa política, em cada esfera de governo e inter-esferas. Como segunda decorrência, as políticas são escolhas públicas de critérios e procedimentos para distribuição de bens públicos, o que significa que elas devam ser avaliadas quanto à justeza desses critérios e procedimentos.

Portanto, as **políticas de recursos humanos** representam escolhas sobre cursos de ação e procedimentos que interessam à razão pública e a determinadas noções de bem estar público – social e econômico – e de boa convivência, os quais se relacionam com a regulação da distribuição dos seguintes bens:

- do conjunto e do perfil de RH oferecido aos usuários dos serviços, que definem, em

grande parte, a qualidade, a efetividade, a sua oportunidade, assim como o acesso real da população aos serviços de saúde;

- dos empregos (oportunidades de trabalho), salários e remunerações, incentivos, oportunidades de carreira e formação avançada oferecidos pelo sistema de utilização;
- das oportunidades educacionais e de acesso ao sistema das profissões, tanto no sentido individual quanto no coletivo;
- dos títulos de direito exclusivo e dos títulos e certificados reservados que conferem direitos legais de propriedade sobre campos de trabalho e reservas de mercado, entre outros.

Ao considerarmos as questões para a construção da Política de Recursos Humanos e, por consequência, para a distribuição daqueles bens, estamos nos referindo à consideração de dois sistemas fundamentais: de um lado, aquelas questões relacionadas com o sistema de produção de recursos humanos – **a formação/preparação para o trabalho**; de outro lado, as questões relativas ao sistema de utilização de Recursos Humanos – **a gestão do trabalho**.

Um componente importante desse conjunto, constituindo uma, dentre as várias possibilidades de interseção entre esses dois sistemas, refere-se a como as profissões de saúde se organizam, quais são as regras que as orientam, bem como delimitam e garantem seus campos de prática uma frente as outras, seus espaços dentro do mercado de trabalho. Ou seja, o sub-sistema de Regulação das Profissões.

É sobre esses dois campos de intervenção, e suas necessárias interrelações, que devemos construir as Políticas de RH para a Saúde: **o mundo da formação** e **o mundo do trabalho**. Conformando e intermediando a definição e a implementação da Política para esses dois grandes campos, consideramos a **Ação Regulatória** e a função de **Planejamento** como integrantes fundamentais desse processo (Brasil, 1999a).

Em síntese, a **Política** de RH envolve **escolhas de cursos de ação** que orientam o Desenvolvimento de RH, que consiste no desenho e na implementação de processos de aperfeiçoamento ou otimização desse conjunto de elementos dos sistemas de produção e de utilização dos recursos humanos,

ou seja, das organizações e conjuntos de instituições desses "sistemas" e dos mecanismos e procedimentos por eles operados.

As bases legais que legitimam a ação do Ministério da Saúde na construção dessa Política estão expressas no artigo 200, inciso III, da Constituição Federal que estabelece, como uma das atribuições do SUS, a ordenação da formação de recursos humanos para o Sistema. Na sequência, a Lei Nº 8.080/90 explícita a necessidade de articulação entre as esferas de governo para a formalização e execução da política de recursos humanos (Carvalho, 1995). Outras referências, ainda, regulam esse ordenamento: (i) Emenda Constitucional nº– 19, artigo 39, que prevê a instituição de um Comitê, no âmbito dos três níveis de governo, para dispor sobre critérios para fixação de padrões de vencimento e obrigatoriedade dos entes federados em manter escolas para formação e aperfeiçoamento do servidor público; (ii) a Lei nº 8.142/90 que institui a exigência de comissão de elaboração de planos de cargos e carreiras como critério para repasse de recursos financeiros do governo federal para estados e municípios.

Esses dispositivos legais se, por um lado, apontam responsabilidades e competências, por outro, requerem discussão e pactuação para melhor regulamentação, no sentido de garantir adequada formação profissionais, direitos trabalhistas e, ao mesmo tempo, instrumentos flexíveis de gestão do trabalho, que possibilitem, aos gestores, agilidade e rapidez nas decisões. Mesmo incompletas, tais referências permitem identificar a função diferenciada do Gestor Federal do Sistema no processo regulatória da oferta e demanda de recursos humanos, por meio da articulação entre setores e órgãos das três esferas de governo, de modo a propiciar maior direcionalidade ao conjunto das ações na área de recursos humanos, bem como da ampla mobilização de representações de trabalhadores e prestadores de serviço em torno da formulação de acordos ou compromissos que apontem para a valorização e a qualificação do trabalho.

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.

O CONTEXTO BRASILEIRO DO SISTEMA DE SAÚDE

A Constituição Brasileira de 1998 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: (i) Políticas Públicas – econômicas e sociais para a redução de riscos e, (ii) Acesso a todos os brasileiros a serviços e ações de saúde.

Assim, pela primeira vez, no texto constitucional brasileiro, a saúde é concebida como um bem universal a ser provido para todos os cidadãos, implicando princípio da igualdade de cada cidadão frente às ações e serviços requeridos para manutenção e recuperação de sua saúde.

Analisando os ditames constitucionais de 1988, em relação à saúde, consegue-se apreender três importantes dimensões do ideário do Sistema Único de Saúde – SUS, dimensões essas que influenciam fortemente a formulação de Políticas de RH para a saúde no Brasil, em termos de direcionalidade, conteúdo e abrangência:

- conceitual – essa dimensão expressa-se, principalmente, no art. 196 – o reconhecimento da determinação social no risco de adoecer e de sofrer agravos à saúde;
- ética – a saúde como direito social: as diretrizes de universalidade, integralidade, equidade; um direito a ser garantido a todos os cidadãos do país;
- organizacional – um sistema pluralista, regionalizado, hierarquizado, descentralizado, com direção única em cada esfera de governo.

Esse padrão de reforma setorial estabelecido na Constituição de 88 conseguiu garantir recursos financeiros no contexto de uma política de estabilização econômica, graças à existência de uma base de apoio social muito poderosa. O Sistema inclui cada uma das 27 unidades federadas e os mais de 5 mil municípios do País. Essa mobilização, agregada à lógica de incorporação de uma participação comunitária, fez, provavelmente, com que esse processo de descentralização do país fosse o grande motor desse específico processo de reforma setorial no País.

A Conjuntura atual do SUS e a Políticas de Recursos Humanos

A conjuntura atual que perpassa o processo de consolidação do SUS representa importante balizamento para as propostas e as estratégias de viabilização das políticas de Recursos Humanos. O desafio contínuo em garantir ações e serviços de saúde de qualidade à população encontra-se atualmente orientado por três grandes movimentos:

Em primeiro lugar, desenvolve-se um processo de reorganização das funções dos diferentes níveis de gestão do SUS: um reordenamento. importante das funções gerenciais, das funções regulatórias, das funções de prestação de serviços do Sistema. Trata-se da redefinição e da busca por uma maior capacidade regulatória e gestora do Sistema e de seus componentes institucionais – eficácia, eficiência, qualidade e produtividade.

Este movimento se traduz, no âmbito Federal, pela criação das agências reguladoras – Agência Nacional de Vigilância Sanitária, Agência Nacional de Saúde Complementar, e pela reestruturação organizacional do MS; no âmbito estadual, a redefinição do papel das Secretarias Estaduais de Saúde em sua função de gerenciar e promover a equidade do sistema neste nível de gestão, assumindo cada vez mais seu papel regulador e de prestação de cooperação técnica aos municípios, em detrimento da função executara na prestação de serviços; no âmbito municipal, a expressiva expansão da função executara dos municípios, associada à busca de novas modalidades gerenciais dos serviços – Fundações, Autarquias, Organizações Sociais – e relações de parcerias – Organizações Sociais de Interesse Público - OSCIPs, entidades filantrópicas – mais ágeis do que aquelas determinadas pelos serviços próprios.

Um segundo movimento, complementar ao anterior, é o processo de regionalização pactuada, iniciado pela Norma Operacional da Assistência – NOAS, no sentido de garantir racionalidade ao Sistema, viabilizando os componentes de equidade e integralidade no atendimento à população, e não apenas a transferência de responsabilidade para os níveis municipais. Aqui, as Comissões Intergestores – Bipartite, nos Estados e Tripartite, no nível federal – têm representado o fórum de excelência para essa pactuação.

Um terceiro movimento, a implantação do Programa de Saúde da Família – PSF – como estratégia de reorientação da Atenção Básica e do modelo de atenção à saúde no país, através da valorização do vínculo e do compromisso entre equipe de saúde, indivíduos e comunidade, possibilita uma ação pró-ativa no cuidado à saúde. Estabelecer uma atenção básica resolutiva e de qualidade significa, entre outros, reafirmar os princípios constitucionais estabelecidos para o Sistema Único de Saúde, na medida em que se busca, por meio dessa forma de atenção, reforçar a consecução da universalidade do acesso, da equidade e da integralidade das ações (Brasil,1998).

Dada a dimensão – cerca de 16 mil equipes instaladas e aproximadamente 50 milhões de pessoas cobertas em setembro de 2002 (Revista Saúde da Família, 2002), e a direcionalidade que a estratégia de saúde da família imprime na construção de um novo modelo de atenção, uma referência mais detalhada ao trabalho realizado pelas equipes de saúde da família é necessária para a identificação das questões e desafios relacionados com Recursos Humanos bem como para a proposição de intervenções e ações. Assim, são características deste trabalho:

- o trabalho em tempo integral;
- a incorporação de um novo ator na equipe de saúde, em relação ao qual há especificidades de inserção: o agente comunitário de saúde;
- os mecanismos e os valores de remuneração diferenciados para os trabalhadores;
- a responsabilidade da equipe por uma determinada população, residente em um território definido;
- o trabalho em equipe – um dos pilares da transformação do modelo de assistência, de garantia da assistência integral – promove a desfragmentação do trabalho.

Ao romper com a fragmentação da atenção pelos diferentes agentes do trabalho, criam-se áreas de atuação comum – “áreas cinzentas” – que são caracterizadas pela complementaridade de competências e compartilhamento de responsabilidades pelos profissionais (Campos,2001). Assim, amplia-se o escopo de atuação que, necessariamente, cria uma necessidade de redefinição de competências. Ademais essas áreas cinzentas também estão relacionadas com as diferentes

realidades do país. Portanto, serão produtos de negociações locais, de pactos, em conjunturas diferenciadas, pactos esses que tenham como referência às necessidades da população.

Esses elementos aparecem como condicionantes fundamentais das questões atuais de Recursos Humanos para a saúde e colocam demandas específicas, tanto para as ações de preparação, quanto de gestão do trabalho e de regulação de RH. A visualização e a análise desses três grandes movimentos atuais do Sistema, evidenciam os parâmetros que conformam o cenário para o qual deve ser proposta a Política de Recursos Humanos.

A POLÍTICA DE RECURSOS HUMANOS E OS CAMPOS ESPECÍFICOS

O desenvolvimento de Capacidade Institucional para o Planejamento e a Regulação

Antes de entrarmos diretamente na discussão sobre as ações que devem ser desenvolvidas nos campos de atuação de Recursos Humanos, alguma consideração merece ser feita relativa à capacidade institucional dos gestores do sistema, e em particular do Gestor Federal do SUS em intervir efetivamente na regulação do campo. Em que pese o mandato constitucional previsto pelo Artigo 200, é necessário considerar que este mandato não se institui automaticamente. A dificuldade de intervenção efetiva neste campo não se dá por uma insistente omissão do setor saúde, mas fundamentalmente pelo conjunto de externalidades relacionadas que atuam sobre o campo de recursos humanos em saúde (Nogueira,2001). Assim no campo da preparação o mandato de regulamentar boa parte do processo de formação e capacitação de pessoal é por excelência do Ministério da Educação. É neste Ministério que são definidas as diretrizes e normas dos processos formadores, bem como os critérios para autorização de funcionamento das instituições formadoras. No campo da utilização, ainda que seja intrínseca ao setor, a definição sobre a organização e o ordenamento do trabalho, ou seja, a tecnologia para o enfrentamento das necessidades soci-

almente determinadas é evidentemente gerada internamente ao setor, todo o processo de regulamentação das relações de trabalho bem como, do regramento sobre como conduzir as negociações entre prestadores e financiadores é definido e acompanhado externamente, pelas leis trabalhistas, pelo Ministério do Trabalho e pelo Ministério Público do Trabalho. Finalmente, o campo da regulação profissional tem toda a sua regulamentação estabelecida inicialmente através de leis que instituem e definem os campos autorizados de exercício profissional, e seu acompanhamento, fiscalização e regulamentação do exercício realizado através dos Conselhos Profissionais, os quais passam a disputar entre si os campos específicos de prática.

