

Ministério da Saúde

**Organização Pan-Americana da Saúde
Organização Mundial da Saúde**

**Política de Recursos
Humanos em Saúde**

Seminário Internacional

Brasília, DF

2002

Barjas Negri
Ministro de Estado da Saúde

Silvandira Paiva Fernandes
Chefe de Gabinete

Otavio Azevedo Mercadante
Secretário Executivo

Cláudio Duarte da Fonseca
Secretário de Políticas de Saúde

Paulo Henrique D`Ángelo Seixas
Diretor da Coordenação Geral da Política de Recursos Humanos

**Ministério da Saúde
Secretaria de Políticas de Saúde
Coordenação Geral da Política de Recursos Humanos**

**Organização Pan-Americana da Saúde
Organização Mundial da Saúde**

**Política de Recursos
Humanos em Saúde**

Seminário Internacional

Brasília, DF
2002

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

Tiragem: 5.000 exemplares

Produção editorial:

André Falcão

Projeto gráfico e diagramação:

Formatos Design

Impresso no Brasil

Ficha catalográfica elaborada pelo Centro de Documentação da Organização Pan-
Americana da Saúde - Representação do Brasil

BRASIL. Ministério da Saúde.

Política de recursos humanos em saúde / Brasil. Ministério da Saúde -
Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

184 p.: il.

ISBN 85-87943- 27-8

1. Recursos humanos em saúde - Política. 2. Políticas de saúde - Brasil.
I. BRASIL. Ministério da Saúde. II. Organização Pan-Americana da Saúde.
III. Título.

NLM: WA 530

Sumário

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| Apresentação | |
| Cláudio Duarte da Fonseca e Paulo Henrique D'Ángelo Seixas | 7 |
| Introdução | |
| Francisco Eduardo Campos e José Paranaguá de Santana | 9 |
| Painéis | 13 |
| CEFPAS and the Training of Socio/Health Personnel of the Sicilian Region | |
| R. G. Frazzica et al. | 15 |
| Resultado do Estudo de Avaliação de Tendências e Prioridades sobre Recursos Humanos em Saúde | |
| Roberto Passos Nogueira | 31 |
| Increasing Recruitment and Retention of Doctors in Rural and Remote Areas – Australia as a Case Study | |
| Ian Cameron | 45 |
| Integrated Strategies to Tackle Inequitable Distribution of Doctors in Thailand: Four Decades of Experiences | |
| Suwit Wibulpolprasert | 52 |
| Desafios e Estratégias para Interiorização do Trabalho em Saúde | |
| Regina Celes de Rosa Stella | 74 |
| Políticas sobre Recursos Humanos del Sector Salud en México | |
| José Arturo Ruiz, Gustavo Nigenda e Rosa Ma. Bejarano | 85 |
| Os Pressupostos para a Elaboração da Política de Recursos Humanos nos Sistemas Nacionais de Saúde | |
| Paulo Henrique D'Ángelo Seixas | 100 |
| Trabalho, Ética e Necessidades Sociais em Saúde | |
| Gilson Cantarino O'Dwyer | 114 |

| | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| Gestão Pública e Ética no Trabalho | |
| Maria Helena Machado | 119 |
| Política de Recursos Humanos: Construção e Perspectiva | |
| José da Silva Guedes e Volnei Gonçalves Pedroso | 127 |
| Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente para o Programa Saúde da Família | |
| Heloiza Machado de Souza et al. | 147 |
| PROMED - Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares nas Escolas Médicas | |
| Roberto de Queiroz Padilha | 156 |
| Relatórios de Grupo | 163 |
| Pressupostos para a Formulação de Políticas de RH nos Sistemas Nacionais de Saúde | |
| Mariângela Leal Cherchiglia e Soraya Almeida Belisário | 165 |
| Os Paradigmas da Atenção à Saúde e da Formação de Recursos Humanos | |
| Laura Camargo Macruz Feuerwerker e Valeria Vernaschi de Lima | 169 |
| Desafios e Estratégias para a Interiorização do Trabalho em Saúde | |
| Janete Lima de Castro e Rosana Lúcia Alves de Vilar | 179 |

Apresentação

A estratégia da atenção básica como eixo reorganizador do sistema de saúde brasileiro trouxe à tona uma série de problemas, tradicionalmente classificados como do campo dos recursos humanos, antes identificados apenas pelos peritos da área, mas freqüentemente secundarizados por aqueles que tomam as principais decisões no setor saúde. Por inúmeras razões, as intervenções neste campo são mais complexas e frutificam mais a médio e longo prazos.

A partir da firme decisão de implantação da saúde da família em larga escala, surgiram problemas como a inadequação dos quantitativos dos formandos; a improvisação da formação do pessoal auxiliar; a qualidade da formação graduada para atender às questões relevantes; a não cobertura das áreas mais isoladas, entre outros. A confluência de todas estas questões conseguiu o feito inédito de trazer para frente da “pauta” dos gestores sanitários e, em particular, para o nível federal, a gestão de recursos humanos para o SUS, gerando uma série de iniciativas e a perspectiva de enfrentamento destes problemas de maneira articulada e integrada.

Em conjunto com a Organização Mundial de Saúde e a Organização Pan-Americana da Saúde, conhecedoras de experiências em curso na América Latina e em todo o mundo, o Ministério da Saúde organizou um Seminário Internacional de Recursos Humanos, por meio do qual promoveu o intercâmbio de experiências, visando identificar caminhos que contribuíssem para a construção de alternativas nacionais. Para tanto, foram realizadas discussões importantes, como os paradigmas que orientam o campo de recursos humanos, os impactos dos processos de reforma setorial sobre os recursos humanos, os desafios e estratégias para a interiorização dos serviços de saúde, os pressupostos para a formulação de políticas e os aspectos éticos envolvidos neste setor. Ao lado disso, experiências nacionais de grande centralidade nas políticas de saúde, como o PSF, o PROFAE, o PITS e o PROMED, foram apresentadas aos convidados nacionais e estrangeiros.

Este seminário, cujo conteúdo em parte se reflete neste livro, representou um marco orientador que certamente terá protagonismo atual e futuro. A implementação do SUS em suas dimensões mais radicais continuará a apontar que o trabalho humano é ainda mais essencial na produção dos serviços de saúde que nos demais setores da economia. O enfrentamento dos problemas aí colocados, com coragem e informação, permite avançar na construção de políticas públicas consistentes e estruturantes e será essencial para a consolidação do SUS, marca da reforma setorial nacional, reafirmando os seus valores de solidariedade, tão caros à nossa sociedade.

Cláudio Duarte da Fonseca

Secretário de Políticas de Saúde

Paulo Henrique D'Ângelo Seixas

Diretor da Coordenação Geral da Política de Recursos Humanos

Introdução

A organização deste Seminário Internacional levou em consideração cinco temas que foram propostos como focos de debate para os expositores convidados para os painéis, bem como para os participantes dos grupos de discussão:

- Os paradigmas da atenção à saúde e a formação de recursos humanos
- Os processos de reforma setorial e seus impactos sobre recursos humanos
- Estratégias e desafios para a interiorização do trabalho em saúde
- Pressupostos para a formulação de políticas recursos humanos nos sistemas nacionais de saúdes
- Trabalho, ética e necessidades sociais em saúde.

A proposição do primeiro tema relaciona-se à expectativa que se vem disseminando em todo o mundo de que a medicina baseada na reforma proposta por Abraham Flexner no início do século passado nos Estados Unidos, que se caracteriza por uma prática fragmentada em especialidades e centrada no hospital, seja substituída por uma outra, que preste atenção holística ao indivíduo inserido em uma comunidade e em uma sociedade concretas. Um argumento freqüentemente citado e que aponta na mesma direção é o reconhecimento aparentemente irrefutável de que muitas das queixas trazidas ao sistema de saúde não têm uma causa orgânica precisa, mas derivam do modo de viver a vida em todas as suas dimensões. Nesse contexto de insatisfação com a base doutrinária e operacional da medicina que se tornou hegemônica nos últimos cem anos no Ocidente, dissemina-se uma proposta de reorientação para essa prática, centrado no conceito da promoção da saúde, com seus componentes de *accountability, advocacy e empowerment* dos usuários, buscando constituir um novo paradigma para a atenção à saúde, onde a relação profissional/cuidador *versus* cliente/usuário seja menos assimétrica e mais humanizada, baseada na continuidade da ação e na responsabilidade. O corolário dessas concepções inclui propostas no campo da formação de recursos humanos que considerem as práticas correntes de saúde e não somente

aquelas centradas no hospital; que reconheçam o processo de determinação social da enfermidade e não apenas sua causa biológica; que valorizem a adoção de estilos de vida saudáveis e não a ênfase em prescrições terapêuticas; e onde os estudantes das profissões de saúde assumam postura ativa em sua aprendizagem, inclusive mediante processos que se prolonguem por toda a vida.

