

RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE: REPTOS ATUAIS¹

José Paranaguá de Santana² e Sabado Nicolau Girardi³

INTRODUÇÃO

As preocupações com as questões de recursos humanos nos serviços de saúde vem de longa data. Análises e recomendações a este respeito podem ser encontradas em inúmeros registros na história das instituições do setor saúde em todos os países. O Brasil não é exceção a esta regra: desde os primórdios da nossa história sanitária fala-se da necessidade de melhorar a qualidade ou ampliar as disponibilidades numéricas do pessoal encarregado das ações de saúde. O que a atualidade traz de novo é a agudeza e a magnitude dos problemas, cuja tensa acumulação decorre de dois fatores básicos: (i) o inusitado crescimento e qualificação da demanda por serviços, num contexto ético-político marcado pela extensão da cidadania e da democracia e (ii) a incapacidade de resposta ágil e efetiva do sistema de saúde, na esteira da crise econômico-financeira, da inépcia política e administrativa do poder público e dos altos graus de incerteza que marcam o processo de redefinição dos papéis do estado e dos mercados na sociedade brasileira de hoje.

A abordagem do tema de recursos humanos de saúde pode ser feita a partir de vários enfoques. No âmbito deste trabalho, interessa analisar as características e as tendências históricas (em termos de curta-duração) do mercado de trabalho e da estrutura ocupacional da saúde, isto é, do conjunto de práticas e relações de trabalho articuladas na produção de bens e serviços de saúde. É igualmente interessante conhecer, explicar e formular intervenções sobre os processos de preparação dos trabalha-

¹ Revisto e ampliado a partir de texto original elaborado pelos autores para o Encontro Nacional dos Conselhos de Medicina realizado em Brasília, Brasil, em maio de 1991.

² Médico, Consultor de Recursos Humanos da Organização Pan-Americana da Saúde, Brasília, Brasil.

³ Médico, STC da Organização Pan-Americana da Saúde, Washington, D.C. e Pesquisador do NESCON, Universidade Federal de Minas Gerais.

dores de saúde. Um terceiro plano de acercamento do assunto refere-se aos aspectos de gestão do processo de trabalho, ou do domínio e manejo da função trabalho no processo de produção de serviços de saúde.

No escopo deste documento não se pretende uma incursão aprofundada sobre tal referencial temático. Seu objetivo limitar-se-á, portanto, a uma breve discussão sobre a estrutura ocupacional do setor saúde no Brasil, à identificação dos grandes desafios que se colocam no caminho da “Reforma Sanitária Brasileira” no campo dos recursos humanos e, por último, a alguns comentários sobre as alternativas para encaminhamento de tais desafios.

A ESTRUTURA OCUPACIONAL DA SAÚDE NO BRASIL⁴

As características da força de trabalho e da dinâmica do emprego em um setor específico da atividade sócio-econômica não devem ser vistas isoladamente do contexto que é a estrutura ocupacional de conjunto da economia de um país. Nesse âmbito mais geral podem ser apontados alguns traços que são comuns no cenário histórico dos países capitalistas que experimentaram expressivo desenvolvimento sócio-econômico ao longo deste século: (i) crescimento das ocupações nos setores da indústria de transformação, nas atividades burocráticas e de prestação de serviços, com declínio da ocupação em atividades agrícolas; (ii) incremento da participação feminina no mercado de trabalho; (iii) tendência a crescente profissionalização e especialização do trabalho; (iv) difusão da forma salariada de utilização da “mercadoria” força de trabalho e redução do trabalho não remunerado. Estas referências tornam-se interessantes na medida em que se buscam suas expressões peculiares no âmbito da saúde.

O crescimento do emprego nos serviços de saúde

O crescimento do emprego em atividades de saúde no Brasil tem sido, pelo menos no período das duas últimas décadas para as quais alguns estudos estão disponíveis, superior à média dos demais setores da economia. Em determinadas conjunturas, especificamente nos lapsos recessivos recentes, tal tendência se verificou inclusive em relação aos setores mais dinâmicos do mercado de trabalho formal urbano. Durante a pro-

⁴ Esta parte do texto teve como base o documento “Estrutura Ocupacional da Saúde no Brasil: Parte I, O Subsetor Público” elaborado para a Comissão Nacional de Plano de Carreira, Cargos e Salários do Ministério da Saúde do Brasil, de autoria de Sabado Nicolau Girardi (dezembro de 1990). Salvo quando citada explicitamente outra fonte, os dados aqui apresentados foram daí retirados.

funda recessão dos anos 81–83, por exemplo, enquanto vários daqueles setores experimentaram variação negativa do emprego, o setor saúde seguiu apresentando forte dinamismo na absorção de força de trabalho, cumprindo, nos termos econômicos Keynesianos, um papel importante na sustentação da demanda efetiva⁵.