Neste sentido, o campo de atuação exclusiva do setor de RH em saúde, diz respeito à organização dos processos de trabalho, ainda que condicionado evidentemente pelo conjunto de paradigmas, interesses e forças sociais que ordenam o setor saúde. E mesmo o ordenamento dos processos de trabalho é fortemente condicionado pelo processo de formação dos profissionais que aí atuam, pelas possibilidades de vinculação definidas pelas regras que orientam as relações de trabalho e pela regulamentação sobre quem pode e quem não pode realizar determinadas funções e atividades.

Finalmente, dada à dimensão e a diversidade das ações que ora se desenvolvem no setor saúde, cada Secretaria do Ministério da Saúde, assim como cada setor das Secretarias Estaduais e mesmo das secretarias municipais de maior porte contam com um sub-setor formal ou informalmente constituído para lidar com preparação de pessoal, gerando por vezes dispersão e pulverização de recursos em detrimento de ações mais estratégicas e articuladas.

Assim, a capacidade de ser efetivo na regulação dos recursos humanos depende, por um lado da capacidade de adaptar estas externalidades as necessidades do sistema, mas também de ampliar as articulações para fora do setor, no sentido de influir sobre estes condicionantes. Entretanto, para que esta capacidade de interlocução externa seja mais efetiva é necessário reduzir a fragmentação interna, no sentido não de promover uma unificação de iniciativas dirigidas por um único órgão, o que seria muito difícil técnica e operacionalmente, mas através da ação de uma instância articuladora, contribuir para a consistência, coerência e potencialização das ações realizadas.

O fortalecimento da ação institucional deve estar orientado, portanto, por dois movimentos: um essencialmente político, no sentido de ampliar e consolidar os espaços de discussão e construção de consensos, entre os três níveis de gestão do sistema, a respeito de que problemas e necessidades se apresentam e que limitam a implantação do sistema, e a partir daí, definir as ações nos campos de preparação, utilização e regulação profissional que precisam ser desenvolvidas. E um outro movimento, orientado pelo primeiro, mais técnico, no sentido de construir as alternativas que viabilizem aquelas decisões.

A construção da capacidade institucional passa, portanto, por um lado, pela estruturação de fóruns e espaços de negociação e pactuação entre os gestores do sistema, usuários e trabalhadores no sentido de se identificar necessidades e construir as linhas de ação prioritárias; e por outro lado na ampliação das relações e participações formais em fóruns externos ao setor, no sentido de influir também sobre a definição política daquelas externalidades.

Neste sentido, a participação e o fomento ao funcionamento dos fóruns já constituídos – Comissão de Recursos Humanos do Conselho Nacional de Saúde, Câmara Técnica de Recursos Humanos do Conass, Câmara Técnica de Recursos Humanos do Conasems, bem como a estruturação de um novo espaço integrador e definidor de políticas como o Grupo de Trabalho Permanente de Recursos Humanos (Brasil, 2002), com composição Tripartite, no âmbito do MS gera a possibilidade de dar visibilidade, problematizar e pactuar estratégias de enfrentamento as questões identificadas. A aproximação e o fortalecimento de ações conjuntas com o MEC, Ministério do Trabalho, Ministério Público do Trabalho, Congresso Nacional, bem como, o desenvolvimento de políticas em parceria com as representações das corporações, ou de setores representativos das corporações – ABEM, ABEn, CFM, AMB, Sociedades de Especialistas, vai permitindo também a construção de uma agenda política mais propositiva para o setor.

Por outro lado além da ação política, é necessário o desenvolvimento e a disseminação de conhecimento e informação, através do estímulo a constituição de grupos de investigação que promovam tais ações, bem como, através de um trabalho em rede, potencializem este processo, permitindo

a ampliação e incorporação de agentes descentralizados na discussão e construção desta agenda de RH para o país. É neste sentido que se constitui a **Rede de Observatório de Recursos Humanos**, que conta atualmente com 10 estações, cada qual com um perfil próprio, atuando por um lado, como apoio ao Ministério da Saúde na geração de informação estratégica para a construção da política, e por outro possibilitando o acesso a investigações a outros setores governamentais descentralizados – SES e SMS, bem como a outros agentes institucionais – Conselhos Profissionais, Universidades, Sindicatos, etc.

A terceira estratégia no sentido de fortalecer a capacidade institucional diz respeito a preparação de pessoal específico e especializado para a área, na perspectiva de constituir agentes capazes de intervir na política de recursos humanos de forma crítica e criativa contribuindo para a construção de alternativas diversificadas para as distintas realidades, superando por um lado a improvisação imediatista e inconsequente e por outro o formalismo, a rigidez e portanto, a ineficácia das administrações de pessoal tradicionais. Neste sentido o MS vem intensificando a realização dos Cursos de Especialização em Gestão e Desenvolvimento de Recursos Humanos – Cadrhus (Santana, 1999), realizou o Curso de Especialização em Gestão de Recursos Humanos, semi-presencial, dirigido a 52 gerentes de RH das SES, e de órgãos centrais do MS, bem como, através de uma parceria entre o Profae e CGPRH, está estruturando um Mestrado Profissionalizante em Recursos Humanos.

Perspectivas

A articulação destas três estratégias abre a perspectiva da consolidação de dois componentes fundamentais para o desenvolvimento da capacidade regulatória do sistema:

1. A Estruturação de um Sistema de Informações em Saúde

O Sistema de Informação em Recursos Humanos em Saúde deve ser organizado como um instrumento para o processo de tomada de decisões, seja na dimensão técnica, seja na dimensão das políticas a serem formuladas e implantadas. A disponibilização de informações permite a realização de

análises acerca da situação na área de desenvolvimento de recursos humanos em saúde, bem como o planejamento e avaliação de projetos e programas de ação.

Deve ser coordenado pela CGPRH/SUS/SPS/MS – Coordenação Geral de Políticas de Recursos Humanos, da Secretaria de Políticas de Saúde, do Ministério da Saúde –, utilizando-se de uma estrutura de rede, da qual participariam instituições de ensino e pesquisa. Esse sistema deverá cumprir as funções de coleta, processamento, análise e difusão de informações de recursos humanos, cabendo, em seu âmbito, à CGPRH, além da coordenação, a difusão das informações;

Para assegurar o desenvolvimento desse Sistema devem ser realizados:

- pesquisas e estudos sobre a distribuição e o mercado de trabalho em saúde, e suas tendências, sobre as relações de trabalho, e sobre a massa salarial mobilizada pelos recursos humanos em saúde;
- estudos sobre novos processos pedagógicos e sua aplicação sobre a formação profissional – EAD, telemática e telemedicina, PBL e metodologias problematizadoras, certificação sobre competências, etc.;
- apoio à publicação de periódicos de circulação nacional e à criação de publicações virtuais, mediante a incorporação e difusão de tecnologia apropriada;
- estruturação de um sistema de base municipal, e possibilidade de agregação estadual e nacional sobre informações gerenciais de recursos humanos em saúde, que permita o acompanhamento contínuo da situação de pessoal nos diferentes níveis de gestão do sistema. O desenvolvimento do Sistema de Informações Gerenciais em Recursos Humanos - SIG-RH e do Sistema de Informações Gerenciais em Capacitação de Recursos Humanos – SIG-CAP, pelo Observatório do IMS, já constitui a base deste sistema.

2. A Definição das Responsabilidades Institucionais

Caberá aos gestores do SUS, de forma articulada e na conformidade de suas atribuições comuns e específicas, prover os meios e atuar de modo a

viabilizar o alcance do propósito desta Política Nacional de Recursos Humanos para a Saúde, que é o desenvolvimento da força de trabalho com vistas à organização do sistema de serviços de saúde da melhor qualidade, garantindo a universalidade, integralidade e equidade das ações de saúde.

A consecução desta Política de Recursos Humanos será possível na medida em que as instituições do SUS, nos três níveis de governo, assegurem o cumprimento de suas atribuições e responsabilidades. Deve ser destacado, também, que a articulação intersetorial é pilar fundamental na condução estratégica desta Política Nacional de Recursos Humanos para a Saúde (Brasil, 1999).

Entre os componentes do nível federal com papel destacado do ponto de vista da consecução da Política de Recursos Humanos, identificam-se os seguintes:

Ministério da Educação

A articulação com esse Ministério terá como objetivo assegurar a consecução do propósito de adequação dos processos de formação e especialização de recursos humanos em saúde em quantidade e qualidade, promovendo os aspectos de reorientação curricular e inovações pedagógicas e desenvolvendo a educação permanente do pessoal já incorporado ao serviço. Nesse aspecto, as experiências e as parcerias aqui referidas deverão ser ampliadas e aprofundadas. O papel central das instituições de ensino superior deve ser objeto de contínuo debate, nas instâncias de formulação das diretrizes educacionais do País.

Ministério do Trabalho e Emprego

Com esse Ministério, a parceria estabelecida visará:

- a consecução das reformas necessárias no campo das relações de trabalho;
- o financiamento e a articulação de programas de capacitação de trabalhadores da área da saúde.

Ministério do Orçamento e Gestão

A parceria buscará assegurar as particularidades da produção em saúde e o caráter de relevância pública das atividades do SUS diante do processo de reforma do Estado e em suas conseqüentes adequações para o setor saúde.

Conselhos Profissionais

A parceria com essas instituições buscará, principalmente, o apoio aos processos de reforma da regulação profissional, ao estabelecimento de novas relações de trabalho e princípios éticos de exercício profissional.

Órgãos de fomento ao desenvolvimento científico e tecnológico

Com esses órgãos, as parcerias a serem estabelecidas visarão aprofundar a discussão e a prática da incorporação tecnológica no setor saúde, vinculando com o processo de formação de recursos humanos adequados às necessidades observadas no SUS.

Por outro lado seriam as seguintes as responsabilidades dos diferentes níveis de governo:

Responsabilidades do Gestor Federal – Ministério da Saúde

- Implementar e avaliar a operacionalização das diretrizes e prioridades desta Política Nacional de Recursos Humanos para a Saúde.
- Estabelecer normas e prestar cooperação técnica aos estados e municípios, voltadas à implementação desta Política.
- Participar do financiamento das ações decorrentes desta Política, destinando recursos, sob a forma de incentivos, para a formação e a educação permanente de profissionais de saúde.
- Criar mecanismos que vinculem a transferência de recursos às instâncias estadual e municipal ao desenvolvimento de um modelo adequado de formação, capacitação, gestão e regulação de recursos humanos.
- Adequar planos, programas, projetos e atividades às diretrizes e prioridades desta Política.
- Estimular e apoiar a realização de pesquisas e estudos considerados estratégicos no contexto desta Política.
- Promover a disseminação de informações técnico-científicas e de experiências exitosas referentes ao campo dos recursos humanos.
- Organizar e manter sistemas de informa-

ção e análise relacionados aos recursos humanos em saúde:

Responsabilidades do Gestor Estadual – Secretaria Estadual de Saúde

- Elaborar, coordenar e executar a política estadual de recursos humanos para a saúde, consoante a esta Política Nacional.
- Prestar cooperação técnica aos municípios na implementação das ações decorrentes desta Política.
- Estimular a cooperação entre prefeituras e assessorar e apoiar a organização de consórcios municipais de saúde destinados à formação, capacitação, regulação e gestão de recursos humanos para a saúde.
- Organizar e manter sistemas de informação e análise relacionados aos recursos humanos do setor saúde.
- Participar do financiamento das ações decorrentes desta Política, destinando recursos para a formação e educação permanente de profissionais de saúde.
- Desenvolver ações de educação continuada e permanente, além de incentivos e ou remuneração para o desenvolvimento profissional e do trabalho.
- Atuar no fomento à pesquisa, no desenvolvimento tecnológico e na manutenção de escolas técnicas.