A inclusão do segundo foco de debate teve como pressuposto o reconhecimento de que os processos de reforma do setor saúde que se estão operando nos diferentes países da América não respondem a um único figurino, bem como incidem de diferentes formas sobre os recursos humanos desse setor de atividades. As mudanças na composição da força de trabalho, nos processos de sua formação e regulação profissional, nas regras de contratação e remuneração são incógnitas que representam desafios para a formulação, acompanhamento e avaliação de políticas de recursos humanos e do próprio setor saúde, nos cenários de cada país. A percepção dessas mudanças ou, pelo menos, de suas tendências, constitui atributo indispensável para os gestores dessas políticas. Desse modo, torna-se indispensável desenvolver metodologias e realizar estudos que permitam aferir essas tendências e estimar com menor grau de incerteza as mudanças que estão ocorrendo ou que devem ser induzidas por ações governamentais.

Uma das características dos sistemas de serviços de saúde em todos os países a América é sua concentração nas grandes cidades, contrastando com a dificuldade de provisão desses serviços em áreas rurais ou isoladas ou ainda em comunidades de pequeno e até de médio porte. Nesses locais, a falta de estímulos funcionais e sociais para os profissionais de saúde se contrapõe a vantagens e diferenciais financeiros vigentes nos grandes centros urbanos. Amplas regiões de países continentais como o Brasil não contam como oferta regular de serviços de saúde. Em alguns países da Região o serviço civil obrigatório persiste como resposta a estes problemas, ainda que de forma precária. O interesse em torno desse tema vincula-se ao Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS), que se encontra em fase de implantação no Brasil.

O fundamento para a política de recursos humanos de saúde deve ser a própria política nacional de saúde. O descaso com esse postulado explica boa parte das dissonâncias que se observam nas políticas de recursos humanos anunciadas ou pleiteadas para os sistemas de saúde em muitos países. Igualmente fundamentais para a formulação de políticas nacionais de recursos humanos são as variáveis dependentes dos mercados de trabalho, do sistema educacional e dos processos de regulação do exercício profissional. O manejo de informações a respeito desses contextos, de seus processos de elevada complexidade, bem como a capacidade de atuar nesses cenários cambiantes e de intensa interatividade política, são atributos indispensáveis para a formulação de políticas de recursos humanos de saúde. A inclusão desse tema visou estimar ou estimular possibilidades de cooperação e intercâmbio a partir de experiências de formulação dessas políticas em diferentes países.

A gestão do trabalho nos serviços de saúde adquire conotações peculiares em função do significado especial que tem o trabalho no processo de produção desses serviços. Lidar com o trabalho em saúde tem implicações especiais porque não se trata apenas de uma mercadoria cujo valor se estipule de acordo com as regras de mercado, ou mesmo de um fator de

produção cuja utilização se estabeleça conforme regulamentos cristalizados em leis. A produção de serviços de saúde é um processo onde se realizam múltiplos e variados interesses, incluindo aqueles dos atores diretamente implicados - como os beneficiários e os profissionais - bem como de tantos outros - como os agentes do “complexo médico-hospitalar” ou os representantes de grupos políticos. Debater questões como essas certamente contribuirá para equacionamentos desejáveis para as polêmicas presentes atualmente no campo da gestão de recursos humanos de saúde no Brasil.

Que esta publicação das apresentações realizadas pelos expositores, bem como dos relatórios das discussões de grupo, contribua para a continuação do debate sobre o temário proposto pelos organizadores do Seminário, cujas expectativas não se esgotaram a despeito do bom resultado alcançado. Espera-se que sejam essas a avaliação e a expectativa do leitor.

Francisco Eduardo Campos

Assessor da SPS
Coordenador do Nescon/UFMG

José Paranaguá de Santana

Coordenador de Desenvolvimento de Recursos Humanos da OPAS no Brasil

Painéis

R. G. Frazzica
S. E. Giambelluca
D. Greco
G. Miceli

Centro per la Formazione Permanente e
l'Aggiornamento del Personale del Servizio Sanitario, Italia

CEFPAS and the Training of Socio/Health Personnel of the Sicilian Region

The birth of a citadel for training

On January 2nd 1996, in Caltanissetta, in the heart of Sicily, CEFPAS opened its doors. A public institution belonging to the Sicilian Regional Government, CEFPAS' mission is to contribute to the development of a culture for Public Health, to promote the continuous quality improvement of the health of the population, to prevent diseases, disabilities and premature deaths. This should be achieved through high quality training, action, research, information and communication.

For its training activities, CEFPAS has invested, from the start, in quality and andragogical methodologies strategically constructing its training programs and projects on the principles of effectiveness, efficiency, equity, appropriateness, scientific rigor, research, innovation, courtesy and transparency. Well-known regional, national and international trainers have been engaged in carrying out the training activities. These are centred on the trainee with his needs for learning. CEFPAS considers evaluation as an essential element of training. Therefore, in addition to the evaluation to assess learning, other types of evaluations have been used: trainee satisfaction, which includes the ability of the trainer to involve the trainees in the learning process, impact evaluation and the assessment of trainees and of training activities by the trainer.

In the six years of activities, thousands of health personnel have validated CEFPAS training method and its strategic choices. Meanwhile, the Centre continues to carry out training initiatives of high quality that respond to the evolving needs of health services and its personnel, which are also based on methodological, scientific and technological evidence. The ultimate goal is to provide health personnel with knowledge, methods, instruments and the appropriate motivation in a way that can be optimized for the provision of good quality services, care for health and the well-being of populations.

The methodological principles and the present context

At the present time at least two issues favour the growth of the demand for training in the health sector. The first is the recognized importance, by health personnel and by employers, of the need for upgrading their skills, given the rapid changes in terms of policies and of technologies. The second issue relates to a recent national law regarding Continued Education in Medicine (ECM) that has made training mandatory and has defined the rules. While this is certainly a great opportunity, it presents, nevertheless, a series of challenges and also some risks.

The aim of this evidence is to bring to health personnel a contribution of experience, and more than this, to illustrate the very particular case of a centre for training and research founded and developed in Europe, in the centre of the Mediterranean basin.

The experience we are about to describe is characterized by the fact that unites two other elements: knowledge (research) and change (action) (G.P. Quaglino, G. P. Carozzi, 1998). The issue takes us back, generally speaking, to the problem of practice or, it is better to say, to the binomial "theory and praxis" issue that is being strongly discussed in the field of social psychology. Maybe it is not necessary to refer back to Lewin, the father of research-action, to recall that there is nothing more practical than a good theory. We remember that lewinian thought is based on praxis-theory-praxis 'circularity' and not on a linear and unique relationship, and so a "good training activity always refers back to a good theory" (G.P. Quaglino, 1985). On the other hand, experience, once fixed in each protagonist, surpasses individuality and assumes wider meanings involving the socio-management ambit.

At this point, another aspect to be noticed, is that training activities are addressed to social-health personnel, with all the diversities and peculiarities of the existing professions. We find ourselves in the field of adult learning, of the Human Resources Development (M. Knowles, 1997) and of adult training. We have already said that today, increased attention on the part of the Organizations' Management is given towards the training of the professionals working in their organizations. In the 90s some assertions were already formulated such as "qualified people represent the only sustainable competitive advantage" (M. Rotondi, 2000) and, earlier still, "the ability to learn faster than your competitors may be the only sustainable competitive advantage"(A.P. De Geus, 1988). Today we are also witnessing greater attention being paid, on the part of the practitioner, to the fact that the training function represents a great occasion in the process of empowerment. That is why the issue is seen as a tight rope between the parties to the case: the user and the supplier. On one hand there is, in fact, the demand for quality training activities, where the terms of the demand/need often have the modalities, and sometimes, the frenzies of the economic market; on the other hand, there is the necessity to meet this request with adequate offers and products. To maintain this balance, people must try to create the presuppositions for the development of high quality training activities, measurable through learning and changes. It is our conviction that greater "control" by the different actors involved in training cannot be other than useful and leads, effectively, towards a higher quality level of applied training

activities and towards innovation in research or establishment of used methods (for the different meanings of methods and methodologies we refer to M.Rotondi, 2000).