Entre 1970 e 1980, o número de pessoas ocupadas em saúde, no Brasil, mais que duplicou, passando de 560 272 para 1 233 008 trabalhadores. Vale ressaltar que nesse contingente estão incluídos tanto aqueles que preenchem os requisitos educacionais e legais para sua prática — os profissionais de saúde, em sentido amplo, como aqueles que, mesmo não possuindo habilitação educacional e legal específica para trabalho em saúde, ocupam-se em atividades deste setor. As projeções para a atualidade indicam a existência de aproximadamente 2 500 000 trabalhadores em saúde, o que representaria cerca de 4% da população economicamente ativa (PEA) do país. Ao comparar este percentual com os de países capitalistas desenvolvidos para o final dos anos 80 (EUA, 7%; Canadá, 8%; Suécia, 11%) pode-se pensar que a tendência de crescimento da força de trabalho em saúde no Brasil ainda manter-se-ia com sinal positivo no futuro, tanto em termos absolutos como relativamente ao conjunto da economia — a menos que ingressássemos em um processo de estagnação irreversível.

Entretanto, um fato adicional a ser considerado, que merece mais atenção do que comumente se lhe tem atribuído, diz respeito a um persistente decréscimo observado nas taxas de crescimento da demanda, por postos de trabalho, em estabelecimentos médico-sanitários formalmente instituídos no transcorrer dos últimos 20 anos. É curioso registrar que entre 1970 e 1976 o emprego em saúde cresceu a uma taxa média geométrica anual de 13,0%; baixando para 8,6% entre 1976 e 1980; 6,2% entre 1980 e 1984 e finalmente para 4,3% entre 1984 e 1987⁶. A depender de expressarem uma tendência de natureza apenas conjuntural ou um ajuste de corte estrutural, estes números possibilitam duas leituras distintas. Uma leitura mais direta aponta para uma simples desaceleração daqueles impressionantes ritmos de incremento do emprego formal em saúde em termos de um ajuste ou regulação quantitativa dos níveis de crescimento do emprego — numa função de produção — à dinâmica de conjunto de uma economia, a da saúde, que estaria no limite de sua fronteira de possibilidade

⁵ Alguns trabalhos realizados a partir de meados dos anos 80, especialmente os do grupo de estudos de recursos humanos em saúde da OPAS-Brasil/Escola Nacional de Saúde Pública-FIOCRUZ/ NESCON-UFMG, reportam detalhadamente estes números. Alguns destes trabalhos estão sintetizados em "Mercado de Trabalho em Saúde no Brasil: Elementos Conjunturais e Estruturais", Rio de Janeiro, 1987. OPAS, Brasília (informe de pesquisa).

⁶ Ver Girardi, Sabado N.: "Dinâmica e Estrutura do Emprego em Saúde no Brasil, 1976–87: Compreender para Explicar", Belo Horizonte, 1988 (documento mimeografado).

de produção. Uma leitura mais equilibrada, quer dizer mais a fundo, aponta para a possibilidade de haver uma regulação de outro tipo no mercado de trabalho em saúde, regulação que reclamamos mais qualitativa. Para essa segunda leitura, podemos estar diante de profundas modificações das formas de uso e consumo da força de trabalho em saúde.

É plausível que o crescimento da força de trabalho em saúde, nos anos recentes, esteja se dando num cenário de informalização concomitante das relações de trabalho. Isto, é o que vem acontecendo em outros setores da atividade socioeconômica. Ao contrário do observado nos anos 70, quando o *boom* da força de trabalho se deu num movimento de “institucionalização” da saúde e de crescimento do emprego, nos anos mais recentes, o crescimento do emprego em saúde pode estar se dando junto com a intensificação do uso de formas menos institucionalizadas de contratação de trabalho em saúde. As estatísticas usualmente disponíveis não permitiriam captar este tipo de fenômeno em toda a sua magnitude, deixando “escondida” parte do crescimento do emprego em saúde, especialmente nos níveis mais descentralizados do sistema.

O emprego feminino

A tendência ao aumento da participação feminina nas ocupações de saúde no Brasil pode ser vista quando verificamos que a participação relativa das mulheres subiu de 40%, em 1970, para 60% do total de ocupados em 1980. Mantida a tendência de crescimento dos anos 70, teríamos atualmente uma cifra de 80% de mulheres no setor saúde, valor que se aproxima daqueles observados em outros países (Suécia, 80%, em 1989; e Equador, 60%, em 1982). Merece destaque o fato da predominância feminina no conjunto da força de trabalho em saúde não se verificar em várias categorias profissionais. O censo brasileiro de 1980 indicou as taxas de 20,6% para a categoria médica, 28,2% para a de odontólogos e 37,7% para a de farmácia. Tipicamente femininas se apresentavam as categorias de enfermagem: 94,0% entre enfermeiros e 83,9% entre técnicos e auxiliares. Embora os dados apresentados exemplifiquem a hegemonia masculina em algumas profissões⁷, há provas de tendência à reversão gradativa

⁷ O crescimento da participação das mulheres na força de trabalho em saúde não deve obscurecer a discriminação do trabalho feminino, “que se traduz no cotidiano do setor, entre outras coisas, pela ocupação diferencial de cargos de chefia e pelo exercício de funções de menor prestígio. Tais situações, aliadas às menores oportunidades de acumulação de emprego e de exercício autônomo, irão refletir-se, necessariamente, em menores níveis de remuneração para a força de trabalho feminina. Em 1986, as mulheres médicas auferiram, em seus empregos, rendimentos 17% menores que seus colegas homens. O setor saúde reservou às mulheres enfermeiras salários 20% menores, no ano de 1986, do que para os homens. O mais curioso é o seguinte: nas faixas salariais mais altas, de 10 salários mínimos

deste quadro, o que se demonstra com o crescimento diferencial da matrícula feminina nos cursos de graduação. Mais da metade das matrículas de primeiro ano nas faculdades de medicina brasileiras já pertencem a mulheres. Em 1989, no Brasil, 45% dos 7 182 graduados nas escolas de Medicina e 54% dos 5 495 graduados em escolas de Odontologia foram mulheres⁸.