Responsabilidades do Gestor Municipal – Secretaria Municipal de Saúde

- Coordenar e executar as ações decorrentes das Políticas Nacional e Estadual, em seu respectivo âmbito, definindo componentes específicos que devem ser implantados pelo Município.
- Promover as medidas necessárias para integrar a programação municipal à adotada pelo Estado.
- Organizar e manter sistemas de informação e análise relacionados aos recursos humanos do setor saúde.
- Participar do financiamento das ações decorrentes desta Política, destinando recursos para a formação e educação permanente de profissionais de saúde.
- Desenvolver ações de educação continuada e permanente, além de incentivos e ou

remuneração para o desenvolvimento profissional e do trabalho.

- Atuar no fomento à pesquisa, no desenvolvimento tecnológico e na manutenção de escolas técnicas (Brasil,1999).

A Formação - Preparação para o Trabalho em Saúde

A conjuntura atual: os desafios, os problemas

No Brasil, apesar de a Constituição Federal de 1988, no seu artigo 200, atribuir ao Sistema Único de Saúde 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 de que dispõe o Sistema, neste momento, para orientar o processo de formação e a distribuição dos recursos humanos, além de não serem suficientes, não têm sido utilizados em sua totalidade.

As análises realizadas sobre esse processo informam que, 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 influência no ordenamento futuro dos profissionais da saúde (Christofaro, 1999; Santos, 1996; Feuerwerker,2002). Embora esse Sistema constitua um significativo mercado de trabalho para os profissionais de saúde, tanto nos serviços públicos quanto nos contratados, tal situação só mais recentemente vem criando impacto no ensino da área, seja ensino técnico, de graduação ou de pós-graduação.

Além disso, o contexto de reorganização da atenção básica e de implantação da estratégia de Saúde da Família torna esses desafios e problemas mais evidentes. As novas competências implicam um fazer diferenciado, requerem o saber necessário e exigem uma nova ética, uma nova postura para a assistência, na atuação individual, no trabalho em equipe, para o trabalho com os indivíduos, com as famílias, com a comunidade e para o planejamento do trabalho (Campos,2001).

Entretanto, para que se realize a aproximação entre os centros formadores e os serviços o pro-

cesso de formação/preparação não pode 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.

Ao mesmo tempo, os mecanismos tradicionais de financiamento, em particular do Ministério da Saúde de processos de capacitação centralizados e verticalizados, através de convênios com Estados ou Instituições formadores também tem se demonstrado ineficazes frente a fragmentação que promovem, quanto pela rigidez na gestão dos recursos que estabelecem.

Por outro lado, neste cenário, novas possibilidades estão sendo abertas com a Lei nº. 9.394/96 – Diretrizes e Bases da Educação Nacional – e sua regulamentação, através do Decreto Federal nº. 2.208/97, tanto para a formação profissional em saúde quanto para o ensino superior.

A nova LDB, ao orientar o ensino por competências, ao valorizar o local de trabalho como espaço privilegiado de ensino/aprendizagem e possibilitar a abertura às instituições formadoras, apresenta perspectivas animadoras para o cumprimento dos objetivos do processo e para que se possa, localmente, tomar as decisões necessárias ao funcionamento do SUS.

A flexibilização permitida pela nova LDB confere, às Instituições de Ensino, novos graus de liberdade que, bem aproveitados, podem significar um perfil mais próximo dos egressos às demandas e necessidades da Política de Saúde. Assim, a estrutura curricular não é mais rígida e são muitas as possibilidades para o aluno e para a escola. A estrutura curricular, além de flexível, baseia-se no desenvolvimento de competências, que requerem um conjunto de saberes (conhecimentos), o saber fazer (a prática) e o saber ser (as atitudes). A noção de competência significa, segundo a LDB, a capacidade de constituir, articular, mobilizar valores, conhecimentos e habilidades para a solução de problemas, não apenas rotineiros, mas também inusitados em seu campo de atuação.

Por seu turno, 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 a 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 (Resolução CNE, 2001).

Daí decorre um por sua vez, outro avanço significativo: a sistemática de avaliação, por meio de desempenhos, unidades representativas da realização das competências profissionais.

Felizmente, diversas iniciativas já estão sendo desenvolvidas no sentido de aproveitar as possibilidades abertas pela nova LDB e pelas Diretrizes Curriculares aprovadas para a área da saúde, permitindo a aproximação entre o conjunto de competências exigidas aos profissionais e os processos de preparação utilizados.

Neste sentido as principais necessidades para a preparação de recursos humanos, considerando-se as demandas apresentadas pelo Sistema, a estrutura formadora, as metodologias desenvolvidas e as estratégias de formação referem-se a:

1. Formação de pessoal de nível técnico para os serviços de saúde

Essa necessidade advém, de um lado, da existência de várias categorias de trabalhadores sem a qualificação para as funções que desenvolvem ou que deveriam desenvolver e, de outro, a inexistência, no mercado, de pessoal de nível técnico qualificado, para funções como: prestação de assistência, tanto na atenção básica quanto em média e alta complexidade, de apoio diagnóstico, de vigilância sanitária, de odontologia, de informação, de desenvolvimento e gerência de processos e funções intermediárias, entre outras, atividades estas fortemente incentivadas em função dos processos de fortalecimento da atenção básica e de regionalização ora vigentes.

2. Insuficiências na formação de nível superior – Graduação

O atual movimento de reorganização da atenção básica, em especial com o PSF, defronta-se com a precária disponibilidade de profissionais gerais,

dotados de visão humanística e preparados para prestar cuidados contínuos e resolutivos à comunidade, funcionando como a porta de entrada do sistema de saúde.

Um dos mais importantes obstáculos a esse processo é a inadequação do perfil dos graduandos da área da saúde às novas necessidades do Sistema de Saúde brasileiro. Isso ocorre apesar da maioria das instituições acadêmicas declararem ser sua missão a formação em caráter terminal de médicos gerais, capazes de resolver a maioria dos problemas prevalentes de saúde. A formação tradicional, particularmente na área médica, indutora da especialização precoce gera um ciclo vicioso entre a precária preparação e a necessidade da pós-graduação, o que dificulta o exercício adequado da prática profissional. Desta forma, inadequação entre o processo de formação e os "produtos" acadêmicos – graduandos, conhecimento produzido e serviços prestados – às necessidades sociais, torna-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 (Almeida, 1999; Campos 2001; Feuerwerker, 2002; Lampert, 2002).

3. A especialização profissional – o mix de especialistas.

Relacionada com a questão anterior, refere-se à relação, disponível no mercado, entre médicos especialistas e médicos generalistas. Ao longo dos últimos anos, acompanhou-se uma "explosão" na formação de especialistas, especialmente em medicina; os programas de residência médica absorvem, hoje, mais de 3/4 dos graduados em medicina. Apesar de cerca de 80% das Residências Médicas no país serem financiadas pelo setor público, não existe racionalidade epidemiológica na alocação das oportunidades de formação especializada. A abertura de novas vagas de Residência tem se orientado quase exclusivamente pelos interesses das próprias instituições ou obedecidos a orientações corporativas. Tal constatação, no Brasil como em outros países, atenta contra a atenção básica e é um dos fatores essenciais para a elevação dos custos em saúde. A tendência à especialização começa a ser observada não apenas para a profissão médica, mas também nas demais carreiras da saúde, ainda que de forma incipiente.

4. A preparação para a gerência e para a gestão da saúde

O estágio atual do SUS, as demandas para a gestão e a gerência de serviços e processos estão a exigir o desenvolvimento de competências gerenciais para a consolidação do Sistema. Pessoas precisam ser preparadas para gerir as unidades de saúde, para dirigir áreas como Recursos Humanos, para dirigir ou coordenar outras áreas e funções, enfim, assumir posição de decisão em áreas estratégicas para o funcionamento do SUS. Neste momento, estima-se que o SUS demande mais de 50 mil profissionais nos níveis municipal/estadual/ federal que necessitam serem profissionalizados para desenvolver esses processos.

5. Capacitação e abordagem pedagógica

Existe, hoje, conforme já se evidenciou, a necessidade de formação, de requalificação, de educação continuada das pessoas que já estão inseridas no trabalho de saúde. Torna-se imperativo o desenvolvimento de tecnologias de ensino, tanto presenciais quanto à distância que, garantindo a observância das características e necessidades da clientela, promova, de um lado, o acesso dos trabalhadores aos processos – em especial aqueles que nunca têm essa oportunidade – e de outro lado, além de não diminuir o acesso da população, possibilite que ela seja atendida por trabalhadores qualificados. As Tecnologias Educacionais são um importante desafio na viabilização das propostas de capacitação/ formação de Recursos Humanos para o setor.

Diretrizes e Estratégias de Intervenção

As perspectivas da Política no campo da Formação/ Preparação de RH incluem 3 movimentos, articulados e interrelacionados: (i) consolidar e ampliar os processos exitosos já em andamento; (ii) desencadear novos programas e projetos que apoiem a superação dos desafios atualmente identificados tendo em vista a consolidação do SUS; (iii) viabilizar espaços de articulação e de pactuação para a implementação das estratégias propostas

1. Consolidação e ampliação de Programas já em desenvolvimento

Os Pólos de Capacitação para Saúde da Família

A dimensão alcançada pela estratégia de Saúde da Família exigiu, e continua exigindo, conforme já referido anteriormente, uma importante iniciativa para a preparação de pessoal. Este processo tem, entretanto um duplo desafio – qualificar profissionais para atuar frente a um novo paradigma, incorporando aí um conjunto de novas competências, compromissos, atitudes e habilidades, para o qual não foram originalmente preparados, – o que já seria por si só uma enorme responsabilidade – mas além disto, realizar este movimento de forma massiva (mas não massificada) para todo o país, na velocidade de expansão demandada. O que significa que este processo não poderia ser realizado da forma tradicional, com a capacidade de resposta habitual dos centros formadores, esperando a formação dos profissionais, para depois introduzi-los ao serviço. Neste caso a dimensão política da transformação necessita de um processo de preparação em serviço, na medida em que se instalam as equipes. O que introduz, também de forma inédita na gestão de serviços de saúde a responsabilização dos serviços com a educação continuada dos seus trabalhadores. Buscando responder a estas demandas foram criados os Pólos de Capacitação em Saúde da Família, que tem a responsabilidade de conduzir as estratégias de capacitação, educação continuada, formação e especialização dos profissionais de saúde da família. A constituição dos Pólos pressupõe necessariamente a articulação entre Estado, Municípios e Centros Formadores, promovendo o mais intenso e continuado movimento de aproximação ensino-serviço no setor saúde atualmente, existindo Pólos de Capacitação em todos os estados do país. Assim, além dos Cursos Introdutórios oferecidos às equipes do PSF, no início das atividades, vem sendo desenvolvidos também, módulos de educação continuada, relacionados aos Ciclos de Vida e a patologias específicas, bem como cursos de Especialização e Residência Multiprofissional. A diversidade de modelos gerenciais constituídos, que promoveram significa inovação na gestão de iniciativas de capacitação e o repasse de recursos através de convênios, que possibilitou a instalação dos Pólos, vêm sendo revisto atualmente no sentido de permitir uma melhor coordenação de atividades e

uma maior agilidade na gestão financeira. A dimensão desta iniciativa foi fruto de uma avaliação específica realizada pelo Nepp Unicamp.