The referring logistic-istitutional framework

CEFPAS, with its Anglo-Saxon styled campus, is composed of 14 two-floor buildings for a total covered surface of 26,000 square metres, a hotel with conference rooms, dozens of equipped training rooms, computer and language laboratories, a library and a covered sports ground.

In order to pursue its own institutional finalities, the Centre works towards the optimization of its existing structural resources. Furthermore, to obtain programmatic finalities, it also works towards developing training activities that respond:

- To the continuous improvement of services offered to the population to satisfy their health needs;
- To the necessity of development of social-health personnel, of their motivation and of the opportunities that health organizations have to offer more effective and more efficient services;
- To the emerging training needs related to the labour market in this sector for the development of new professionalism.

From 1996 till now, the Centre has achieved most of the quality-quantitative objectives which had been defined: nearly 15,000 participants to the courses, more than 1,000 among tutors and teachers involved, 17,000 training hours underline the high volume of training activities carried out. But CEFPAS is today much more than this:

- Dozens of international, national and regional projects have been developed in several areas, which go from hospital food services to female entrepreneurship and to Evidence Based Medicine (EBM);
- A CQI triennial program that involves the 70 public Sicilian hospitals;
- Participation in World Health Organization (WHO) programs;
- Collaboration with the National Health Institution;
- A conference centre; 80 operators who have developed advanced competencies able to give answers to the needs of the most part of the Health service.

But CEFPAS is, above all, a special place, privileged in some ways, where it is possible to commit oneself to the experimentation of new projects and paths, to invest in human resources in the social-health field and to improve, in such a way, the quality of services that the health system offers to individuals and to the population. Here only training activities will be illustrated.

The development of the routs and the training activities ¹

Strategies

CEFPAS' strategies to achieve their own objectives are essentially of high quality continuous and refresher training of social and health personnel, performed through innovative methods: particularly those dealing with andragogy, those based on the problem solving approach and on interactivity. Training has always tried to strengthen and research its links with applied science – both operative and basic – that are necessary to provide the relevant elements for training to face problems and meet needs which are continuously increasing.

The basic strategy of CEFPAS is the continuous achievement of quality improvement of its own system that, since year 2000, has been certified ISO 9001. The certification follows an organizational route that saw its first steps in the elaboration of written procedures for the entire training area, and in the implementation of the continuous training evaluation system that constitutes an important step in a continuous process performed with its attention addressed to the client.

The internal quality of the centre is considered as a propaedeutic and strategic moment of the training intervention, in the conviction that it is not possible to perform quality training or training on quality if the promoter institution doesn't search for the Continuous Improvement of its own Quality System (CQI). An aspect particularly relevant of CEFPAS' Quality System is the internal training addressed to all the personnel, above all its new members, to which wide continuous training programs are dedicated. In the first years, in fact, CEFPAS has raised its own organization from ground zero, using mainly personnel with no experience, employed with contracts which are subject to a fixed date of expiry. This has caused some problems even though it has meant working with employees who haven't been negatively influenced by aspects present in other engagements in the public sector. The more frequently used approaches for training activities have been learning by doing and, for the academic component, by problem solving.

Training needs analysis.

The crucial importance that this activity has in training is undisputed. But it is also true that a great commitment is required, as underlined in nearly all the relative literature, a small amount, that is true, at least as far as the applicative aspects are concerned. It is also requested to cope with various difficulties, given the complexity of the issue, in particular for the areas of analysis that this activity is involved in: individual (analysis of activity, role, critical events and expectations) – organization (data on organization, on personnel and on training activities) – environment (in this case as a meta-cultural level).

For CEFPAS, the needs analysis has been of great importance and has constituted the starting point and the operational basis of the training process.

¹ More information on the activities of the Centre can be found on the report "Cefpas 5 years later", here summarised in part and that can be find on the WEB address: http://www.cefpas.it/rapporto_attività.htm

The identification of training activities to propose to the health personnel of our National Health System has been carried out – initially – on the basis of a needs analysis made firstly through questionnaires compiled by the top management and, subsequently, through advice obtained likewise through the completion of questionnaires addressed to the participants in different courses. Indications about the satisfaction of each training proposal come also from the internet sites, from which it is possible to deduce the manifestations of the users' interest; these manifestations are recorded. Obviously, a fundamental criteria to verify if we are inside or outside the market is that of the number of registration forms for each initiative. At CEFPAS, the demand for a place in our courses is very often greater than what we are prepared for. To overcome this, CEFPAS has had to organize repeated editions of the courses even though it has not always been possible to do so shortly afterwards.

The effort to search for more reliable, complete and representative information of the analyzed reality, caused CEFPAS, in autumn 2000, to carry out an analysis of training needs on a sample of health personnel in Sicily. The investigation was based on qualitative methodologies with the use of semi-structured interviews to key-informers (top management, training responsables etc.), and group interviews (focused groups) to ex-participants, with a sample of the interviewed for maximum variance. The main indications which appeared in this first phase of the research, whose second phase will see the professional categories involved, may be summarized in the requests:

- To offer training activities which are more articulated and more linked to the specific local situations and to work: Training-action and master follow up;
- To integrate residential training with an 'in house' one;
- To support training departments for health organizations.

Collected data have also given confirmation regarding how things stand at the moment, and have represented, even if without complete data, one of the main bases for the training activities performed and to be performed in the medium period: master, plurimodular courses, training activities in synergy with training departments.

Planning

"Planning is, together with the needs analysis, one of the most neglected phases" (Deplano) of the training process. CEFPAS has always considered planning as one of the most central points in the chain of its activities. If one thinks of cutting down on time at this point without the development of the professional approach towards the rules of planning, what happens is that more time is wasted and, almost always, there will be a failure to reach the simple approach. Planning means "to define objectives in order to solve problems and to establish ways and times to achieve the objectives and to evaluate the results" (Tonelli).

The methodology of the Centre follows the spiral of the training planning of J.J. Guilbert, author of WHO's pedagogical guide. The spiral, as everybody knows, foresees a circularity of the various steps of the training process: needs analysis, definition of the objectives and of the evaluation system (project, process, teachers, participants, impact), and the elaboration of the program and its realization.

Just like a tree trunk, planning sustains the training process, it is its lymph and leads to the flowering of the objectives that the activities aim at achieving; its fruits will be the development of human resources and the repercussion of the health status on the population.

At present, the Centre is working towards including, in its Quality System (certification according to the new Vision 2000), all the planning path of training activities that leads to the elaboration of the six-month training program. This means the entire path as a sole "process" and not as a set of training projects.

The training-action: The quali-quantitative results

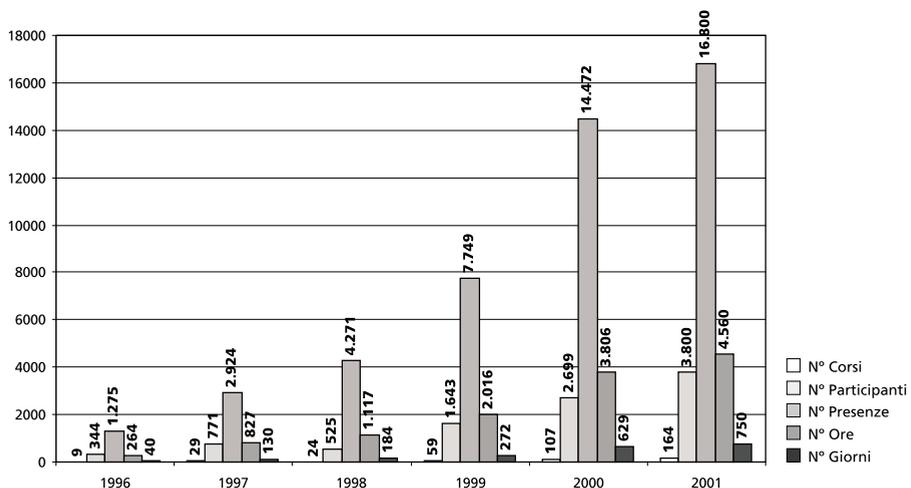
The statistics

CEFPAS has carried out, from its opening till today, more than 17.000 training hours for about 15.000 participants. The graphic n. 1 illustrates the initiatives performed from 1996 till 2001. The continuous increase in the trend of all indicators underlines how the activity of the centre has been characterized, in each of its phases, by a positive sign. In 2001, we tried to diversify more the initiatives, for example through the training activities performed directly in the health organizations (In House). In the same year, a further increment of the activities was also registered.

The graphic reports the values of the 5 quantitative indicators reached over time, whose validity, however, is not homogeneous.