A título comparativo, a participação das mulheres na população de médicos nos Estados Unidos da América saltou de 7,1%, em 1970, para 14,6%, em 1985, sendo que 35,2% do total de matrículas nas escolas médicas alopáticas americanas, para o ano letivo 1988–89, eram femininas. Entre os dentistas, estimava-se que 7,6% dos 142 200 profissionais ativos nos EUA em 1988 eram mulheres. Para este mesmo ano, 33,0% das matrículas de primeiro ano, nesta categoria, eram femininas. As projeções então realizadas apontavam que, para o ano 2000, era esperada uma taxa de participação feminina na Odontologia da ordem de 16%⁹.

Uma força de trabalho em saúde mais escolarizada. Seguirá a força de trabalho em saúde a tendência ao rejuvenescimento?

A composição da força de trabalho segundo faixa etária e nível de escolaridade modificou-se ao longo da década de setenta, alterações estas associadas ao fenômeno do crescimento explosivo do ensino superior brasileiro entre o final dos anos 60 e meados da década seguinte. Entre os censos de 1970 e 1980, os profissionais de nível superior aumentaram sua participação de 29% para 34% do total. Informações baseadas nos dados

para cima, a preponderância é masculina; 66% dos empregos de enfermagem, com remuneração superior a 20 salários mínimos são masculinos" (in Girardi, S.: *Força de Trabalho no Setor Saúde, I Encontro Ítalo-Brasileiro de Saúde*, Salvador, 1989, pág. 106). Outro aspecto crescentemente abordado da discriminação de gênero é o relacionado ao assédio sexual de que as mulheres são vítimas no local de trabalho. Uma publicação do U.S. Department of Labor (1988) aponta este entre os problemas que afetariam a gestão dos Recursos Humanos nos Estados Unidos nos anos 90, in "Opportunity 2000: Creative Affirmative Action Strategies for a Changing Workforce", U.S. Department of Labor, Washington, D.C., 1988, pág. 22.

⁸ Dados da Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS, Ministério da Saúde, Brasil.

⁹ Os dados dos Estados Unidos podem ser consultados em: (i) para oferta de médicos: Kletke, P. R.; Marder, W. D. and Silberger, A. B.: "The Demographics of Physician Supply: Trends and Projections", American Medical Association, 1987, pág. 28; (ii) para dados de matrículas de médicos e dentistas: "Health United States 1990", U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Hyattsville, 1991, pág. 172; (iii) para oferta de dentistas "Seventh Report to the President and Congress on the Status of Health Personnel in the United States", U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service (Bureau of Health Professions), 1990, pág. VII.1 e VII.3.

do imposto de renda (Ministério da Fazenda/SRF/IRPF, 1985) revelam haver preponderância dos mais jovens, mesmo entre profissões mais tradicionais, como a Medicina, a Farmácia e a Odontologia: mais da metade destes profissionais têm menos de 15 anos de ingresso no mercado de trabalho, enquanto menos de um quinto teriam idade para aposentadoria. O quadro atual e as tendências de curto e médio prazo, todavia, apontam mais para uma estagnação, seguida de envelhecimento da força de trabalho em saúde, em decorrência da paralização do crescimento ou mesmo redução do número de novas matrículas no sistema universitário.

A tendência ao envelhecimento relativo poderia obviamente ser contrabalançada caso houvesse um crescimento acentuado do emprego de categorias de nível técnico e auxiliar, com elevado ingresso de jovens neste segmento do mercado de trabalho. Esta hipótese, todavia, não encontra amparo na conjuntura atual.

Expansão da relação salarial

Característica marcante da estrutura ocupacional da saúde no Brasil de hoje é a presença do assalariamento como relação de trabalho que afeta, em forma progressiva, a todas as categorias profissionais de saúde. Embora universalizada, a forma salarial não logrou extinguir o exercício trabalhista “autônomo” ou, mais propriamente, a prática baseada em unidades de trabalho mais ou menos independentes como são os consultórios particulares, em algumas profissões de saúde, especialmente a Medicina e a Odontologia. Estas formas de trabalho médico (que não se baseiam na existência de um vínculo empregatício formal) conservam grande peso no Brasil de hoje. Entre médicos e dentistas, por exemplo, as rendas de trabalho sem vínculo empregatício corresponderam a 40,8 e 55,5% do total de rendimentos de trabalho declarados por estas categorias, respectivamente, segundo dados do Imposto de Renda de Pessoas Físicas, em 1985. O que queremos enfatizar com isto é que o assalariamento não deve ser considerado, como muito se apregooou na década dos 70, a face iluminada da penetração do capitalismo na Medicina. Os dados das duas últimas décadas mostram que mais importante que o assalariamento em si foi a tendência à heteronomiação do trabalho em saúde. Com esta fórmula queremos incluir tanto o assalariamento, em sua versão clássica, como as formas de trabalho baseadas em unidades formalmente independentes, mas controladas desde fora da profissão, ou do espaço de poder de decisão da relação singular profissional-cliente. Nesse sentido, estamos convencidos de que a tendência à heteronomiação do trabalho em saúde, que favorece alguns dos “modernos” arranjos da propalada autonomia profissional, se