Formação de nível superior – Graduação – O Programa de Incentivos a Mudanças Curriculares

Tornam-se necessárias mudanças na orientação teórica das escolas de graduação em saúde e nas práticas de ensino, de forma a considerar não apenas a doença, mas também a promoção da saúde. Há ainda que processar mudanças nos cenários de ensino de forma que esses sejam mais representativos da realidade sanitária nacional e ainda que se considere a inserção e a integração entre os serviços prestados pelas instituições de ensino e os serviços do SUS. Por tal razão o Ministério da Saúde, tomando por referência as novas diretrizes curriculares para a área da saúde, aprovadas pelo Conselho Nacional de Educação, instituíram como iniciativa inédita de intervenção no processo de formação o Programa de Incentivos às Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina – PROMED(Brasil, 2002b), com o propósito de reorientar os produtos da escola médica – profissionais formados, conhecimentos gerados e serviços prestados – , com ênfase nas mudanças no modelo de atenção à Saúde, em especial aquelas voltadas para o fortalecimento da atenção básica. Tal projeto, destinado inicialmente a 20 escolas médicas garantirá o financiamento, por três anos, de iniciativas que reorientem o seu processo de formação conforme três eixos básicos – a produção do conhecimento destinada às necessidades do Sistema Único de Saúde e a educação continuada de seus profissionais; a reorientação das estratégias curriculares, induzindo o processo de formação através de pequenos grupos, de metodologias problematizadoras, que permitam um processo de aprendizado ativo e o desenvolvimento de postura crítica dos formandos; a diversificação dos cenários de práticas, articulando a integração e abertura dos serviços universitários ao conjunto do Sistema, bem como ampliando os campos de formação para o conjunto de serviços da rede assistencial. Tal processo se faz necessariamente integrado com os demais gestores do SUS, incorporando-se na construção do processo de formação profissional para o sistema. Este movimento de apoio às escolas selecionadas, se com-

plementa com o apoio as atividades ora desenvolvidas pela ABEM – Associação Brasileira de Escolas Médicas e Rede UNIDA, no sentido de fortalecer a capacidade de mudança do conjunto das escolas médicas do país.

Ampliando a indução as mudanças exigidas pelas novas diretrizes curriculares, o Ministério da Saúde estabeleceu também, parceria com a Associação Brasileira de Enfermagem, constituindo um Projeto de Construção de Sustentabilidade para a Transformação. Este projeto tem como objetivo: a disseminação e a discussão junto às escolas de enfermagem dos princípios trazidos pelas novas diretrizes; a qualificação de lideranças para a transformação e a produção de material de suporte a este processo. Ao mesmo tempo vem se buscando a articulação com outros agentes financiadores visando não apenas ampliar o número de escolas médicas envolvidas, mas também a inclusão de outras categorias profissionais estratégicas para a reorientação do modelo de atenção.

Capacitação para Gestão e Gerência

A evidência do acerto das iniciativas de uma oferta diferenciada para as diversas necessidades dos processos de gestão e gerência através do sucesso e da demanda crescente para estas iniciativas que vêm sendo desencadeados apontam para, não apenas a intensificação da capacitação para a gestão e gerência do SUS, mas principalmente para a identificação, concepção e incorporação de novos processos e mecanismos. Como exemplo podem-se citar o Curso de Capacitação para Gestores Municipais, que em duas versões – 1997 e 2001, já capacitou mais de cinco mil gestores, em todo o país; o Curso de Capacitação para Equipes de Saúde e o processo de Desenvolvimento Gerencial das Unidades Básicas de Saúde – Projeto Gerus, ambos frutos da cooperação técnica entre o Ministério da Saúde e a Organização Pan-Americana de Saúde, já atingiram mais de 400 municípios, nas diversas regiões do país, formando, no caso do Gerus, mais de 400 monitores e 3.000 especialistas em gerência de Unidades Básicas de Saúde; o processo de Especialização para gerentes de Desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde – CADRHU; a Especialização em Políticas de Recursos Humanos para a Gestão do SUS já referidos anteriormente. Mais recentemente, vem sendo desenvolvido o Curso de Especialização para Equipes Municipais de Saúde,

que está desencadeando, no período de um ano, cerca de 70 cursos de especialização em gestão de serviços de saúde, atingindo cerca de 2.000 especializando nos municípios acima de 50.000 habitantes no país.

Todo este movimento vem permitindo através do fomento e o apoio do gestor federal do SUS o estabelecimento de parcerias entre as diversas instâncias do SUS e instituições acadêmicas para criação de redes e escolas de governo para a área de gestão, direcionado aos diferentes níveis de gestão e gerência do SUS, secretários e equipes municipais, equipes estaduais, unidades de saúde – ambulatoriais e hospitalares – processos e funções de gerência intermediária e de apoio.

Na perspectiva, ainda, da capacitação para a gestão, o mestrado profissional – modalidade de pós-graduação aberta pelo setor educacional – aparece como um instrumento privilegiado que, se bem direcionado, constitui-se em iniciativa fundamental para a preparação de gestores em processos estratégicos, em especial dos níveis federal e estadual do SUS, além da produção de conhecimento em áreas críticas da gestão central do SUS.

Alguns órgãos do Ministério já adotaram essa iniciativa através de instituições formadoras credenciadas pelo sistema educacional. A detecção e sistematização das necessidades e demandas da gestão federal do SUS, para essa modalidade de pós-graduação, vem sendo orquestrada pelos diferentes setores do Ministério da Saúde, sob a coordenação da Coordenação Geral da Política de RH/ SPS do MS; podendo citar o Mestrado Profissionalizante em Políticas de Saúde e Gestão de Serviços, o Mestrado Profissionalizante em Gestão de Recursos Humanos. Tais iniciativas, vêm inclusive, permitindo o posicionamento formal do Ministério da Saúde junto do Ministério da Educação sobre especificidades e, por consequência, necessidades e demandas para o mestrado profissional em saúde.

Formação de pessoal de nível médio para as demandas do SUS – educação profissional em saúde

O trabalho do Ministério da Saúde, nesse campo específico, será facilitado por dois importantes fatores. O primeiro pelo conhecimento produzido e as estratégias disponíveis e, já testadas, possibilitam a formação dos profissionais em serviços e

adaptação às especificidades locais. Assim, o Projeto Larga Escala, concebido, em fins da década de 70, para a implantação dos serviços básicos de saúde, criou mecanismos que, atendendo às especificidades da clientela e garantindo o pleno funcionamento dos serviços, pudessem viabilizar a preparação dos trabalhadores para a prestação de uma assistência livre de riscos e com cidadania para o trabalhador. Essas estratégias – a escola específica para alunos-trabalhadores do setor saúde; a metodologia 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 – facilitaram o equacionamento dos desafios atuais (Christofaro, 1999; Santos, 1996; Sório, 1999).

A expansão deste modelo representada pelo desenvolvimento do Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem – PROFABE – vem garantindo através, principalmente da qualificação de trabalhadores de enfermagem em ampla escala, um impacto positivo no alcance daqueles objetivos.

Entretanto, a necessidade de formação de profissionais de nível técnico para o SUS não se restringe à questão do Auxiliar de Enfermagem. Conforme já mencionado, há uma necessidade enorme de formação de pessoal de nível técnico em todo o processo de prestação de serviços de saúde e de processos correlatos ou que mediam essa prestação.

O PROFABE, por intermédio dos seus diferentes componentes, coloca as bases e os alicerces para todas as outras habilitações, quando enfoca a capacitação de docentes, os estudos e pesquisas, o fortalecimento das escolas técnicas de saúde. Desta maneira, a Instituição da Rede de Escolas Técnicas de Saúde do SUS - RET-SUS – integrada por 33 Escolas Técnicas e Centros Formadores, é identificada como um instrumento de fortalecimento das Escolas e importante ponto de apoio para a implementação das políticas de recursos humanos voltadas para o nível médio.

As possibilidades atuais colocadas com a nova LDB aliam-se, assim, ao conhecimento já adquirido, às estratégias já concebidas e ao trabalho do PROFABE para somar forças tendo em vista o desenvolvimento de um processo de formação de pessoal técnico, em nível nacional, para todas as áreas

profissionais de nível técnico requeridas pela descentralização e regionalização dos serviços de saúde.

A Coordenação da Política de Recursos Humanos/SPS e o PROFABE/SIS, recentemente, desencadearam e coordenam um processo de articular as iniciativas dos diferentes setores do Ministério da Saúde para a formação profissional em saúde, nas várias habilitações requeridas. Neste momento, identificam as principais demandas e os movimentos e iniciativas já em desenvolvimento e necessários à formação de técnicos com outras competências laborais necessárias à operação do SUS. São exemplos destes movimentos: a formação em nível médio para a Vigilância Sanitária, e o Proformar desenvolvido pela Fundação Nacional de Saúde, em parceria com a ENSP e a metodologia já desenvolvida para a formação de Técnicos de Saúde Bucal. Tais iniciativas complementam os movimentos de redefinição dos papéis gerenciais, de regionalização e de construção de um novo modelo assistencial referidos acima.

A Educação Continuada e o apoio a áreas técnicas

Outra iniciativa fundamental na área de preparação de pessoal diz respeito a estruturação de estratégias de educação continuada oferecidas aos profissionais de rede de serviços que não estejam obrigatoriamente envolvidos nas equipes de saúde da Família. Tais iniciativas devem ser desenvolvidas de forma descentralizada favorecendo a formação de agentes multiplicadores e a geração de parcerias, com os serviços, com centros formadores e com associações profissionais que sejam capazes de reproduzir em larga escala tais ações. São exemplos destas iniciativas a capacitação em Hipertensão e Diabetes desenvolvida em parceria com as Sociedades Brasileiras de Cardiologia, de Nefrologia e de Endocrinologia, e que constituem ponto fundamental de sustentação do Programa Nacional de Controle da Hipertensão e Diabetes, dirigida a capacitação de 15.000 médicos e enfermeiros que atuam nos serviços básicos de saúde. Tais iniciativas se reproduzem nos Programas de AIDS, Tuberculose e Hanseníase, Saúde da Criança e Saúde da Mulher.

2. Novos Programas e Projetos

A especialização profissional

A questão da especialização médica está na ordem do dia, em vários países do mundo. Decorrente da fragmentação da prática médica, a especialização cresce como fruto da incorporação de novos conhecimentos e do progresso técnico-científico. Se, por um lado, é benéfica, por outro, a especialização pode fugir ao controle na medida em que passa a ter uma lógica expansiva própria, desorganizada, relacionada com o aumento dos custos da atenção à saúde.

Existe uma forte demanda para que o Ministério da Saúde, a gestão central do SUS, assumam a gestão da formação de especialistas, para que as oportunidades de especialização se dêem de acordo com a realidade social e epidemiológica. A formação de especialistas, entretanto, é um problema complexo, até porque é um assunto que diz respeito a interesses e espaços de decisão hoje considerados espaços das corporações.

A proposta é o estabelecimento, em articulação com o Ministério da Educação e com entidades da sociedade civil, de uma Comissão Nacional de Especialização em Saúde para readequar a questão da formação de especialistas. No campo especificamente da especialização médica, cabe citar o instrumento prioritário para essa formação, a Residência Médica, que se efetiva sem qualquer critério que o oriente para as necessidades de saúde da população. Neste sentido, a CPGRH junto com a ENSP e a FUNDAP vem desenvolvendo estudo que permitirá evidenciar as reais necessidades de especialistas no país.

O Programa Nacional de Capacitação para Gestão

O conjunto de processos de preparação de profissionais já desenvolvidos para os diferentes níveis de gestão e gerência do sistema: o Curso de Capacitação para Equipes de Saúde; o processo de Desenvolvimento Gerencial das Unidades Básicas de Saúde – Projeto Gerus; Curso de Capacitação para Gestores Municipais; o Curso de Especialização para Equipes Municipais de Saúde; associado aos Cursos de Especialização para gerentes de Desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde – CADRHU; a Especialização em Políticas de Recursos Humanos para a Gestão do SUS e os Mestrados Profissio-

nalizantes, já constituem um conjunto bastante abrangente de metodologias testadas e avaliadas. Estão ainda em desenvolvimento dois projetos complementares: a Capacitação para Gestores de Distrito e a Capacitação para Gerentes de Áreas Intermediárias. Este conjunto de projetos associado às parcerias articuladas para o seu desenvolvimento, algumas das quais já iniciando um trabalho em rede, e à capacidade instalada de Centros Formadores no país, permitiriam a implementação de um Programa Nacional de Qualificação para Gestão que viesse a ser realizado sistematicamente e mediante planejamento prévio, para todos os níveis de gestão do sistema, sem a necessidade de recursos adicionais significativos, ao mesmo tempo em que permitiria a organização dos centros formadores para a sua realização e a sua oferta de forma não descontínua.