Among them, in fact, the number of training hours and of the training days, which derive from the former, have a greater value because they express the planning and organizational effort of the centre much more than the number of participants does. These indicators, in fact, must be analysed taking into account the fact that the training methodology adopted by CEFPAS to achieve high levels of efficacy and efficiency presupposes courses which, in many cases, include only 20-25 participants.

Graphic n.1 - Distribution per year of courses realised by Cefpas from 1996 to 2001

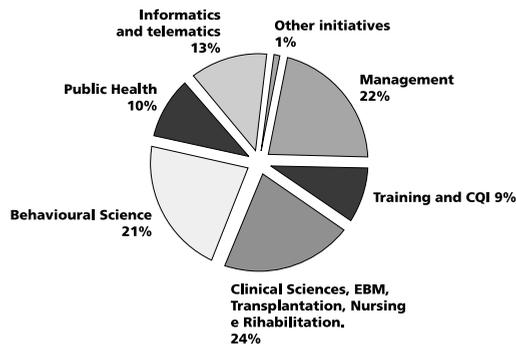


The graphic n. 2 shows the distribution in percentages of the six thematic areas in which courses are classified and highlights how areas of greater interests are: Clinical sciences, EBM, Transplantation, Nursing and Rehabilitation, Behavioural sciences, Efficient communication, Social policies and Management, Planning and DRG.

Of the following courses more editions have been carried out:

- Efficient Communication in the Health field;
- Human Resources Management and organization of nursing work;
- Internet and its resources;
- Continuous quality improvement;
- Health planning - an instrument for management;
- DRG;
- Food Safety;
- Training of trainers.

Graphic n. 2 - Courses realised between 1996-2001 Distribution per thematic areas



Training evolution: modular courses, masters, aimed courses

As far as the typology and the length of courses are concerned over the years, the centre has incremented its offers of initiatives of longer duration in relation to needs and to explicit demand. This evolution has represented a positive aspect for the quality of the initiatives, as it has allowed us to go more deeply into some issues and also to have greater effectiveness and efficiency linked, essentially, with the chance of passing from an interactive training model to one of training-intervention. In this sense, it is important to indicate some courses developed between 1999 and 2001:

- Management of quality in social-health field developed in collaboration with the AUSL of Reggio Emilia and co-ordinated by F. Prandi and C. Ruozi.
- Health Education and Promotion, co-ordinated by S. Cacciola and A. Dino.
- Master on Health service quality improvement co-ordinated by F. Perraro.

The program of residential training activities 2002 presents a greater number of courses at Master level (eight of them will start, with a duration of 150-300 hours). Masters have

been programmed on the basis of the qualitative investigation we saw above and on the basis of the ever increasing requests on the part of the participants during the training activities regarding the different thematic areas. However, the typology of short and medium courses composed of 2 to 3 modules lasting over a period of 3-4 days, that seems to gain the favour of the most part of the users, has not been suspended. We are also working on individualized models of training paths, in which the user creates his/her own way through the participation in various courses, in a modular structure in which the function of projectual adhesive and validation will be taken on by a tutor from CEFPAS. Innovative modalities of this kind will be sustained by the new national accreditation system, ECM, started by the Health Ministry.

In House Training

An important aspect of CEFPAS's activity over these recent years has consisted in the commitment to the realization of training activities In House (**picture 1**). CEFPAS has planned and performed, at the request of health organizations, personalized training activities with the aim of creating professional profiles, which are more and more in line with the rapid organizational changes and to initiate reflection and opening processes which lead towards new models of work organization.

The different phases of the training process have been managed, in most of the courses, together with the training departments of the client organizations: from the analysis of personnel's needs, to planning, organization, realization and evaluation of contextualized training activities, which are also in line with the objectives and with the specific peculiarities of the organizations.

In House Training

35 courses

1.100 participants

140 training days

Thematics: Management; Business Administration; EBM; Public Relations;
Communication; Nursing

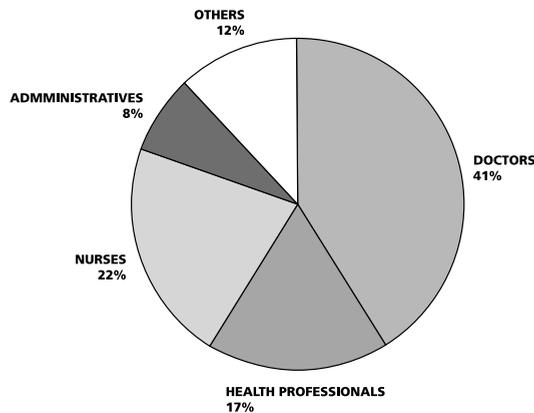
In House training can be inserted in the most recent development lines of the centre. It allows the carrying out of the necessary contacts with the reality of health organizations; a vital "decentralization" for the "training" function of the Regional system, answering to the integration requests by training departments and by participants in residential courses. The request of a greater impulse towards the initiatives In House has clearly emerged even from the first phase of the qualitative research conducted by CEFPAS on training needs in the Sicilian Health organizations. In House training makes it possible to have synergies with real exchanges of knowledge and experience, to consolidate innovative training methods and techniques, and also to develop common evaluation systems.

It seems, then, that it is possible to develop a network of organizational "referents", a network founded on a shared cultural vision of quality training.

Trainers and trainees

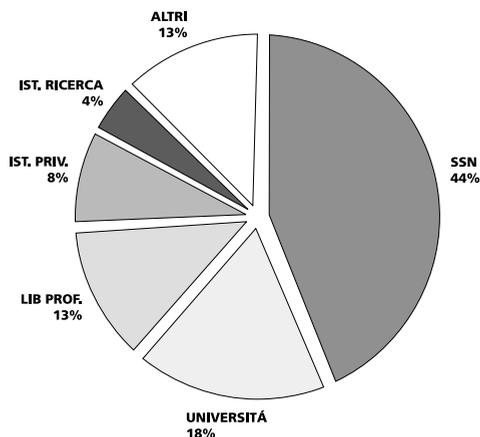
The graphic n. 3 describes the distribution, according to profession, of the participants at CEFPAS' courses. The largest percentage of Health Managers, in particular medical doctors, can be explained both by the representation of these two figures in the National Health System and by the more consolidated propensity to up-dating. What stands out is the great presence of nurses (22 %), professional figures who are often overlooked in training activities.

Graphic n. 3 - Distribution of participants per Profession 1996-2001



CEFPAS has used a total number of more than 1.000 trainers from 1996 till today. The graphic illustrates their working background and underlines the fact that 44% of them come from the Health service. The datum is coherent with the professional scientific orientation of the experiential kind.

Graphic n. 4 - Trainer distribution per Institution provenience 1996-2001



In most cases, the proposal for the nomination of trainers comes from the director of the course, scientific guarantor of the initiative. The existence of a criteria established on the opinion of the scientific committee and of an extended continuous evaluation system, gives guarantees for the high professional competence needed and allows an attentive monitoring of training activities with prompt indications regarding eventual interventions to be adopted. The trainer, however, undergoes an individual evaluation through the determination of the satisfaction index of participants. This datum is gathered from the final questionnaires which contain a question referred to each single trainer. A score of above 89% is considered very good, between 70 and 80 is good, under 70% the result is insufficient, and, with the exception of some particular cases, the collaboration relationship is not renewed.

The absence of a real Training team, however, of a faculty, is one of the greatest problems that CEFPAS has to overcome. The impossibility of having all trainers present at the same time, above all in longer courses, renders the necessary didactic homogeneity achievable only through systems which would be defined today as "asynchronous". In this sense, the adoption of guidelines and the use of a continuous evaluation system have represented two fundamental instruments.

In order to gather training needs, at least as far as master courses are concerned, planning and co-ordination meetings are carried out with some of the trainers and others with likely participants.

Since the second half of year 2000, the centre has used more, for training activities, internal human resources which are becoming more and more consistent. During the same period a further training evaluation system has been also experimented. It has been articulated on the comparison among the performance judgements elaborated:

- By participants;
- By CEFPAS' Personnel responsible for the course;
- By the same trainer.

Trainers training

The wide program of training of trainers performed since 1997 has contributed to improve training quality of internal and external professionals of the Sicilian health organizations, some of which, after having taken part in this program, have gained training roles inside its organization. The diffusion of a training and quality culture has been the first and most important thematic issue on which CEFPAS' intervention has been developed. In 1997, the first course of training of trainers had already taken place, it was held by S. Tonelli, and after that, other numerous courses have followed held by P. Mastrogiovanni, S. Beccastrini and by C. Ruozi. Furthermore, two seminars were held in the year 2000 by J. J. Guilbert.