constitui no traço decisivo das transformações capitalistas da prática médica no Brasil recente.¹⁰

A questão do assalariamento está obviamente associada ao aspecto já comentado anteriormente do crescimento do emprego. A ampliação da oferta de empregos tem-se verificado tanto no segmento público como no privado do setor saúde. Os estabelecimentos de saúde formais oferecem atualmente mais de 1,5 milhões de empregos, divididos quase que igualmente entre os setores público e privado. No lado do setor público, o que chama a atenção é a grande concentração de empregos vinculados ao nível federal. Este mantém aproximadamente 35% do estoque atual de empregos públicos de saúde. Se a isto se agregar a participação dos estados, de cerca de 45%, constata-se a pequena expressão das redes públicas dos municípios, responsáveis por apenas um quinto dos empregos públicos de saúde.

No lado do setor privado, a tendência sobremarcante é o impressionante crescimento dos empregos no segmento ambulatorial lucrativo nos anos 80, indício claro da crescente importância que já ia assumindo a atualmente denominada medicina supletiva¹¹. Mas a participação do poder público não se esgota na questão da oferta de empregos. Estima-se que 90% do gasto com pessoal de saúde no Brasil seja suportado por recursos públicos: de forma direta, através dos vínculos de trabalho com as diversas entidades oficiais dos governos federal, estaduais e municipais; de forma indireta, através das diversas modalidades de remuneração do trabalho praticadas pela rede privada contratada ou que funciona com subvenção do poder público. Somente 10% do gasto com pessoal de saúde, segundo as estimativas correntes, seria praticada com recursos privados.

O crescimento do emprego e das formas salarizadas de utilização da força de trabalho em saúde e a heteronomiação do trabalho profissional

¹⁰ Novamente apenas a título de exemplificação, entre os anos da década de 1970 até finais dos anos 1980, a participação percentual do exercício da Medicina em consultórios, entre os médicos ativos nos EUA cresceu ligeiramente de 60% para 65%, aproximadamente. Entretanto, isto não implicou em crescimento da autonomia. Pelo contrário, também neste país a tendência à heteronomiação da Medicina é marcante. Henry Aaron (1991), aponta que ao final dos anos 80, aproximadamente 30% dos rendimentos dos profissionais médicos e mais de 50% da receita dos hospitais americanos estavam na dependência de programas federais de assistência à saúde, nomeadamente Medicare e Medicaid (Aaron, H. J.: "Serious and Unstable Condition: Financing America's Health Care", The Brookings Institution, Washington, 1991). Sobre a tendência a heteronomiação da prática médica nos EUA, ver também Andrew Abbot, "The System of Professions: an essay on the division of expert labor", The University of Chicago Press, 1988, especialmente o capítulo 5; o autor ressalva que os dentistas permanecem como um baluarte da "solo" performance entre os profissionais americanos.

¹¹ Esta tendência foi analisada com algum detalhe por Médiçi e outros em "Mercado de Trabalho em Saúde no Brasil: Elementos Conjunturais e Estruturais", Rio de Janeiro, 1987. OPAS, Brasília (informe de pesquisa), op. cit, capítulos 5 e 6.

trouxeram duas ordens de conseqüências que reputamos de importantíssima repercussão para o futuro próximo da gestão dos recursos humanos em saúde no Brasil. A primeira delas, diz respeito às repercussões dessas tendências no campo da organização dos interesses do trabalho, quer dizer, em relação às formas de organização e estratégias de ação sindical e corporativo-profissional em saúde. Sob esse aspecto podemos dizer que “o quadro atual é marcado pelo que se pode chamar de heterogeneidade estrutural. Se de um lado temos a crescente presença das representações do trabalho assalariado ou das formas de organização coletiva típicas do trabalho, de outro temos a presença, talvez com mais força, das representações corporativo-profissionais organizando demandas que têm mais a ver com a defesa de privilégios exclusivos, mas também se ocupando das questões típicas do trabalho: a questão da garantia do emprego, a questão dos salários e das condições de trabalho”¹². A segunda delas, mas não menos importante, tem a ver com o crescimento do papel das instâncias burocrático-governamentais¹³ e das forças econômicas de mercado na regulação das profissões de saúde. Nesse contexto, os padrões de auto-regulação profissional (a auto-regulação do exercício desde corpos de pares formal e legitimamente estabelecidos), se é que historicamente tenham tido vigência no Brasil, vêm sendo questionados na prática. Alguns movimentos, como a recente onda de demandas por reformas no quadro jurídico-legal do exercício profissional em saúde (o caso dos médicos, novamente é exemplar) se inscrevem nesse último âmbito e, a nosso ver, antecipam sua importância no futuro próximo.