A Capacitação para o Nível Médio

As demandas levantadas pelo processo de regionalização – em particular na formação de técnicos para as áreas diagnósticas – o fortalecimento das escolas técnicas do sistema e a experiência decorrente do desenvolvimento de material e procedimentos gerenciais e educacionais implementados pelo Profae, a flexibilidade permitida pela nova LDB e a disponibilidade de recursos proveniente de alguns incentivos já existentes – Vigilância Sanitária e Vigilância Epidemiológica; Agentes de Consultório Dentário e Técnicos de Saúde Bucal no PSF, já permitem vislumbrar a possibilidade da constituição de um Programa de Formação para nível médio que fosse além do já desenvolvido. A consolidação do estudo desenvolvido pela CGPRH e Profae deve orientar de forma muito significativa este processo.

A Educação Permanente dos Profissionais de nível superior – a necessidade de novas metodologias e abordagens pedagógicas

Nessa perspectiva deve ser desencadeado um movimento articulado visando garantir a implementação de ações de maturação a médio e longo prazos, voltadas à melhoria da formação profissional, à educação permanente dos profissionais.

O acompanhamento desse processo deve incluir, de forma sistemática, um esforço permanente de orientação e capacitação que tenha como eixo o próprio trabalho em saúde, revisando as atividades que o integram na mesma realidade

em que estão atuando, na busca da superação do desempenho profissional.

Há que se buscar a coordenação das ações educativas no âmbito do SUS, aproximando mais as características do setor saúde, onde existe um grande estoque de profissionais em exercício, com backgrounds distintos. O reconhecimento de que a abordagem tradicional não dá conta desta realidade impõe a busca de inovações metodológicas na abordagem do processo educativo. O reconhecimento da educação permanente, a aprendizagem no próprio ambiente de trabalho, a organização do ensino por competências é essencial para este avanço.

Assim, urge incorporar também a discussão e proposição de abordagens pedagógicas que atendam a esses requisitos, competências e formação/requalificação em serviço, preparação de docentes para o manejo dessas novas tecnologias.

A articulação e o apoio dos gestores do SUS com as instituições de nível superior e de nível técnico são estratégias vitais tendo em vista as questões específicas e decisivas para que efetivamente se possa incorporar a educação como um processo permanente para os profissionais da saúde vinculados ao Sistema Único de Saúde.

A viabilização de espaços de articulação e de pactuação para a implementação das estratégias propostas

A viabilização e consolidação das estratégias propostas trazem à tona várias questões e mais desafios. Entre eles, ressaltam-se, por um lado, a questão dos mandatos compartilhados e, de outro, a necessidade de concepção e efetivação de espaços e de fóruns de pactuação entre os segmentos envolvidos com a descentralização, a regionalização, a transformação do modelo, enfim, com a consolidação do Sistema Único de Saúde.

Entre os espaços já existentes, a uma das mais importantes, quanto a definição de diretrizes para a Política de Recursos Humanos. A Câmara Técnica de Recursos Humanos do Conass também cumpre um papel fundamental ao discutir a questão de recursos humanos junto as Secretarias Estaduais de Saúde, assim como os grupos de trabalho criados no Conasems para este objetivo.

Também há que fomentar os mecanismos e a articulação com outros ministérios, como o do Trabalho, da Ciência e Tecnologia, com os Poderes

Legislativo e Judiciário – que, em muitas situações, também ordenam a formação de RH –, com a sociedade civil organizada, para que, em conjunto, possa ser concebida, reconhecida e legitimada essa ordenação estabelecida na Constituição.

Pretendendo estabelecer as pactuações necessárias entre os três níveis de gestão, bem como buscar os caminhos para resolução destas questões foi instituído, em Dezembro de 2001, Grupo Permanente de Trabalho em Recursos Humanos, de composição Tripartite, instância, que, além de atualizar as demandas e os desafios, permitirá organizar e operacionalizar o caminho para a viabilização da Política de Recursos Humanos para o Sistema Único de Saúde.

O segundo movimento complementar a seria o estímulo ao desenvolvimento de estruturas gestoras integradoras e mais ágeis no âmbito estadual e municipal que pudessem não só articular e dar direcionalidade estratégica aos processos de preparação desenvolvidos, como desenvolver mecanismos de gestão de recursos mais ágeis.

O Campo da Utilização dos Recursos Humanos

O campo da utilização de recursos humanos envolve definições em três grandes áreas (PDRH, 1996): a organização do trabalho; a distribuição dos profissionais e a gestão do trabalho.

A organização do trabalho

A organização do trabalho e a definição das responsabilidades e competências profissionais para responder as necessidades colocadas pela construção dos modelos de atenção desejados – neste sentido todo o ordenamento do trabalho colocado, por exemplo, pelo PSF – a composição simplificada da equipe, rompendo com a fragmentação da atenção; o trabalho em tempo integral, a responsabilidade sobre um número determinado de famílias, a incorporação do agente comunitário, como estratégias de responsabilização efetiva com a comunidade, e vice-versa; a remuneração diferenciada, valorizando o trabalho e facilitando a fixação dos profissionais são elementos deste processo. Construção esta que por sua vez traz novos desafios

relacionados ao trabalho em equipe, ao compartilhamento de valores e experiências distintas, o desenvolvimento de novas competências relacionadas à incorporação do planejamento no trabalho da equipe, o aprofundamento na abordagem psico-afetiva, decorrente do relacionamento contínuo equipe, família, comunidade; a capacidade para desenvolver ações intersectoriais, incorporando também a dimensão da promoção à saúde e da compreensão dos determinantes do processo saúde doença (discurso este tão freqüente, porém tão difícil de ser realizado).

Estes processos de construção de modelos assistenciais, que se desenvolvem também em outras áreas – Saúde Mental, AIDS, etc. dizem respeito mais diretamente às próprias áreas técnicas e as definições políticas mais gerais do sistema, que ao locus institucional específico da gestão de Políticas de Recursos Humanos. Cabe a este último, entretanto, a contribuição para a identificação e desenvolvimento destas competências, bem como, na avaliação de desempenho destas equipes. A incorporação da abordagem por competências, quer para a organização do trabalho, quer para o desenvolvimento das estratégias educacionais vem sendo desenvolvida com intensidade na cooperação da CGPRH junto às outras áreas do MS – DAB, DST-AIDS, Tuberculose e Hanseníase, Hipertensão e Diabetes, etc.

A distribuição dos profissionais

O que, em termos de macro-política representa a possibilidade de garantir acesso aos serviços de saúde ao conjunto da população. Este processo se viabiliza através do financiamento aos serviços, na estratégia mais geral de funcionamento do sistema através das transferências fundo a fundo, da descentralização de pessoal das instâncias federais para as estaduais e destas para as municipais, bem como em alguns momentos depende de intervenções específicas para garantir assistência em áreas de difícil acesso, nas quais aos municípios não conseguem atuar isoladamente.

Em termos de cenário, três situações se apresentam frente a esta questão:

- a dificuldade de financiamento por parte dos municípios para a contratação de pessoal, em função das políticas de estabilização e da Lei de Responsabilidade Fiscal – ainda que não seja freqüente o alcance

dos limites legais de gastos com pessoal no nível municipal;

- uma significativa transferência de pessoal federal para os níveis estaduais e municipais, principalmente para os grandes centros urbanos, e uma razoável (porém desconhecida) transferência de pessoal do nível estadual para o municipal de localização desconhecida; nos mais diferentes níveis de profissionalização, porém com uma perspectiva de aposentadoria em curto prazo para os profissionais federais, e provavelmente para os estaduais, numa dimensão menor – o que pode representar um possível gasto adicional para os municípios, ainda que também se desconheça o impacto relativo destas aposentadorias no sistema de saúde e na assistência prestada.
- Finalmente, uma quantidade significativa de municípios no interior do país, particularmente nas Regiões Norte e Nordeste e Centro-Oeste, com limitações na oferta de profissionais para a atenção básica à população.

1. As Ações Desenvolvidas

Considerando a possibilidade de uma intervenção efetiva, de alto impacto para regiões carentes e capazes de promover a equidade no sistema, através de ações mensuráveis com responsabilidades definidas para o nível federal, estadual e municipal, duas intervenções foram desencadeadas:

Intervenção na Regulação da Oferta de Profissionais caracterizada pelo Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde - PITS (Brasil, 2001b)

Iniciado em março de 2001, atende municípios com comprovada carência sanitária e médica, nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, além do norte de Minas Gerais, promovendo a interiorização das equipes do PSF. A prioridade é para municípios com até 50 mil habitantes, com alto índice de mortalidade infantil, tuberculose, hanseníase, malária, etc. Cerca de 600 profissionais vêm atuando em 150 municípios do País, onde não havia nenhum profissional de saúde, e o Programa tem sua expansão prevista para cerca de 300 municípios em 2002.

Neste processo o Ministério da Saúde compromete-se com o pagamento de uma bolsa mensal de estudos por um ano (R\$ 4.000,00 a 4.500,00 para médicos e R\$ 2800,00 a 3150,00 para enfermeiros)

extensível por mais um ano, e com o financiamento de um Curso de Especialização em Saúde da Família, com aulas presenciais e monitores visitantes, realizados pelo Pólo da Capacitação da região, destinado para médicos e enfermeiros das equipes do PSF. O estado deve coordenar o processo de seleção, a logística de deslocamento dos profissionais, e a identificação de monitores, enquanto o município se compromete com a contratação dos demais profissionais da equipe e com a garantia de condições de trabalho e moradia aos médicos e enfermeiros. Em 2002, a bolsa sofreu um reajuste, bem como alguns estados – Acre e Tocantins comprometeram-se com a complementação do valor da bolsa, obtendo um índice de adesão de 70% no preenchimento das vagas.

Como sub-produto do Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde, foi criado o SIDOTS – Sistema de Demanda e Oferta de Trabalho em Saúde da Família e o Banco de Trabalho Saúde da Família, um sistema on-line, situado no site do Ministério da Saúde onde os profissionais podem oferecer seus serviços ou procurar vagas em municípios que estejam com equipes incompletas, e vice-versa.

2. Perspectivas

A reposição de pessoal descentralizado parece ser ainda, para alguns estados e municípios um problema a ser enfrentado. Entretanto, é pouco provável a contratação e a reposição destes profissionais pelo Governo Federal, ou pelo governo estadual quando for o caso. A lógica de reordenamento do sistema está constituída hoje através de repasses globais destinados ao financiamento de ações e de responsabilidades constitucionalmente estabelecidas. O incremento de gastos de pessoal, que eventualmente venha a ocorrer, deveria estar prevista no teto ao qual o estado/município faz juz. Neste sentido não faria sentido instituir um mecanismo de reposição ou compensação automática, até porque o reordenamento do modelo assistencial vai exigindo outros profissionais, com outros perfis. Entretanto para aqueles municípios onde o peso relativo dos profissionais descentralizados fosse significativo poder-se-ia pensar em estratégias compensatórias dirigidas ao desenvolvimento de pessoal.

A Gestão do Trabalho

Quando se considera o campo de gestão do trabalho, três são os principais processos desenvolvidos, obrigatoriamente, pelos gestores: recrutamento e seleção de pessoas, contratação dessas pessoas e pagamento do trabalho dessas pessoas através de salários e de sistemas de incentivos.

A responsabilização municipal com a atenção à saúde, associado a um incremento na transferência de recursos humanos e financeiros do MS para os estados e municípios, promove também um incremento significativo do emprego no setor saúde neste nível de gestão. A incorporação de profissionais da saúde no âmbito municipal recebe um grande estímulo com a expansão significativa do PSF e dos incentivos para sua implantação a partir de 1998, mas se estende também para os outros níveis de atenção. O processo de regionalização desencadeado pela NOAS ao determinar exigências mínimas para os diferentes níveis de complexidade do sistema, torna mais intrincado este movimento, associado aos incentivos criados para as áreas de vigilância sanitária e epidemiológica. Neste sentido o sistema como um todo passa por um movimento intenso de expansão e transformação nas responsabilidades, atividades e funções desenvolvidas.