Training of trainers 1999-2001 summarizes the quantitative data on this activity:

Training of trainers 1999-2001

10 courses
80 training days
240 participants
560 hours

The Centre has promoted, in this context, a number of collaborations with trainers belonging to Sicilian Health organizations in order to give value to Regional resources and invest in them. This is a very important fact because, in this way, a network of health training professionals has been created. In this network CEFPAS represents the central point and the place of experimentation.

The training of trainers represents, for CEFPAS, a growth instrument for its internal human resources. As a matter of fact, all CEFPAS' personnel committed to training activities are involved in it and some of them take part as trainers or tutors.

Finally, since the Autumn of year 2000, a training co-ordination function has been attributed to CEFPAS' personnel responsible for the organization of training activities. This function, developed in accordance with the course director, ensures a major continuity and homogeneity of lessons. In fact, as we have already said, the Centre is constantly in the need of a more integrated training approach.

The evaluation system

It is based on multiple evaluation instruments explained in details as follows:

Perceived effectiveness and product evaluation

"To evaluate a training activity means, to appreciate its value, and its quality" (P. L. Amietta, F. Amietta, 1996), more generally speaking "to evaluate means to collocate objects on a value scale in order to decide" (we refer to 'objects' in a logical sense therefore meaning also immaterial objects). It is interesting to note that the final aim of evaluation, the only thing that justifies it, is the one of giving useful elements to decision making: "if the evaluation is isolated from the decision making process it loses all meaning" (Holland). Evaluation, as an integral part of the decision process, implies selection of objects (criteria, indicators, scales, standards), data collection, judgement formulation and decision making. All this on the basis of values, culture, models and hypothesis, but above all, on the objectives of the person in charge of the evaluation and decisions" (S. Beccastrini, A. Gardini, S. Tonelli, 2001).

The quotations help to introduce CEFPAS' experience in the evaluation field, because the "objectives" of the evaluation depend directly on the theory that is tinged by the entire process. As we have already said, the training activity of the Centre has been constantly

working towards interactive methodologies based on learning which are particularly indicated for adult training. Courses are characterized by the exploitation of participants' active commitment, by the reference to training objectives defined in relationship to participants' needs and by the use of experiential group work. Another relevant aspect of the used methodology is the effort towards the participants' working experience, which is a "resource" for the construction of the training path.

It is important to underline that CEFPAS' main evaluation system experimentation field is represented by its residential activities. The development of the system and the use of "results", in terms of decisional judgements is, therefore, in some way conditioned by this application area. Some instruments are at this moment, in an experimental phase for the impact evaluation, and some experimentation related to In House activities are under way. We must underline, however, as sustained by several authors among which Quaglino and Carrozzi (1998), that it is difficult, if not impossible, to carry out a real impact evaluation, intended as a stable organization change. In this sense, we think that short steps and clear policy on the limits and difficulties of this kind of evaluation with customer organizations should be imposed.

The classes of the "objects" subjected to evaluation by the Centre are: the project, the process, the trainers, the participants, and the impact.

The process and result evaluation of training activities is for the Centre a constant commitment that has led to include these issues in the ISO 9001 system, through the construction of procedures and grids, ad hoc, in particular for the evaluation of project or for the entire training process.

The most important steps, regarding evaluation results in terms of the training process, satisfaction and learning are:

- The satisfaction evaluation (1997);
- The final questionnaire data feedback at the end of the course (1999);
- The ISO 9001 evaluation procedures (2000);
- The learning evaluation (2001);
- The interwoven evaluation: trainer-participant-person responsible for the course (2001);
- The impact evaluation (2002 In House).

Main courses evaluation is based on entry and final questionnaire results. The latter questionnaire is articulated in 12 closed and 3 open questions. The former, in great part, ask for an expression of one's satisfaction/dissatisfaction on various course aspects (utility, single objective achievement, etc.) giving a score to each answer. The elaboration related to these items is done according to a satisfaction index that weighs the different modalities relating them to 100 and that can assume values between 25 and 100.

The open questions investigate those issues, which gave rise to major or minor interest and ask to formulate observation or/and give suggestions. It is also requested to indicate proposals for new training activities, even if they have no connection to the course attended. This last aspect has shown its utility, because after examination of the survey it is possible to obtain data on individual training needs.

The elaboration of final questionnaires was, till 1998, carried out after the closing of the course and the results were available after a few days/weeks. Since 1999, in the CEFPAS' CQI framework, questionnaires are elaborated before the beginning of the last session of the course. Their elaboration is carried out in the next two hours by the secretariat positioned next to the classroom. Then, the results are reported on transparencies and are illustrated to the participants at the end of the course and they are also commented on by the CEFPAS' staff.

The explored area belongs to the evaluation of the initiative and to the general evaluation of satisfaction. This kind of evaluation (even if the questions are particularly aimed at the utility of learning and at the specific objectives that the activity wants to achieve), maintains a certain degree of superficiality and a few biased opinions are registered with regard to the overall feeling in the classroom and the degree of open-mindedness on the part of the trainers. The usefulness, however, also in the consciousness of the above mentioned limits, remains and it is strengthened by the discussion in the classroom when the CEFPAS person responsible for the course introduces the questionnaire data. The comparison initiated by the feedback, particularly stimulated when data coming from the "opened" part are illustrated, leads to that "qualitative contamination" that will be later reported in the final report of the activity.

The trainer Also fills in an evaluation questionnaire regarding: participants, classroom environment, methodology, and self evaluation of his/her performance. The course director elaborates a similar questionnaire.

Learning evaluation

The training evaluation fields include: the intellectual, the manual and the relational ones. The learning consequent to the training activity should be linked to a "change" of competencies in the different fields. Training events (courses, seminars, modules, etc.) have the aim of improving and widening the participants' competencies in the terms indicated by the learning objectives. The level of achievement of such objectives constitutes, therefore, a fundamental criterion to verify and to measure the training activity effectiveness.

In line with the main ministerial regulations, as far as continuous training is concerned, CEFPAS has also developed a learning evaluation system that since 2001 has been extended to all the initiatives that last at least two days. The test is carried out by administering a verifying questionnaire about the knowledge related to the course learning objectives possessed by the participants at the beginning (entry test) and at the end (exit test) of the training intervention. The exit questionnaire is elaborated at the end of the last but one session. Related data are loaded and tabulated in less than two hours and at the end of the course. The person responsible for it illustrates, in synthesis, the results, together with those of the satisfaction area discussed above.

The evaluation is anonymous. In order to allow the relationship between entry and exit tests, each participant is identified by using a pseudonym of his/her own choice. The evaluation of training effectiveness is of great importance for all actors involved in a training intervention.

This evaluation offers at least:

- To the training institution and, in this specific case, to CEFPAS, a basically "objective" measure of the degree of the objectives' achievement (and, when requested, a referring criterion for the public certification of the course results);
- To trainers a reference criterion to evaluate the effectiveness of one's own work;
- To the participants – a measure of the used investment value (in terms of commitment, time and money).

Furthermore, in CEFPAS' experience, the evaluation of learning through the comparison between entry and exit tests has turned out to be very useful for the following reasons:

- The execution of the entry test helps the participants to gather ideas on what they already know about the contents of the course (previous knowledge activation);
- The entry test results on helping the trainer to modulate the contents and the training activities at the participants' initial level;
- To be exposed to an exit test is to many participants a motivating factor (the results of a verification of what one has learnt, a challenge to oneself or a mere curiosity);
- The presentation and discussion of the right answers after the exit test represents a moment of confirmation and strengthening of the acquired knowledge and competencies;
- When possible, a discussion of the results of the two tests give the participants and the trainers useful information to identify possible strengthening or/and improvement routes for the starting up of the course.

At present, the Centre is developing an evaluation system according to 5 main principles:

1. To experiment and implement an impact evaluation, after an interval of time, at least for longer courses, masters in particular;
2. To widen the use of evaluations through practical tests, which are already used in several activities, above all in the clinical area;
3. To elaborate qualitative evaluation systems for comparison with the quantitative of satisfaction and of learning;
4. To computerise those phases that are still manually treated, as for example, the loading of questionnaires and also their elaboration (through televote systems);
5. To compare, through "triangulation" analysis, the data that have come to light from trainer, person responsible for the course and participant evaluations.

Conclusions

Training is considered nowadays as the most effective growth engine of all business organizations, also of those belonging to the health sector.