Na linha de confluência das considerações abordadas neste tópico figura a questão do crescimento da importância do tema da regulação das relações de trabalho e da regulação profissional. Tal questão, conforme pensamos, deverá assumir um lugar central nas práticas de gestão dos recursos humanos em saúde para os anos vindouros.

Um último comentário sobre o tema da estrutura ocupacional refere-se às questões da profissionalização e especialização do trabalho, que estão ligadas à acentuada incorporação tecnológica — que caracterizou o campo nas últimas décadas e não sem alguma tensão — ao desenvolvimento das ciências da saúde. Em primeiro lugar, a incorporação tecnológica, aliada a uma característica econômica marcante da produção de serviços de saúde

¹² Ver Girardi, S.: *Força de Trabalho no Setor Saúde*, I Encontro Ítalo-Brasileiro de Saúde, Salvador, 1989, pág. 107

¹³ Aqui podemos incluir, a grosso modo, (i) os aparatos burocrático-governamentais substantivos ao setor, quer dizer o Ministério da Saúde, as Secretarias de Estado de Saúde e, crescentemente, as Secretarias Municipais de Saúde; (ii) os aparatos dos governos não especificamente de saúde; como os de educação, trabalho, previdência social; e (iii) o aparato jurídico e as legislaturas.

— sua natureza intensiva em trabalho — resultou na ampliação dos tipos e da quantidade de trabalhadores necessários à operação dos serviços. É fácil observar como os novos procedimentos, tanto no campo da investigação diagnóstica, como da terapêutica, da reabilitação e da prevenção não substituem mas, em geral, acrescentam-se aos anteriores. Nesse contexto, uma série de novas e “novíssimas” ocupações vão surgindo, ampliando e consolidando seus espaços, ao passo que outras se anquilosam, desaparecem ou são exterminadas, ao sabor do desenvolvimento científico-tecnológico que funciona como verdadeiro substrato dessas transformações¹⁴. O crescimento da concorrência interprofissional no trabalho e a luta dessas categorias na esfera pública em busca de reconhecimento e legitimação, inclusive através do manejo da atuação das novidades tecnológicas, não é inócuo. Ao contrário, uma série de problemas têm sido identificados, envolvendo aspectos econômicos (como a questão de aumentos desnecessários de custos), técnico-profissionais (qualidade dos serviços) e mesmo éticos (desumanização do cuidado, direito de escolha do indivíduo). Dessa forma, a regulação da concorrência interprofissional em saúde e da relação trabalho profissional-uso de tecnologia-serviços, se coloca na pauta da gestão dos recursos humanos em saúde na direção do benefício público. Nesse ponto da análise deve-se apontar uma situação aparentemente paradoxal com relação ao que foi dito anteriormente: a despeito da evidente marcha na direção da divisão e diversificação técnica e social do trabalho, a composição da força de trabalho em saúde no Brasil apresenta uma extremada polarização ocupacional. Praticamente duas categorias ocupacionais perfazem dois terços do total: os médicos e o pessoal menos qualificado da equipe de enfermagem, os atendentes e os auxiliares. Assim, o desiderato de construção das equipes multiprofissionais, exige um esforço adicional no sentido de ampliação, inclusive quantitativa, da participação de outras categorias profissionais nas unidades operacionais de saúde. Em segundo lugar, a incorporação tecnológica e o contínuo desenvolvimento científico, impacta fortemente sobre o sistema de formação profissional em saúde.

OS GRANDES DESAFIOS

As características da composição técnica e da distribuição regional e institucional da força de trabalho em saúde assumem dimensões problemáticas na medida em que implicam obstáculos para a produção e

¹⁴ Concordamos com Abott (1988) quando afirma que da mesma forma como a tecnologia “abre” novas jurisdições de exercício profissional, também “fecha” ou destrói as antigas. Abott, 1998, op. cit, pág. 92.

oferta de serviços, segundo determinados parâmetros ou princípios, isto é, segundo um modelo assistencial definido. Na perspectiva da reforma sanitária brasileira o novo modelo assistencial significa, desde um ponto de vista normativo¹⁵, a implantação de um Sistema Único de Saúde, comprometido com a universalidade e equidade das ações e serviços de elevado padrão técnico-científico, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- participação da comunidade (Art. 198 da Constituição). O setor privado, quer dizer a complexa, heterogênea e expressiva gama de organizações e instituições que constituem a rede privada de provedores e financiadores de serviços de saúde, deve conformar-se, ainda normativamente, sob o princípio da complementariedade. A implantação de um sistema como este (no plano normativo) ou a garantia de funcionamento de um sistema de saúde reclamado pela sociedade (no plano estratégico) exige, por certo, redobrada consciência e efetivação prática do papel regulador do Estado, a começar pelo nível das prefeituras¹⁶. Nesse sentido, muitas das características da estrutura ocupacional da saúde no Brasil, e dos seus processos de regulação básicas, deverão mudar.