Este processo se desenvolve, entretanto, em um cenário extremamente diversificado. A grande expansão da descentralização desenvolvida a partir da NOB-96 é efetivamente a base de sustentação político-social da reforma setorial hoje em andamento. Por outro lado, talvez seja a principal fonte de tensão relacionada a política de gestão do trabalho. Com frequência a estrutura gerencial administrativa das prefeituras é ainda muito incipiente ou quando existe, é muito conservadora, coexistindo, portanto culturas desapegadas de qualquer preocupação com um processo de gestão do trabalho mais formal, com outras, onde o que impera é o formalismo rígido e ainda algumas experiências bem sucedidas, capazes de integrar diferentes possibilidades de gestão e parcerias, porém condicionadas por conjunturas ou situações muito específicas.

Outro elemento importante deste cenário é a rigidez na legislação vigente, que em que pese algumas iniciativas importantes, redundou em reformas ainda bastante superficiais quanto a possibilidade de estabelecimento de relações de trabalho adequadamente protegidas, porém com suficien-

te flexibilidade para o estabelecimento de negociações e acordos mais ágeis entre agentes vinculante e trabalhadores, particularmente no setor público. Apesar da Emenda Constitucional n 19 estabelecer o fim da estabilidade, flexibilizar o RJU, instituir a condição de contratação celetista no emprego público, e no setor privado regulamentar-se o trabalho por tempo determinado e o trabalho voluntário, ainda é muito incipiente a possibilidade de estabelecer acordos locais mais flexíveis entre empregados e empregadores, sendo qualquer acordo condicionado a existência de uma Lei Municipal que o regulamente, em geral extensível a todo o funcionalismo, ou obediência ao acordo coletivo de trabalho definido para a toda categoria profissional. Agregue-se a isto a custo do trabalho estabelecido pela legislação vigente, onde dependendo da forma de vinculação o custo do trabalho passa ser o dobro do salário pago ao trabalhador, criando uma fortíssima penalização ao emprego formal.

O seguinte elemento, e talvez o maior condicionante de todos os outros diz respeito às limitações referentes aos gastos públicos exigidos pela política de estabilidade econômica vigente. Neste sentido, inicialmente com a Lei Camata e posteriormente através da Lei de Responsabilidade Fiscal, a expansão dos gastos com pessoal passou a ser fortemente controlada no setor público, inclusive com o estabelecimento de responsabilizações penais à pessoa física do gestor público responsável.

Estes quatro fatores: expansão de responsabilidades e direitos no setor, associada à necessidade de expansão no emprego; baixa cultura gerencial com a questão de recursos humanos; alto custo do trabalho e rigidez na legislação trabalhista, e constrangimento fiscal geraram portanto uma situação de alta conflitividade, onde, com frequência, as saídas tem sido construída fora dos limites da legalidade, criando situações de precarização absoluta do trabalho, com as seguintes consequências:

- a instabilidade /desproteção/ precariedade das relações/vínculos de trabalho e, de outro,
- a rotatividade/ descontinuidade, na medida em que o problema derivado da rotatividade dos profissionais é a descontinuidade da prestação de serviços.

A precariedade dos vínculos de trabalho deve ser abordada juntamente com a instabilidade por-

que, na verdade, a instabilidade é uma característica da precariedade.

A ausência de proteção social ao trabalho – ausência de direitos trabalhistas e previdenciários clássicos – gerada por algumas formas de contratação e modalidades de vínculos, embora se estenda a todos os trabalhadores, é de maior gravidade para as categorias assalariadas típicas de nível médio e elementar, que não dispõem de alternativas para sua proteção social

Já a alta rotatividade de trabalhadores, que ocasiona a descontinuidade da assistência, é mais evidente para o pessoal considerado estratégico, ou seja, médicos e enfermeiros. No caso dos médicos, entretanto, essa rotatividade observada com mais frequência para o PSF, não se relaciona com a desproteção social, mas com vantagens salariais, ou outras melhorias de condições de vida oferecidas por outros gestores.

Tal situação indica portanto a necessidade de se estabelecer internamente ao setor um pacto pela legalidade entre os três níveis de gestão como forma de encaminhamento de estratégias conjuntas para o enfretamento dos problemas apresentados.

1. Diretrizes e Estratégias de Intervenção

A Gestão do Trabalho talvez seja a área mais complexa, com maior conflitividade presente hoje para a gestão de Recursos humanos. Neste sentido as soluções para este campo não são simples, não estão definidas e levarão ainda algum tempo para serem resolvidas, em grande parte pela externalidade colocada para sua regulamentação. Entretanto, algumas iniciativas podem, devem e já vem sendo tomadas no sentido de constituir uma gestão do trabalho que, ao mesmo tempo em que respondam ao princípio legais e constitucionais previstos para as relações de trabalho, princípios estes fundamentais para garantir a estabilidade e continuidade para a prestação dos serviços de saúde, sejam também dotadas do grau de flexibilidade capaz de responder as demandas colocadas por uma nova organização do trabalho, e uma gestão pública capaz de atender as necessidades dos cidadãos, respeitando os diferentes interesses, características e inserções das categorias profissionais envolvidas.

1. Constituição de um Pacto de legalidade flexível, ou de Flexibilidade Responsável, entre os

três níveis de gestão do sistema, passa, portanto por alguns princípios fundamentais:

(i) Respeito à diversidade: as estruturas administrativas e de serviços, os mercados de trabalho, a organização social, as possibilidades de parcerias estado-sociedade, as demandas colocadas aos serviços, a capacidade de negociação, são profundamente diversas e desiguais por todo o país. Não será possível, portanto, encontrar uma fórmula única para todo o país. É preciso entretanto que cada fórmula ou saída encontrada, respeite os princípios da administração pública, bem como os princípios constitucionais colocados pelo SUS;

(ii) Decisão baseada em informação: a simples percepção de que existe um problema na gestão do trabalho não basta – é necessário identificar onde estão localizadas as principais carências, as deficiências gerenciais e de recursos, os custos efetivamente envolvidos nas diferentes opções, as bases legais, as interpretações efetivamente vigentes e as fragilidades das diferentes alternativas;

(iii) Complementariedade e co-responsabilidade: através do processo de pactuação, é possível identificar ações complementares, inclusive de custeio entre os três níveis de gestão. Entretanto, é necessário também definir as responsabilidades de cada um destes níveis de gestão;

(iv) Priorização das populações e dos trabalhadores em maior desvantagem;

(v) Busca de alternativas mais custo-efetivas, que garantam a operacionalidade e a continuidade dos serviços;

(vi) Respeito à natureza do trabalho e aos interesses específicos dos trabalhadores, balizados pelos interesses sociais. É preciso diferenciar, na busca das alternativas de vinculação, e na estruturação das carreiras, que trabalhos são mais específicos das funções de estado – envolvem o poder extroverso do Estado, que implica na atuação sobre interesses de terceiros, e que, portanto merecem maior estabilidade frente à possibilidade de pressões políticas – por exemplo, as funções gerenciais, as funções de avaliação e controle e as funções de vigilância – daquelas funções de prestação direta de serviços à população, onde a continuidade da relação de trabalho deve estar relacionada à avaliação sobre a qualidade do serviço prestado na relação direta com os usuários.

(vii) Isto significa estabelecer regras de acesso transparentes e universais, bem como mecanismos

de proteção contra a exploração ilegal e ilegítima do trabalho, mas que por outro lado permitam estabelecer compromissos mútuos e flexibilidade de negociação, inclusive para fazer frente às desigualdades do mercado.

2. Desenvolver um forte processo de cooperação técnica, assentado na produção de conhecimento gerado por meio de estudos e pesquisas, bem como na disseminação de experiências exitosas de gestão do trabalho, realizadas no âmbito do SUS e por instituições privadas ou não governamentais.

3. A gestão governamental da saúde deve participar, com mandato definido, nos fóruns em que a reforma do sistema de relações de trabalho brasileiro vem sendo debatida. As especificidades do trabalho no setor saúde, especialmente os arranjos heterodoxos que se institucionalizaram em torno da utilização do trabalho dos profissionais, em especial daqueles de tradição de autonomia técnica, constituem-se como matéria de exame obrigatório para qualquer reforma laboral que pretende o enquadramento do trabalho setorial.

2. Ações desenvolvidas

(i) O encaminhamento ao Congresso pelo Executivo, do Projeto de Lei que cria e regulamenta a Profissão de Agente Comunitário da Saúde, garantindo o princípio da sua vinculação à comunidade de origem e ao SUS, da natureza pública (ainda que não governamental) do seu trabalho e estabelecendo as bases para a proteção dos seus direitos trabalhistas;

(ii) A construção do mecanismo de contratação dos Agentes Comunitários de Saúde através da CLT, mediante o estabelecimento de parcerias entre as Secretarias Municipais de Saúde e as OSCIPS, mecanismo este amplamente negociado entre Ministério da Saúde, Ministério do Trabalho, Ministério Público do Trabalho e Conasems;

(iii) A constituição de um fórum permanente de negociação tripartite, relacionado à questão de Recursos Humanos, através do estabelecimento, através de Portaria Ministerial do Grupo Permanente de Trabalho de Recursos Humanos, com representantes de todos os setores de Ministério da Saúde, Conass e Conasems;

(iv) A realização de estudos através da Rede de Observatórios de Recursos Humanos que permi-

tam identificar: a intensidade, distribuição e valorização do trabalho informal em saúde no país; o grau de comprometimento financeiro com pessoal nos estados e municípios do país; a distribuição, localização, custo financeiro, participação percentual no pessoal da rede, perspectiva de aposentadoria do pessoal federal e estadual de saúde; as alternativas, as bases legais e os custos das diferentes formas de vinculação e contratação, permitindo o estabelecimento de uma Árvore Lógica para Vinculação de Pessoal, com acesso através da Internet, para orientação das opções de Estados e Municípios;

(v) A qualificação das equipes técnicas e de gestoras de Recursos Humanos, bem como de outros técnicos e gestores do sistema dos níveis federal, estadual e municipal, com o objetivo de ampliar, expandir, difundir e aprofundar a discussão política e a capacidade de assessoramento e intervenção na área, conforme já referido anteriormente. Tal processo se fez principalmente através de parcerias com a Câmara Técnica de Recursos Humanos do Conass, que permitiu a capacitação através do CADRHU de gerentes locais regionais de Recursos Humanos, a realização de um Curso de Especialização em Recursos Humanos semipresencial, com altos gerentes de Recursos Humanos de secretarias estaduais e dos órgãos setoriais de Ministério da Saúde. Atualmente, em parceria com o PROFAE, foi lançado um Edital de Apresentação de Propostas para um Mestrado Profissionalizante em Recursos Humanos, destinado a Gerentes de Recursos Humanos de estados e municípios e de Escolas Técnicas de Saúde;

(vi) O Programa de Interiorização de Trabalho em Saúde demonstrou a importância e a possibilidade da intervenção federal em situações de carência na oferta de serviços de saúde municipal. A garantia da seleção nacional e da bolsa federal para médicos e enfermeiros, a oferta da especialização coordenada pelo Pólo de Capacitação local e contraparte municipal na garantia de alimentação, estadia e contratação do restante da equipe do PSF, possibilitaram a entrega de serviços de saúde a populações que nunca tinham tido acesso a qualquer tipo de atenção. O aprendizado deste processo permitiu identificar áreas onde estas garantias não foram suficientes para incorporar profissionais. Assim, em alguns destes Estados, onde a dificuldade de acesso era maior, os Governos Estaduais se comprometeram com a complemen-

tação do valor da bolsa. Alguns Estados também já vem complementando a remuneração das equipes de PSF em municípios mais carentes. Este processo de seleção nacional e garantias federais, compromissos municipais e complementação estadual pode portanto, servir de base para um processo de pactuação mais ampliado na gestão de recursos humanos, principalmente mediante a introdução de mecanismos de acreditação de serviços pelo Ministério da Saúde, onde um dos itens seria adoção de formas não precárias de contratação. O próprio processo de seleção nacional poderia ser estendido como uma forma de identificação e distribuição de profissionais para o PSF, mediante a adoção de compromissos mútuos.