Its main finality is that of developing human resources on a professional and relational basis, and of contributing to the achievement of their objectives; and to those of the organization, increasing consensus and motivation, reducing conflict and giving the instruments and methods of producing better results. Permanent training must be intended as a continuous learning process both of the individual and the organization. Actually, a human

being has an innate tendency to learn during his/her whole life. The experience that a man matures during his growth is exploited through active training and it is enriched by exchanging shared experiences on a theoretical and, above all, practical level. Learning leads a person towards the adoption of new behaviours and consequent changes both of a personal and organizational kind. In general, human beings decide their own change, and training is the main mean to carry it out; organization should facilitate their continuous evolution.

But the training added value, particularly that of an experiential kind, that means when the operator with his learning needs to become the focal point of the training act – when training becomes action – is that of offering instruments and methods applied to every day operative problem solving.

The last benefit of this kind of training is the operator's empowerment of the operator, who becomes a real actor of sustainable development and a continuous improvement engine of services which he offers to the population.

In the health service sector, the permanent and continuous personnel's training represents today, the recognition of a right/duty of the operator, according to the national laws about the ECM that establishes the obligation of the whole health personnel's training.

The real challenge of the health training world, at this moment of the demand boom, is linked to the willingness and to the ability of the providers to produce high quality training activities, evaluated in a strict and systematic way. In order to avoid the emission into the market of those doubtful quality training activities by scarcely accredited and qualified institutions, it is necessary to adopt a unique and measurable value system; a system managed in a irrefutable way, because if the quality is expensive, non-quality is much more expensive.

In six intense years of training activity, CEFPAS has developed and validated approaches, methods, instruments and capabilities of very high quality whose value is known also at international level. In order to carry out its strategic activities, the Centre has relied upon an extraordinary group of people. As a matter of fact, its greatest wealth is not the huge structure it is endowed with, but its staff who know they are an active part of a "small big" dream that blends efficacy and efficiency to the public nature of the Centre; that is to demonstrate that it is possible to have the coexistence of enthusiasm, scientific rigor, method, ethics, creativity, far-sightedness, and courtesy in the working out of important and qualifying training activities. These are the ingredients used to perform CEFPAS' training programs and the results are very much appreciated, as testified by thousands of participants and trainers evaluations.

At this moment of strong growth in the training universe and in the health care field, CEFPAS is, therefore, a meeting and development point of well qualified competencies for an effective empowerment of trainers, trainees and all people who make training become the reason for working and living.

Bibliography

AA.VV., **IL CEFPAS cinque anni dopo, rapporto dal 1996 al 2000**, CEFPAS, Caltanissetta, 2001.
http://www.cefpas.it/rapporto_attività.htm

AMIETTA P.L., AMIETTA F., **Valutare la formazione**, Edizioni Unicopli, 1998.

BECCASTRINI S., GARDINI A., TONELLI S., **Piccolo dizionario della qualità**, Centro Scientifico Ed., Torino, 2001.

DE GEUS A.P., **Planning as learning**, Harvard Business Review, n.2, 1988.

KNOWLES M., **Quando l'adulto impara. Pedagogia e andragogia** AIF, FrancoAngeli, Milano, 1997.

QUAGLINO G. P., CARROZZI G.P., **Il processo formazione. Dall'analisi dei bisogni alla valutazione dei risultati**, FrancoAngeli, Milano, 1998.

QUAGLINO G.P., **Fare formazione** il Mulino, Bologna, 1985.

ROTONDI M., **Facilitare l'apprendere. Modi e percorsi per una formazione di qualità** AIF, FrancoAngeli, Milano, 2000.

Roberto Passos Nogueira

Núcleo de Estudos de Saúde Pública
Centro de Estudos Avançados Multidisciplinares
Universidade de Brasília, Brasil

Resultado do Estudo de Avaliação de Tendências e Prioridades sobre Recursos Humanos em Saúde

Introdução

É crescente o consenso entre gestores e trabalhadores do SUS, em todas as esferas de governo, que a formação, o desempenho e a gestão dos recursos humanos afetam profundamente a qualidade dos serviços prestados e o grau de satisfação dos usuários. Vem-se difundindo a noção de que os recursos humanos representam a chave fundamental para alavancar uma boa gestão de saúde, mas acompanhada do sentimento de que apenas pequena parte dos problemas, hoje existentes neste campo, é suscetível de resolução, por meio de iniciativas que dependam somente das decisões dos gestores e dos esforços ou da dedicação dos trabalhadores.

A maior parte dos problemas atuais parece decorrer de importantes mudanças ocorridas, ao longo da última década, na economia nacional, na administração pública e nas formas sociais do trabalho, bem como nas políticas que se relacionam com trabalho, educação e finanças públicas. São mudanças que criam novas realidades administrativas e desafios políticos, tais como, os representados pelo trabalho flexível e informal, ou ainda, pela necessidade de formação de trabalhadores com níveis mais elevados de educação geral e de qualificação profissional. Não menos importantes, têm sido as políticas que incidem sobre o controle financeiro dos gastos e a gestão do aparato de Estado.

Se for verdade que a problemática dos recursos humanos em saúde ganha mais visibilidade nas políticas de saúde e sua complexidade é reconhecida, pode-se afirmar, no entanto, que tanto os gestores quanto os trabalhadores do SUS não têm tido tempo e oportunidade para refletir com profundidade sobre o conjunto de questões aí envolvidas e suas conseqüências. Não que falem diagnósticos da situação. Acontece que os diagnósticos existentes estão feitos, em geral, na linguagem dos técnicos da área, expressando uma visão localista dos problemas e imediatista da política.

O Ministério da Saúde e a Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde, neste trabalho conjunto, partiram da idéia de que falta um diagnóstico que expresse a visão de

conjunto dos gestores e dos trabalhadores, tratando das questões de recursos humanos de saúde de maneira coerente e articulada, e, ademais, em âmbito nacional. Tal diagnóstico não pode limitar-se a problemas identificados circunstancialmente, mas deve abranger *tendências*, ou seja, incluir não só o que os gestores e os trabalhadores vêem acontecer hoje, mas o que prevêem acontecer no futuro; e deve abranger *prioridades*, ou seja, precisar os alvos a que se devem dirigir as políticas nessa área. Ficou claro, desde o início, que seria interessante cotejar as opiniões dos gestores com a dos trabalhadores, procurando identificar pontos convergentes e divergentes.

O inquérito, cujos resultados apresentamos aqui, pretendeu, nesse sentido, fazer um balanço dessas tendências e prioridades de ação, que pudesse ser de valia para o esclarecimento da estratégia de condução nacional das políticas de recursos humanos de saúde, revestindo-se, por certo, de particular interesse para o Ministério da Saúde. Para permitir uma expressão objetivamente avaliada da opinião de um grande número de gestores e de seu contraponto, os trabalhadores, a abordagem requereu o uso de um instrumento de inquérito previamente preparado, contendo: a) um *cenário*, por meio de um breve esboço descritivo do que vem acontecendo ou de prioridades possíveis no que se refere à questão em pauta; e b) respostas programadas que forneceram *alternativas de avaliação das tendências* ou *alternativas de avaliação das prioridades políticas*, suscetíveis de um tratamento estatístico e analítico apropriado.

Assim configurado, o inquérito realizado guarda semelhança com o chamado método *DELPHI* de avaliação prospectiva. O método *DELPHI*, como se sabe, enfoca a avaliação consensual de tendências por parte dos peritos de uma determinada área de saber técnico ou sociológico. Mas existem algumas diferenças importantes introduzidas pelo projeto aqui proposto. A primeira delas é que na metodologia *DELPHI* procede-se por rodadas sucessivas de inquérito ou de debate em grupos de especialistas, de tal modo a estreitar a gama de definições dadas e firmar consensos, que são buscados ativamente. No atual projeto, operou-se com um só momento de coleta de opinião, buscando fazer com que as referências conceituais sejam mais homogêneas (através dos cenários descritivos), no entanto, a discrepância entre as opiniões emitidas é tida como previsível e natural. Nesse sentido, este projeto de avaliação aproxima-se mais daquilo que tem sido chamado “*DELPHI* político”, que pressupõe um grau maior de subjetividade e de conflito entre os pontos de vista emitidos, porque a divergência é instituída justamente pelo caráter político das questões examinadas.

As questões de recursos humanos postas para julgamento trataram basicamente da política de gestão do trabalho no SUS, e fizeram parte de um único formulário aplicado a dois grupos: a) 73 gestores municipais do SUS, membros do CONARES, que atuam como conselho de assessores do CONASEMS; e b) 80 representantes dos trabalhadores, por meio de dirigentes de sindicatos, conselhos profissionais e associações de classe. A aplicação do formulário junto aos gestores foi realizada pela estação de trabalho do NESCON, que recolheu as respostas por telefone e correio eletrônico; e junto aos representantes dos trabalhadores foi realizada pelo conjunto das estações da Rede Observatório de Recursos Humanos de Saúde.