Apresentamos a seguir alguns dos desafios que se colocam a todos que detêm responsabilidade na gestão da coisa pública ou na condução da política de saúde no país.

- como alcançar a integralidade do cuidado, num contexto de elevado grau de divisão e especialização do trabalho, quando o contingente de pessoal engajado nos serviços de saúde é hoje fortemente marcado pela presença de duas categorias polares no espectro da divisão técnica do trabalho (médicos e atendentes)?
- como manter a qualificação técnica e científica dos trabalhadores? como recuperá-la naqueles que já se desqualificaram sob o jugo de um processo de trabalho alienado? como oferecê-la àque-

¹⁵ Normativo aqui, como correntemente empregado na economia, é utilizado no sentido de indicação do modelo pretendido, ou do que deve (deveria ou deverá) ser, em contraposição às análises "positivas" que tratam do que efetivamente é (ou foi, ou tem sido).

¹⁶ Queremos ressaltar que a utilização do termo prefeitura no lugar do usual município ou municipalidades é proposital.

les já engajados na força de trabalho e que aí ingressaram sem a necessária habilitação educacional? Estas são questões situadas no campo de um desafio maior, assim colocado: como prover cuidados de boa qualidade, de forma equânime e universal, quando a força de trabalho dos serviços de saúde apresenta altos padrões de desqualificação e obsolescência técnica?

- como prover os recursos humanos necessários para a substituição daqueles que se retiram do serviço ativo e, simultaneamente, para a ampliação da cobertura de vastos segmentos desassistidos da população, quando as matrículas no sistema escolar tendem a decrescer, especialmente em relação a algumas categorias como a enfermagem, no caso do ensino superior, ou são escandalosamente insuficientes, como ocorre no ensino técnico de saúde de nível médio e auxiliar?
- como fixar o pessoal onde ele é indispensável, mas onde, em condições normais, não permanece ou para onde, ele não se dirige naturalmente? Dito de outro modo: como corrigir ou compensar a distribuição atual, que privilegia os lugares mais ricos ou centrais das cidades, as zonas urbanas e metropolitanas e as regiões sudeste e sul do país?
- como atender o princípio constitucional da descentralização e, portanto, fortalecer ou implantar serviços municipais, quando 80% dos empregos públicos e 90% dos gastos totais com pessoal de saúde estão fora da alçada decisória das autoridades municipais?
- como interpretar e dar consistência ao princípio constitucional da participação social, quando as regras do contrato de trabalho, as normas de conduta no processo de trabalho e os critérios de avaliação de desempenho são fortemente marcadas pelo interesse corporativo e pelo clientismo político-burocrático e, portanto, pouco acessíveis ou imunes ao controle social?
- como prover ao estado, desde o nível das secretarias de saúde dos municípios e prefeituras, até os níveis federais de governo — e sob os princípios do benefício público e da garantia de qualidade — das estruturas, processos e mecanismos básicos da regulação profissional, educativa e das relações de trabalho em saúde que: (a) não sejam apenas espaços de exercício do poder cartorial, burocrático ou policialesco das autoridades públicas; (b) que não sejam simples redutos egoísticos do poder corporativo-profissional; (c) que tenham agilidade operativa e sejam instrumentos de melhoria da qualidade profissional; (d) que sejam permeáveis à participação social e (e) que sejam financeiramente suportáveis para a sociedade.

AS SAÍDAS PARA A CRISE

Crise, na língua chinesa, é uma palavra que se compõe a partir de dois caracteres que significam perigo e mudança. É neste sentido que o termo é aqui utilizado, para designar a atual situação de inadequação entre as disponibilidades quantitativas e qualitativas dos recursos humanos e os objetivos e metas preconizados para o Sistema Único de Saúde. Crise que significa um estado de coisas transitoriamente desordenado, mas que representa um momento de ruptura com os padrões tradicionais na busca de um novo patamar de organização¹⁷. Esse novo paradigma organizativo pressupõe ou, o que é mais correto dizer, será construído através da formulação e implementação de um conjunto de medidas que serão **decididas** em três arenas distintas: a do sistema legal e burocrático-administrativo, a dos locais de trabalho (ou do sistema operacional) e a da opinião pública¹⁸.

Na arena legal, ou mais amplamente, político-jurídica, é necessário negociar novas bases legais e administrativas para a regulação profissional, educacional e das relações de trabalho para a saúde. Neste último caso, isto implica uma concepção de contrato trabalhista que assegure ao trabalhador o direito ao seu desenvolvimento pessoal e profissional, bem como o direito de participar da gestão dos serviços e de se valer de suas estratégias de auto-organização coletiva. Dentro de um contexto em que o “bem-comum”, quer dizer, o respeito ao direito público, ao atendimento de qualidade e “no momento certo”, deve ser considerado bem **inegociável**.