(vii) A Criação de um Banco de Trabalho de Saúde, com acesso on-line, para oferta e demanda de postos de trabalho e profissionais interessados para as equipes de PSF, no site do Ministério da Saúde.

3. Perspectivas

Um elemento importante neste movimento é a possibilidade de recurso adicional ao setor, proveniente da aprovação e regulamentação da PEC 29. Entretanto, é importante para isto que haja a sensibilidade política entre todos os níveis de gestão de que o gasto com contratação formal no setor é importante, na medida em que garante continuidade e possibilita a qualificação do e no serviço, mesmo que seja necessariamente mais cara que o contrato informal irregular.

O segundo movimento diz respeito a recuperação das carreiras no setor, tendo claro entretanto que seu desenho deve ser orientado pela natureza do trabalho realizado, evitando a introdução de um PCCS que trate indiferenciadamente todos os tipos de trabalho realizados, desconsiderando os interesses e inserções de mercado das diferentes categorias profissionais, bem como os interesses da população assistida.

Tais movimentos, entretanto, não excluem a necessidade de avanços no campo da ampliação do valor da negociação para o estabelecimento de acordos locais, nem a possibilidade de introdução de mecanismos legais que permitam reduzir o custo do trabalho no setor, ainda que estes sejam necessariamente momentos mais amplos e externos ao setor saúde e que passam, inclusive, por uma definição mais clara sobre o desenho de estado

que queremos ter bem como o custo que pretendemos pagar ele.

A Regulação Profissional

A conjuntura atual: os desafios, os problemas

No Brasil de hoje, se, de um lado, convive-se com uma rigidez no sistema de autorização e controle do exercício profissional que delimita, através de leis, monopólios sobre campos de prática, por outro lado, não existe um fórum de discussão e de pactuação sobre a regulação do trabalho, das competências profissionais, do compromisso ético, entre outros aspectos, no interesse da sociedade. Hoje, esse processo de regulação autárquica, embora tenha pontos positivos, já não atende às demandas colocadas pela instituição do sistema nacional de saúde. Em muitas situações, essa auto-regulação tem trazido problemas aos gestores, seja no questionamento por parte de outras categorias profissionais do direito de exercer algum ato, seja na necessidade de garantir o serviço à população.

Ao definir, com seus pares, o seu território de atuação, por exemplo, um profissional de saúde não está apenas definindo quais são os atos privativos, quais os atos exclusivos – conteúdos de sua prática profissional garantida por um saber o que lhe cabe exclusivamente por força de formação, de saberes transmitidos por pares experientes. Nesse momento, definem também o trabalho profissional – ou seja, a prática profissional constrangida pelas condições concretas do espaço de atuação – sua organização dentro de um programa, ou de uma organização de serviço, ou mesmo, no mercado de trabalho, aspectos que guardam íntima relação com a natureza e quantidade e do modo como os serviços de saúde são prestados à população. Esses últimos aspectos extrapolam o âmbito de decisões corporativas (Girardi 2000, Casey, 2001).

Em outros termos, por um lado, há atos técnicos, aqueles que devem ser realizados por pessoas de competência, e essa competência é adquirida através de um processo de formação de base muito longa, e que só podem ser avaliados por pares credenciados, profissionais que passaram por esse tipo de processo. Ou seja, há serviços de saúde que as pessoas leigas não podem comprar no mercado

geral porque correm riscos, na medida em que são atos extremamente lesivos à saúde física e mental. No outro extremo, há os atos profissionais, há um limite de competência que deve ser regulada gerencialmente, no caso da saúde, tendo em vista o mandato constitucional de garantia da equidade; a responsabilização, nesse caso, não é da corporação, é da gerência. Esse ângulo não pode ser regulado por leis de exercício profissional.

Por seu turno, essa questão torna-se mais evidente com as demandas colocadas pelo trabalho em equipe, no PSF. Em outros termos, essa é outra questão que o PSF evidencia: as áreas de trabalho específicas, a complementaridade da intervenção e as chamadas "áreas cinzentas", de atuação comum.

Essas questões têm gerado dúvidas e conflitos com reflexos, principalmente, na atenção básica de saúde, onde muitas vezes, serviços são deixados de ser prestados à população, ou o são muitas vezes com riscos. Esse é um problema que necessita ser enfrentado, apresentado à sociedade, até como definição prévia e condição para os processos de requalificação profissional e educação permanente, tendo em vista as competências laborais requeridas pela reorganização da atenção básica.

A complexidade e a dimensão que essa questão vem assumindo, orienta que o Ministério da Saúde não deve ser um árbitro isolado nessa questão, que é uma matéria de interesse da república (Girardi, 1999). Assim, cabe assumir um papel de fomento à discussão desse tema. Ele tem que participar, em conjunto com a sociedade interessada, da definição dos atos profissionais específicos, dos atos comuns, que digam respeito à prestação de serviços de saúde à população. O contrário, a definição unilateral do território de atuação por parte de cada uma das corporações, criaria, de um lado, superposições conflituosas – quem seria o árbitro? – e, de outro, áreas e serviços vazios na prestação de serviços, em especial, nas muitos municípios onde ainda não se dispõe de profissionais de saúde na quantidade e diversidade requeridos para a prestação dos serviços demandados pelo perfil epidemiológico. Em ambos os casos, uma baixa governabilidade por parte do gestor e uma privação do acesso da população aos serviços.

Uma outra importante questão a ser objeto de um movimento regulatório, orquestrado pela gestão do SUS, refere-se às demandas de regulamentação profissional, demandas essas que precisam ser enfocadas sob a ética do interesse público

O sistema de reconhecimento profissional é, geralmente, ativado por necessidades e questões de diversas ordens; tecnológicas, organizacionais, culturais e até "naturais". O surgimento de novas tecnologias, o crescimento das organizações, novos fenômenos culturais e naturais, demandas sociais, enfim, a complexificação da sociedade, têm, de maneira geral, determinado a busca pela profissionalização, principalmente através da regulamentação dos campos de atuação dos profissionais. A epidemia de AIDS, que gerou fortes demandas no campo da hematologia e hemoterapia, a atual demanda pela vigilância sanitária, as estratégias de universalização do acesso aos serviços de saúde, em especial o Programa de Saúde da Família – o caso do agente comunitário de saúde – são exemplos de situações que geram demandas importantes pela regulamentação de campos de práticas (PEW Comissão, 1995).

Em outros termos, a incorporação de novas tecnologias, ao inaugurar e demandar novos campos de saberes e de práticas, revela lacunas jurisdicionais que tendem a ser preenchidas ou pelas profissões já existentes ou por novas ocupações ou especialidades emergentes. Essas novas ocupações ou especialidades ou profissões geradas nesse processo acabam pressionando por regulamentação. Assim, o reconhecimento de uma especialidade profissional pressupõe uma série de arranjos institucionais de acomodação de conflitos e disputas distributivas intra e inter-profissionais.

No Brasil, o contexto atual de reorientação da atenção básica, de garantia do fortalecimento do SUS, da descentralização pactuada aparece como um momento importante para esses movimentos que, muitas vezes, expressam tão somente posições de grupos de interesse.

Nesse sentido, existem, atualmente, muitas dezenas de Projetos de Lei tramitando no Poder Legislativo, de várias origens, atendendo a diferentes interesses, a maioria deles propondo a regulamentação profissional de uma ocupação, de uma nova profissão, a criação de novos campos de atividades profissionais, a definição de territórios de prática, entre outras demandas. A justificativa é, sempre, colocada como decorrente de "necessidade social" em relação a determinado trabalho.

Nesse contexto, o Ministério da Saúde, como gestor do Sistema de Saúde, é chamado a emitir parecer sobre o mérito do Projeto para o setor,

opinião essa que, muitas vezes sucumbe a outras pressões de grupos específicos que atuam, na defesa de seus interesses, diretamente no poder legislativo.

Assim – como não poderia deixar de ser, na sistemática vigente – o Ministério da Saúde se vê envolto com crescentes demandas para avaliação e apreciação da pertinência desses projetos de regulamentação profissional que têm como objeto desde o direito de exercício até mecanismos de reembolso de serviços profissionais, muitas vezes carregados de conflitividade e competitividade entre grupos profissionais específicos.

Nesse sentido, há a necessidade de princípios e critérios definidos, transparentes, pactuados para avaliação e encaminhamento desses pleitos, critérios esses que considerem aspectos essenciais como a relevância dos pleitos para a política de saúde, bem como para a ampliação do acesso com qualidade e segurança para o usuário, a justiça e a equidade ocupacionais, bem como questões relativas a custo-efetividade das ações, tendo em vista a viabilização de uma política de Estado.

Diretrizes e estratégias de Intervenção

A reforma da regulação profissional, deve pautar-se por linhas de ação que visem a reforçar os aspectos positivos do sistema de auto-regulação vigente, em especial seu potencial para garantir a qualidade dos padrões técnicos e éticos do exercício profissional e de proteção do público, e complementar suas falhas.

Para tanto, um formato de regulação profissional e ocupacional a ser estimulado, baseado no princípio geral da utilidade pública da regulação, deverá contemplar, na prática, o balanço criterioso entre objetivos pragmáticos da política do governo para o setor e do fortalecimento das instituições básicas de uma sociedade justa, dentre os quais, vale citar:

- proteção do público contra a ação de provedores desqualificados, inescrupulosos e profissionais incompetentes;
- promoção da eficiência na provisão dos serviços de saúde;
- garantia da acessibilidade aos serviços de saúde;
- garantia da equidade na distribuição dos serviços de saúde;

- garantia da igualdade de tratamento sobre os pleitos das diversas profissões e ocupações;
- promoção de capacidade de Estado para a coordenação da política para as profissões.

As Ações Desenvolvidas

Frente a estas diretrizes algumas medidas vem sendo tomadas no sentido de fortalecer a intervenção do estado neste campo. São elas:

1. O movimento de reordenamento dos processos de trabalho em saúde, caracterizado pela estruturação do trabalho das equipes de saúde da família, mas que também encontra processo semelhantes no atendimento à AIDS, a à Saúde Mental, que representam um direcionamento, a partir do estado de uma ampliação bem como um compartilhamento do escopo de atuação das profissões;
2. Os processos de regramento destes movimentos de redefinição dos escopos de prática, caracterizado nos protocolos de prática, que tem como um exemplo forte o AIDPI, na atenção à Saúde da Criança, toda a regulamentação da prática supervisionada admitida nos protocolos de tratamento de Tuberculose, Hansen, Malária, entre outros;
3. A definição dos critérios de funcionamento dos serviços de saúde, bem como a exigências da existência de quais profissionais, para autorização do funcionamento destes serviços, definidos através de portarias tanto pela SAS como pela Vigilância Sanitária;
4. O encaminhamento pelo executivo, a partir de projeto elaborado pelo Ministério da Saúde do Projeto de Lei que regulamenta a profissão do Agente Comunitário de Saúde.

Tais ações ainda que representem uma importante intervenção da gestão governamental da saúde na regulação profissional, dependeriam, entretanto, de uma abordagem mais sistemática e ordenada no sentido de orientar de fato uma reforma na regulação profissional no setor.

Perspectivas

Tendo em vista a operacionalização dessas linhas de ação, deve ser criada uma capacidade mínima de Estado, particularmente no setor saúde, para dar início a um processo de revisão e adequação da legislação de regulação das profissões de saúde.

Deve ser procedida, igualmente, a análise criteriosa e imparcial, de forma sistemática e não casuística, dos inúmeros pleitos relativos à matéria que tramitam no executivo da saúde e no legislativo nacional. Entre os atores demandantes, destacam-se: grupos ocupacionais não regulamentados que demandam a regulamentação de suas atividades; profissões estabelecidas que demandam modificações específicas na legislação e ampliação de suas jurisdições sobre campos do exercício ainda não regulamentados – a exemplo das especialidades –; e setores gerenciais que demandam flexibilização e mesmo desregulação etc.