No desenho do instrumento, a coordenação do estudo procurou tirar partido dos conhecimentos obtidos em experiência anterior de aplicação de estudo *DELPHI*, pela equipe de Piola e colaboradores, do IPEA. O ponto de partida foi o componente de recursos humanos usado nesse inquérito (ver anexo) que se aplicou numa avaliação de tendências de todo o sistema de saúde brasileiro. Na definição das questões que compõem o inquérito participaram as dez estações da Rede Observatório de Recursos Humanos de Saúde, com sugestões que foram analisadas e consolidadas pela equipe de coordenação e assessoria. O formulário ficou composto por 11 questões de tendências e 5 questões de prioridades. Os esclarecimentos dados para cada um dos tipos de questões foram os seguintes:

Tendências: aquilo que você acha que, com maior ou menor probabilidade, ACONTECERÁ nos próximos 10 (dez) anos devido a fatores sociais, econômicos e políticos que influenciam a estrutura e organização do Sistema Único de Saúde.

Diretrizes: iniciativas que você acha que DEVEM SER TOMADAS nos próximos 10 (dez) anos através de políticas específicas adotadas pelos gestores do Sistema Único de Saúde.

Análise dos resultados

Tendências

1. Ao longo da década de 1990, as relações informais de emprego, ou seja, as que não cumprem a lei no que se refere aos direitos sociais e trabalhistas, tornaram-se bastante generalizadas em todos os setores do mercado de trabalho brasileiro. Diversas pesquisas mostram que também no SUS proliferaram os contratos informais ou precários de trabalho. Nessas condições, os empregadores não pagam os encargos sociais de sua responsabilidade nem recolhem o que deveriam descontar de seus empregados, deixando de assegurar a estes, portanto, direitos como férias, FGTS, licenças, décimo-terceiro salário, aposentadoria. Você considera que, dentro dos próximos dez anos, a proporção de trabalhadores do SUS em condições de informalidade:

| Opção | Grupo | | Total (%) |
|-----------------------|--------------|-------------------|--------------|
| | Gestores (%) | Trabalhadores (%) | |
| Será menor | 44,4 | 41,3 | 42,8 |
| Permanecerá como está | 2,8 | 2,5 | 2,6 |
| Aumentará um pouco | 31,9 | 18,8 | 25,0 |
| Aumentará bastante | 20,8 | 37,5 | 29,6 |
| Total | 100,0 | 100,0 | 100,0 |

Análise. Quase ninguém nos dois grupos acredita que a situação da informalidade do trabalho continuará como está, portanto, os dois grupos concordam quanto à tendência de mudança da situação atual para uma menor ou maior informalidade. Em proporção muito semelhante (41,3% e 44,4%), os dois grupos opinam que a tendência dar-se-á no sentido da diminuição da informalidade. E mais de 50% dos dois grupos acreditam que ela aumentará, havendo uma diferença marcante de opinião quanto ao grau de aumento: uma parte maior dos gestores (31,9%) acha que aumentará apenas um pouco enquanto que uma parte maior dos trabalhadores (37,5%) acha que aumentará bastante. Portanto, conclui-se que a avaliação aponta para: a) uma tendência discretamente maior de aumento da informalidade segundo a opinião dos dois grupos; e b) uma expectativa mais negativa dos trabalhadores quanto ao crescimento da informalidade do trabalho no SUS, ou seja, eles esperam um aumento da “desregulação”.

2. A terceirização de mão de obra por entidades sem fins lucrativos tem sido adotada pelos gestores do SUS para facilitar a expansão da força de trabalho da sua rede assistencial e, especialmente, do Programa Saúde da Família. Alguns gestores do SUS consideram este modelo eficiente e flexível. Você considera que a terceirização através de entidades sem fins lucrativos no futuro será:

| Opção | Grupo | | Total (%) |
|----------------------------|--------------|-------------------|-----------|
| | Gestores (%) | Trabalhadores (%) | |
| Menos utilizada | 21,9 | 35,0 | 28,8 |
| Mantida na proporção atual | 8,2 | 8,8 | 8,5 |
| Um pouco mais expandida | 32,9 | 30,0 | 31,4 |
| Bastante expandida | 37,0 | 26,3 | 31,4 |
| Total | 100,0 | 100,0 | 100,0 |

Análise. A maioria dos membros dos dois grupos (69,9% dos gestores e 56,3% dos trabalhadores, 62,8% no total) acredita que a terceirização por entidades sem fins lucrativos irá ser expandida. Por outro lado, 35% dos trabalhadores contra 21,9% dos gestores acreditam que essa forma de terceirização será menos utilizada no futuro. Conclui-se, portanto, que a avaliação aponta para: a) um aumento dessa forma de terceirização; b) os gestores, mais que os trabalhadores, esperam sua expansão. Neste sentido, os resultados parecem confirmar a hipótese de que boa parte dos gestores considera que as entidades sem fins lucrativos são parceiras eficientes e que permitem arranjos administrativos flexíveis no SUS.

3. Alguns economistas consideram que o principal estímulo para a difusão da informalidade das relações de trabalho no Brasil é o alto custo dos encargos sociais e trabalhistas pagos pelos empregadores, que alcança, segundo cálculos diferentes, 60 a 100% da folha de salário. Atualmente estão em discussão propostas de políticas que visam a reduzir os custos

do trabalho no Brasil. Você considera que a redução dos custos com encargos sociais e trabalhistas ajudaria a reduzir o grau de informalidade das relações de trabalho no SUS?

| Opção | Grupo | | Total (%) |
|-------------------|--------------|-------------------|--------------|
| | Gestores (%) | Trabalhadores (%) | |
| Não | 4,1 | 16,3 | 10,5 |
| Pouco provável | 11,0 | 32,5 | 22,2 |
| Bastante provável | 26,0 | 15,0 | 20,3 |
| Sim | 58,9 | 36,3 | 47,1 |
| Total | 100,0 | 100,0 | 100,0 |

Análise. A grande maioria dos gestores entende que a redução dos custos com encargos sociais e trabalhistas ajudaria a diminuir a informalidade do trabalho no SUS (84,9% das opiniões emitidas, divididas entre bastante provável e sim). Enquanto isso, apenas 51,3% dos trabalhadores interpretam desse modo. Portanto, tomados os dois grupos juntos, existe um juízo de que a informalidade está influenciada pelos custos indiretos do trabalho no Brasil, sendo esta opinião sustentada principalmente pelos gestores. A grande discrepância de visão entre os dois grupos é confirmada estatisticamente pelo teste do chi-quadrado que alcançou um valor de cerca de 20 pontos.

4. Para atender à demanda por médicos, incluindo anestesistas e outros especialistas, os gestores têm feito a contratação de entidades privadas para trabalharem na rede do SUS. Na sua opinião, qual das entidades abaixo será a forma que terá maior crescimento nos próximos dez anos:

| Opção | Grupo | | Total (%) |
|--------------------|--------------|-------------------|--------------|
| | Gestores (%) | Trabalhadores (%) | |
| Cooperativas | 45,2 | 52,5 | 49,0 |
| Empresas médicas | 9,6 | 16,3 | 13,1 |
| Grupos médicos | 5,5 | 6,3 | 5,9 |
| Fundações de apoio | 23,3 | 18,8 | 20,9 |
| Outras formas | 16,4 | 6,3 | 11,1 |
| Total | 100,0 | 100,0 | 100,0 |

Análise. 45,2% dos gestores e 52,5% dos trabalhadores indicaram a cooperativa como a entidade que terá mais crescimento na terceirização de médicos para o SUS. As fundações de apoio e as empresas ocupam, respectivamente, o segundo e o terceiro lugares. Já que nas cooperativas, os médicos caracterizam-se como profissionais por conta própria, a interpretação que pode ser dada a esse resultado é que ambos os grupos entendem que os médicos continuarão a pressionar o SUS na busca de formas de inserção que preservem um relativo estatuto de autonomia.