Algumas idéias iniciais a esse respeito foram discutidas nos trabalhos desenvolvidos pela Comissão Especial de Planos de Carreiras, Cargos e Salários do Conselho Nacional de Saúde e se encontram expressas em seus documentos (documentos da CEPCCS do SUS, 1990). Entre outras coisas, aí se propõe um plano de carreira baseado na equidade, no desempenho e no mérito, na bilateralidade do contrato laboral, na gestão da qualidade e na gestão social. Em outras palavras, com tal concepção é necessário que se assegure os interesses do trabalho, mas também que se garanta ao usuário o seu direito ao bom atendimento, impedindo práticas

¹⁷ Immanuel Wallerstein (1991) trabalha com uma noção de crise para os sistemas históricos que muito se aproxima à situação de “alerta” que queremos ressaltar. Para o autor “crise”, num sistema histórico, não significa apenas dificuldades conjunturais dentro desse sistema mas pressões tão fortes e intensas que “o único resultado possível é o desaparecimento desse sistema como tal, seja por um processo de desintegração gradual (conduzindo a direções imprevisíveis) ou por um processo de transformação relativamente controlada (apontando para uma direção previsível e conseqüentemente para sua suplantação por um ou muitos outros sistemas)”. Nesse sentido, continua, “uma crise é por definição uma transição”. (Wallerstein, Immanuel “Unthinking Social Science: The Limits of Nineteenth-Century Paradigms”, Polity Press, 1991, pág. 25.)

¹⁸ A qualificação destes três espaços da jurisdição profissional como arenas é devida a Abbott, 1988, op. cit.

hoje muito difundidas, consideradas lesivas ao interesse social, como a multiplicidade e superposição de vínculos incompatíveis com o serviço público; que se assegure ao trabalhador remuneração condizente com a importância da sua ocupação, mas também que se garanta sua presença onde ela for necessária; que se assegure ao trabalho seu direito à qualificação, mas que se garanta à população a qualidade do serviço profissional.

No segundo caso, isto é, no âmbito educacional, é fundamental garantir ao setor saúde o papel a ele atribuído pela Constituição, qual seja, “ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde” (Art. 200); isto significa que, na definição sobre a criação de cursos e de habilitações profissionais, bem como na instalação de escolas universitárias e de nível médio, a participação do setor saúde será determinante. Por outro lado, é fundamental que se repense o sistema de formação profissional de saúde, em cada de um de seus componentes, desde o técnico-profissional, passando pela graduação universitária até os níveis de pós-graduação e aperfeiçoamento superiores, em termos de sua articulação em um triplo nível:

- no nível de suas intrínsecas relações com os serviços de saúde, seus usuários e financiadores;
- no nível de suas relações com as organizações corporativo-profissionais e representações do trabalho e
- no nível de suas relações nacionais e internacionais com o sistema científico-tecnológico.

No campo da ação político-administrativa torna-se imperiosa e urgente a definição de um conjunto de instrumentos e mecanismos que dotem as instituições de saúde de modernos instrumentos de gerência — implantação de sistemas de informação-informatização, descentralização de procedimentos administrativos relacionados com o recrutamento e seleção, cadastro, lotação, movimentação etc. Ainda nesse campo de ação inscrevem-se medidas referentes ao relacionamento institucional entre os setores educacional e de saúde, destacando-se como prioritárias:

- a implantação de uma rede de escolas técnicas de formação de pessoal de nível médio para saúde, vinculadas aos serviços de saúde e supervisionadas pelos órgãos educacionais, responsáveis pela qualificação de pessoal nas diversas habilitações profissionais; a parte de educação geral desses currículos seriam integralizadas no âmbito do próprio sistema educacional;
- a institucionalização de processos que visem a permanente atualização técnica e científica dos profissionais da rede básica, através da ação conjunta entre as secretarias de saúde e as universidades;

- a consolidação de um programa de desenvolvimento gerencial para o SUS, abrangendo a capacitação de dirigentes nas áreas de planejamento, desenvolvimento de recursos humanos, administração hospitalar, administração de recursos financeiros, administração de material, política de medicamentos e assistência farmacêutica, epidemiologia, vigilância sanitária, tecnologia, manutenção de equipamentos, sistemas de informação, saúde do trabalhador e de organização de serviços locais de saúde;
- o desenvolvimento de um amplo programa de formação de especialistas, com ênfase em duas grandes áreas: clínicas básicas (pediatria, gineco-obstetrícia, clínica médica e cirurgia geral) e tecnologias estratégicas (biotecnologia, informática médica, transplantes, engenharia biomédica e outras);
- a redefinição dos projetos de ensino de graduação com base nos princípios da integração ensino-trabalho;

No espaço do local de trabalho, ou antes ainda, na linha limítrofe entre as esferas administrativa e operacional, é necessário construir-negociar-firmar convênios de novos pactos entre gerência-trabalho e trabalho-trabalho, que garantam que os serviços de saúde sejam produzidos adequadamente. Gerência e trabalho, neste sentido, devem buscar as formas de negociação mais convenientes em cada caso.