Um grupo tarefa específico deverá assumir essa responsabilidade, com as seguintes atribuições:

- ampliação das discussões sobre a reforma da regulação profissional por intermédio do envolvimento amplo dos atores competentes;
- levantamento e análise das diversas demandas relacionadas ao campo da regulação profissional tramitando no âmbito do Ministério da Saúde e do parlamento nacional;
- diagnóstico da situação da regulação profissional e ocupacional da saúde no âmbito internacional;
- a proposição de protocolos de procedimentos uniformizados com vistas ao recebimento, análise e encaminhamento das demandas existentes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Uma preocupação freqüente de todo início de gestão pública é o comprometimento do novo dirigente com a melhoria das condições de trabalho dos seus funcionários e com a valorização do principal capital do órgão, departamento, ou seção: os seus recursos humanos, a quem se deve todo o sucesso ou até mesmo a sobrevivência da instituição até então. Em que pese à relativa demagogia da afirmação, a freqüência com a qual ela se apresenta se sustenta pela óbvia veracidade que traz. Particularmente no setor saúde, onde a possibilidade de substituição de pessoal por equipamentos na assistência direta é pequena (pelo contrário, a incorporação da tecnologia através de equipamentos, associada à especialização, com freqüência gera divisão/fragmentação de trabalho e necessidade de mais e diferentes profissionais), a adesão dos profissionais é condição fundamental para o sucesso a qualquer projeto de reforma, que em última análise deve ser capaz de contribuir para a melhoria da qualidade de vida da população assistida.

A dificuldade em cumprir aquelas promessas, entretanto, não são necessariamente decorrentes de um descompromisso dos novos gerentes com seus subordinados. O conjunto de externalidades relacionadas à questão de recursos humanos, a dificuldade dos órgãos de administração de pessoal em elaborar estratégias de gestão de pessoal vinculadas às transformações vigentes no mundo do trabalho e no setor saúde em especial, a baixa visibilidade política decorrente de ações neste campo, em contraste as demandas geradas pelo ordenamento do sistema e pela montagem das estruturas assistenciais, vem delegando historicamente as políticas de recursos humanos a um segundo plano.

Entretanto o próprio avançar do sistema na construção de um novo modelo assistencial, exigindo novas competências profissionais, o grau de descentralização atingindo, as reformas em curso no aparelho de estado, associado às políticas de estabilização, em contradição com um sistema de saúde em expansão, e a rigidez presente no sistema de relações de trabalho, acabaram levando as políticas (ou não políticas) tradicionais na área ao seu limite de competência.

A definição mais clara do modelo assistencial a ser perseguido e uma relativa estabilização no

financiamento do sistema de saúde, associado a uma razoável disponibilidade de recursos internacionais principalmente. para desenvolvimento de pessoal vem permitindo uma significativa inversão nestas políticas.

O Profae, o PSF e os Pólos de Capacitação, as diferentes estratégias de qualificação gerencial desenvolvidas e o Programa de Incentivos a Mudanças Curriculares são exemplos para o campo da preparação, de intervenções poderosas, de alto impacto e relevância. A ação inclusiva do Profae e a seu apoio ao desenvolvimento institucional; a aproximação ensino-serviço, e a estruturação de um sistema de educação permanente permitido pelos Pólos de Capacitação; a histórica intervenção no Ministério da Saúde, articulado ao MEC, no campo da graduação, desencadeada pelo PROMED; e a enorme mobilização nacional e o estímulo à construção de alianças regionais entre Centros Formadores e gestores desencadeados pelas diferentes estratégias de qualificação gerencial representam políticas consistentes no sentido de valorizar os profissionais e sustentar a implantação do sistema.

Mesmo em campos mais duros e mais externos, como na utilização e na regulação profissional a intervenção na distribuição desencadeada pelo PITS, e todo o reordenamento do trabalho provocado pelo PSF e pelas estratégias de atenção a AIDS, vai interferindo significativamente na definição de quem pode fazer o que e aonde. A Lei de regulamentação da Profissão do Agente Comunitário de Saúde é uma forte intervenção do estado nesta área.

A própria atividade dos Observatórios de Recursos Humanos vem permitindo a geração e o manejo de informações estratégias e descentralizadas para o setor.

Restam, entretanto, significativos enfrentamentos a serem realizados: mesmo no campo da preparação, a diversidade e a fragmentação de ações desenvolvidas por vezes ainda confundem os gestores e centros formadores, impondo-se a organização de estruturas coordenadoras destes processos tanto no nível federal, já em andamento com a criação do Grupo Permanente de Trabalho em Recursos Humanos, como nos níveis estaduais e municipais. A incorporação de metodologias de

ensino mais ágeis, mais voltadas para o serviço e com maior poder de acesso também ainda é um problema a ser enfrentado. A definição de um pacto pela legalidade flexível na gestão de pessoal ainda está para ser construída, ainda que uma abordagem mais responsável já possa ser observada entre os gestores, com uma aparente tendência a redução nas alternativas mais precárias de contratação; por outro lado na regulação profissional as corporações ainda mantêm uma postura bastante auto-referenciada em detrimento de estratégias mais negociadas relativos aos campos de prática.

Em que pese o longo caminho ainda a ser percorrido no sentido de se saldar a dívida com os profissionais de saúde, os avanços alcançados são evidentes. De uma questão subterrânea, ligada a um pequeno grupo de experts, a gestão de recursos humanos passou a ser, quer pelo conjunto de ações ora em desenvolvimento, quer pelos problemas ainda a ser resolvidos, uma questão política da alta direção do sistema.

O que significa que a afirmação do "compromisso com o principal capital da organização ou do sistema" não poderá mais ser em vão.

Bibliografia

- ALMEIDA, M. J. Educação médica e saúde: possibilidades de mudança. Londrina: Ed. da UEL; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Educação Médica - ABEM, 1999.
- BRASIL. Lei Complementar n. 96 de 31 de Maio de 1999. Disciplina os limites das despesas com pessoal, na forma do art. 169 da Constituição e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 1 jun. 1999. Col. 1, p. 000001.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Coordenação da Atenção Básica. Manual de Organização da Atenção Básica. Brasília, D.F. 1998.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Departamento da Atenção Básica. Guia Prático do Programa de Saúde da Família. Brasília, D.F., 2001a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº – 697/GM de 09 de abril de 2002. Institui o Grupo de Trabalho Permanente para tratar das questões relativas a Recursos Humanos. Diário Oficial da União, 10 de abril de 2002a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS. Prioridades e Diretrizes para a ação do Ministério da Saúde. Ministério da Saúde, Brasília, 1999a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Geral da Política de Recursos Humanos. Programa de Incentivos a Mudanças Curriculares para as Escolas Médicas/ PROMED. Brasília, D.F., 2002b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde. Concepção, seleção e lotação de equipes. Brasília, DF, 2001b.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Universidade de Brasília. Organização Panamericana da Saúde. Regulação e Gestão de Recursos Humanos em Saúde na Perspectiva da Reforma do Estado- Relatório Final de Seminário. Brasília, 1999b
- BRASIL, Resolução CNE/CES nº 4, de 07 de novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Diário Oficial da União, Brasília, 9 de novembro de 2001..Seção 1, p.38
- CAMPOS, F.E. e BELISÁRIO, S.A. O Programa de Saúde da Família e os desafios para a formação profissional e a educação continuada. Interface: comunicação, saúde, educação. v.5 n.9 pp133-158, Botucatu, S.P., 2001.
- CARVALHO, Guido Ivan de e SANTOS, Lenir. Comentários à Lei Orgânica de Saúde (Leis 8.080/90 e 8.142/90) Sistema Único de Saúde. São Paulo, Hucitec, 1995.
- CASEY, JT. The regulation of professions in Canadá. Toronto: Carswell, 2001.
- CHRISTÓFARO, M. A C. A organização do sistema educacional brasileiro e a formação na área da saúde. In Santana, J.P. e Castro, J.C. (org.) Capacitação em Desenvolvimento de Recursos Humanos de Saúde-CADRUH. Brasil, Ministério da Saúde. OPAS.UFRN-NESC, Natal. 1999
- COMISSÃO INTERINSTITUCIONAL NACIONAL DE AVALIAÇÃO DO ENSINO MÉDICO. Avaliação do ensino médico no Brasil: relatório geral 1991-1997. [Brasília, DF]; 1997.
- FEUERWERKER, Laura. 2002. Além do discurso de mudança na educação médica – processos e resultados. São Paulo: Hucitec; Londrina: Rede Unida; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Educação Médica, 2002.
- GIRARDI, Sabado Nicolau. A regulação institucional da força de trabalho em saúde no Estados Unidos: e Canadá: políticas de transição. Relatório de Pesquisa, Washington DC: Panamerican Health Organization/WHO, 1999.
- GIRARDI, Sabado Nicolau. Los dilemas de la Reforma de la Regulación del Trabajo y de las Profesiones de Salud en la Reforma del Estado. Cuadernos Médicos Sociales, n º 77, pp 45-58, Abril 2000.
- LAMPERT, Jadete Barbosa. 2002. Tendências de mudanças na formação médica no Brasil: tipologia das escolas. São Paulo, Hucitec / Associação Brasileira de Educação Médica, 2002.
- MARTÍNEZ, Javier e MARTINEAU, Tim. Rethinking human resources: an agenda for the millennium. Health Policy and Planning 13(4); 345-358. London, U.K. December 1998.
- NOGUEIRA, R. P. e SANTANA, J.P. Gestão de Recursos Humanos e Reformas do Setor Público: tendências e pressupostos para uma nova abordagem. IPEA, Brasília, 2000.
- NOGUEIRA, Roberto Passos. Recursos Humanos como uma Função Política de Regulação in http://www.pessoalsus.inf.br/Temas/regul_do_trab_nas_insts_pub_de_saude2.htm, 2001.
- NOVICK, Marta. La crisis como oportunidad. Elementos para interpretar los cambios en la gestión del personal de salud, in Quintana, Pedro; CAMPOS, Francisco; NOVICK, Marta. Org. Gestion de Recursos Humanos em las Reformas Sectoriales em Salud: Cambios e Oportunidades. Organización Pan-Americana de la Salud – Washington, D.C.: OPS, 1996

PEW HEALTH PROFESSIONS COMISSION. Critical Challenges: Revitalizing the Health Professions for the Twenty-First Century. The Third Report of the Pew Health Profession Comission, <http://futurehealth.ucsf.edu/pewreg>, 1995

PROGRAMA DE DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS/ DIVISÃO DE SISTEMAS E SERVICIOS DE SALUD/ ORGANIZACIÓN PAN-AMERICANA DE LA SALUD. Gestion Descentralizada de Recursos Humanos de salud en la Reforma Setorial, in Quintana, Pedro; CAMPOS, Francisco; NOVICK, Marta. Org. Gestion de Recursos Humanos em Ias Reformas Sectoriales em Salud: Câmbios e Oportunidades. Organización Pan-Americana de la Salud – Washington, D.C: OPS, 1996. Quintana, Pedro; CAMPOS, Francisco; NOVICK, Marta. Org. Gestion de Recursos Humanos em Ias Reformas Sectoriales em Salud: Câmbios e Oportunidades. Organización Pan-Americana de la Salud – Washington, D.C.: OPS, 1996.

REVISTA BRASILEIRA DE SAÚDE DA FAMÍLIA. Edição Especial. 50 milhões de Brasileiros Atendidos. Ano II nº 5 Departamento da Atenção Básica, Ministério da Saúde, Brasília, maio de 2002.

SANTANA, J.P. e CASTRO, J.C. (org.) Capacitação em Desenvolvimento de Recursos Humanos de Saúde-CADRHU. Brasil, Ministério da Saúde. OPAS.UFRN-NESC, Natal.1999.

SANTOS, Isabel e CHRISTÓFARO, M A C. A formação do trabalhador na área da saúde. Divulgação em Saúde para Debate. 14:49-52,1996.

SORIO, R. E. da R. Educação e Trabalho em Saúde: perspectivas do debate sob os marcos legais da educação profissional. In Santana, J.P. e Castro, J.C. (org.) Capacitação em Desenvolvimento de Recursos Humanos de Saúde-CADRHU. Brasil, Ministério da Saúde. OPAS.UFRN-NESC, Natal1999.