De alguma utilidade, nesse sentido, apesar de algo redundante, pode ser o enfoque da relação de trabalho como uma relação de troca. Sob esse enfoque, coisas como disponibilidade de tempo, esforço ou mesmo determinados produtos, demandados sob determinados padrões de qualidade mais ou menos definidos, por um lado, são permutados por um sistema de compensação (monetário e extramonetário), mais ou menos interessante, oferecido do outro lado. Acontece, em grande parte das vezes, estarem estes "termos" da troca obscurecidos ou mesmo mal determinados: coisa comum ao setor saúde e mais ainda ao setor público de saúde. De qualquer forma, e sem querer estender demasiado esse ponto, é absolutamente plausível pensar que a única forma de se estabelecer um processo de cooperação justa (mesmo que desigual) entre trabalho e gerência passe pela negociação direta e clara desses termos. Mais que isto, tais procedimentos necessitam, para que se possam reproduzir com a regularidade necessária ao seu estabelecimento, espelharem-se em estruturas de negociação formalizadas (mesmo que transitórias).

Da mesma forma que em relação aos conflitos gerência-trabalho, a consideração da "finalidade" pública dos serviços de saúde, pressupõe que a concorrência interprofissional no local de trabalho ocorra dentro de limites negociados. Em outras palavras, a luta das profissões e ocupações de saúde pelo reconhecimento de suas respectivas e por vezes excludentes

jurisdições na “arena” do local de trabalho, não pode degenerar para um dos dois extremos: “guerra aberta” ou “tirania-submissão” profissional, extremos que inviabilizam a cooperação (mesmo que com desigualdade). Da mesma forma como no caso anterior, aqui também se abre um terreno de ação para o campo da gestão dos recursos humanos em saúde nos anos vindouros, qual seja, o da formalização dos pactos interprofissionais (trabalho-trabalho), negociados desde o local de trabalho, reconhecidos desde os níveis burocrático-administrativos, mais ou menos jurisdicionados no sistema legal e abertos para a opinião pública.

CONCLUSÃO

O elenco de medidas, sugestões e comentários acima apresentado não esgota a pauta de discussão sobre as alternativas para sair da crise, em especial no que tange à profundidade com que cada tópico foi tratado. Tal não era o objetivo deste trabalho, como já fora dito no início, mas tão somente provocar uma reflexão sobre as questões colocadas pela reforma sanitária para o planejamento, a preparação e a administração de recursos humanos em saúde — verdadeiros reptos cuja efetiva superação dependerá de como se encaminhará a própria Reforma Sanitária: como um projeto que alimenta a retórica política ou como um projeto de ação política que interessa ao processo de construção da cidadania social e a consolidação da democracia no país.

BIBLIOGRAFIA

- Aaron, H. J. *Serious and Unstable Condition: Financing America's Health Care*. The Brookings Institution, Washington, 1991.
- Andrew Abbot. *The System of Professions: an essay on the division of expert labor*, The University of Chicago Press, 1988.
- Comissão Especial para Elaboração dos Planos de Carreiras, Cargos e Salários do Sistema Único de Saúde. Os Planos de Carreira para o Sistema Único de Saúde: Bases Conceituais, Princípios e Diretrizes (proposta preliminar). Brasília, DF, novembro de 1990 (documento mimeografado).
- Girardi, S. N. Estrutura Ocupacional da Saúde no Brasil: Parte I. Documento preparado para a Comissão Nacional de Planos de Cargos e Salários do Conselho Nacional de Saúde. Brasília, D.F., fevereiro de 1991 (documento mimeografado).
- Organização Pan-Americana da Saúde. La fuerza de trabajo en el sector salud: elementos teóricos y evidencias empíricas”. *Educ Med Salud*, 25(1):37-47, 1991.
- . Dinâmica e Estrutura do Emprego em Saúde no Brasil, 1976-87: Compreender para Explicar, Belo Horizonte, 1988 (documento mimeografado).
- . Força de Trabalho no Setor Saúde, I Encontro Ítalo-Brasileiro de Saúde, Salvador, 1989.
- Kletke, P. R., Marder, W. D. e Silberger, A. B. *The Demographics of Physician Supply: Trends and Projections*, American Medical Association, 1987.
- Médici, A. C. et al. Mercado de Trabalho em Saúde no Brasil: Elementos Conjunturais e Estruturais, Rio de Janeiro, 1987. Organização Pan-Americana da Saúde, Brasília (informe de pesquisa).

Ministério da Fazenda do Brasil. Secretaria da Receita Federal - Imposto de Renda de Pessoas Físicas, exercício fiscal de 1985.

Ministério da Saúde do Brasil. Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o Sistema Único de Saúde, 1991.

Ministério do Trabalho do Brasil. Secretaria de Empregos e Salários. Relação Anual de Informações Sociais (RAIS), 1987.

U.S. Department of Health and Human Services. Health United States 1990, Public Health Service. Hyattsville, 1991.

U.S. Department of Health and Human Services. Seventh Report to the President and Congress on the Status of Health Personnel in the United States, Public Health Service (Bureau of Health Professions). 1990.

U.S. Department of Labor. Opportunity 2000: Creative Affirmative Action Strategies for a Changing Workforce. Washington, 1988.

Wallerstein, I. *Unthinking Social Science: The Limits of Nineteenth-Century Paradigms*. Polity Press, 1991.