5. A Emenda Constitucional 19 estabeleceu duas formas de vinculação do servidor público a um órgão de Estado: o regime estatutário e o regime celetista. O governo federal tem preconizado que a condição estatutária seja exclusiva das carreiras essenciais de Estado (Tesouro, Judiciário, Defesa e Segurança Pública, Diplomacia). Para as demais áreas, inclusive saúde e educação, a força de trabalho deveria ser composta por empregados públicos celetistas. Você acha que essa política será amplamente posta em prática no futuro, em todos os níveis de governo, impondo mudanças nas formas de vinculação de servidores públicos ao SUS?

| Opção | Grupo | | Total (%) |
|-------------------|--------------|-------------------|--------------|
| | Gestores (%) | Trabalhadores (%) | |
| Não | 16,4 | 26,3 | 21,6 |
| Pouco provável | 31,5 | 26,3 | 28,8 |
| Bastante provável | 34,2 | 31,3 | 32,7 |
| Sim | 17,8 | 16,3 | 17,0 |
| Total | 100,0 | 100,0 | 100,0 |

Análise. Essa é uma tendência que aparece indefinida com base na opinião de ambos os grupos, quando se compara, de um lado, a soma de “não” e “pouco provável” com a soma de “sim” e “bastante provável”. As opiniões estão divididas meio a meio no total dos dois grupos (50,4%); mas há uma discreta diferença entre trabalhadores e gestores, sendo que estes consideram mais provável a adoção da política. Como se trata de uma diferença pouco marcante, a conclusão é que os dois grupos encontram dificuldade em predizer se essa política será posta em prática no futuro.

6. Na década de 1990, poucos foram os concursos públicos feitos para admissão de novos servidores para os quadros das instituições de governo no âmbito do SUS. O Ministério Público e outros órgãos de fiscalização, tais como os tribunais de contas, vêm pressionando o poder executivo dos municípios para que somente admitam novos contingentes de trabalhadores obedecendo às normas constitucionais do concurso público. Você considera que nos próximos anos a via principal de acesso para a entrada de novos trabalhadores no SUS será:

| Opção | Grupo | | Total (%) |
|-----------------------------------|--------------|-------------------|--------------|
| | Gestores (%) | Trabalhadores (%) | |
| Concurso público | 54,8 | 60,0 | 57,5 |
| Terceirização | 32,9 | 21,3 | 26,8 |
| Contratos temporários e precários | 4,1 | 12,5 | 8,5 |
| Outras alternativas | 8,2 | 6,3 | 7,2 |
| Total | 100,0 | 100,0 | 100,0 |

Análise. O concurso público (57,5% no total) é claramente assinalado pela maioria como a via principal que será adotada para a expansão dos quadros de pessoal no SUS, aparecendo em segundo lugar a terceirização (26,8% no total). Os gestores em maior proporção (32,9% contra 21,3%) previram a expansão da terceirização e os trabalhadores em maior proporção (12,5% contra 4,1%) indicaram a possibilidade de expansão das formas precárias e temporárias. Esses resultados parecem compatíveis com os da questão 1 e indicam que haverá um processo de expansão regulamentada de pessoal através do ingresso por concurso e vinculação como servidor público, mas continuarão a ser usados os vínculos indiretos terceirizados e os precários/informais.

7. Nos últimos anos, uma repetida reivindicação das entidades que representam os servidores públicos em geral e os da saúde em particular tem sido a organização ou reorganização dos planos de carreira em todos os níveis de governo. No entanto, até agora fortes restrições administrativas e fiscais têm dificultado que este objetivo seja alcançado não só na área federal como nas demais esferas de gestão do SUS. No seu entendimento, no horizonte de tempo previsto para este estudo, será desenvolvida no SUS uma política de recursos humanos que destaque a estruturação das carreiras não apenas na administração central do Ministério e das secretarias estaduais e municipais de saúde, mas também de todo o pessoal da rede oficial de prestação direta de serviços de saúde?

| Opção | Grupo | | Total (%) |
|-------------------|--------------|-------------------|--------------|
| | Gestores (%) | Trabalhadores (%) | |
| Não | 9,6 | 6,3 | 7,8 |
| Pouco provável | 58,9 | 38,8 | 48,4 |
| Bastante provável | 21,9 | 28,8 | 25,5 |
| Sim | 9,6 | 26,3 | 18,3 |
| Total | 100,0 | 100,0 | 100,0 |

Análise. A soma dos dois grupos não permite definir uma clara tendência quanto à perspectiva de estruturação de carreiras. Uma discreta maioria (55,2%) acha que não haverá ou é pouco provável que haja esse processo. Mas há uma saliente discrepância de opinião entre os dois grupos: 55,1% dos trabalhadores consideram que haverá ou é bastante provável que haja essa estruturação de carreiras, enquanto apenas 31,5% dos gestores pensam deste modo. Assim, os trabalhadores mostram-se mais otimistas quanto às iniciativas futuras de organização de carreiras no SUS. Neste caso, o teste do chi-quadrado mostrou um valor significativo de 10 pontos, evidenciando que as diferenças entre os dois grupos são significativas.

8. O regime de 40 horas semanais para os médicos ainda é pouco adotado no SUS exceto no Programa Saúde da Família e, acompanhado de exigência de dedicação exclusiva, na rede SARA. Na sua opinião, no futuro, a proporção de médicos trabalhando em regime de 40 horas nas outras unidades do SUS aumentará em escala significativa?

| Opção | Grupo | | Total (%) |
|-------------------|--------------|-------------------|--------------|
| | Gestores (%) | Trabalhadores (%) | |
| Não | 23,3 | 22,5 | 22,9 |
| Pouco provável | 46,6 | 51,3 | 49,0 |
| Bastante provável | 15,1 | 13,8 | 14,4 |
| Sim | 15,1 | 12,5 | 13,7 |
| Total | 100,0 | 100,0 | 100,0 |

Análise. Há uma concordância relativamente ampla de que o regime de 40 horas não aumentará de forma significativa nas unidades do SUS que não pertencem ao PSF (71,9% no total). As opiniões emitidas pelos dois grupos não mostram diferenças importantes a esse respeito. Portanto, tanto os trabalhadores quanto os gestores entendem que a situação atual, marcada pelo predomínio do regime de tempo parcial deverá persistir.

9. Os processos de negociação entre gestores e trabalhadores, incluindo o estabelecimento de mesas permanentes para esse fim ainda não se impuseram como instrumentos efetivos para a gestão do trabalho nas três esferas do SUS. Prevalecem, neste campo, resistências e dificuldades fiscais, políticas e jurídicas que limitam em muito o alcance dos acordos coletivos dos servidores públicos com seus gestores. Você visualiza que esses obstáculos serão removidos de tal modo que a negociação progressivamente passe a ser aceita e praticada na maioria dos órgãos de Estado do SUS?

| Opção | Grupo | | Total (%) |
|-------------------|--------------|-------------------|--------------|
| | Gestores (%) | Trabalhadores (%) | |
| Não | 12,3 | 8,8 | 10,5 |
| Pouco provável | 56,2 | 36,3 | 45,8 |
| Bastante provável | 26,0 | 32,5 | 29,4 |
| Sim | 5,5 | 22,5 | 14,4 |
| Total | 100,0 | 100,0 | 100,0 |

Análise. Os dois grupos divergem significativamente acerca desse ponto. Os gestores majoritariamente acham que não haverá ou é pouco provável que haja adoção completa da negociação coletiva no SUS (68,5%). Os trabalhadores estão mais divididos, embora a maioria (55%) ache que haverá ou é bastante provável a adoção da política de negociação (chi-quadrado em torno de 10 pontos).

10. De acordo com novas concepções que presidem o desenvolvimento das carreiras no serviço público, a avaliação de desempenho dos servidores é tida como um instrumento imprescindível para elevar a produtividade e a qualidade dos serviços prestados aos cidadãos, embora seja freqüentemente acusada de ser um ritual burocrático a mais, sem nenhum impacto efetivo sobre o trabalho dos servidores. Você acha a avaliação de desempenho será adotada amplamente nos próximos anos no SUS?

| Opção | Grupo | | Total (%) |
|-------------------|--------------|-------------------|--------------|
| | Gestores (%) | Trabalhadores (%) | |
| Não | 4,1 | 10,0 | 7,2 |
| Pouco provável | 31,5 | 20,0 | 25,5 |
| Bastante provável | 37,0 | 37,5 | 37,3 |
| Sim | 27,4 | 32,5 | 30,1 |
| Total | 100,0 | 100,0 | 100,0 |

Análise. A maioria dos membros dos dois grupos (67,4%) considera que a avaliação de desempenho será adotada ou é bastante provável que seja adotada na gestão de pessoal do SUS. Não há diferenças importantes de posicionamento dos dois grupos quanto a essa questão.

11. As universidades públicas têm participado, nos últimos anos, de iniciativas de educação continuada do pessoal do SUS, por exemplo, através do envolvimento nos pólos de capacitação do PSF. No entanto, a continuidade e a dimensão desse envolvimento das universidades têm sido muito variadas. Na sua opinião, a participação e o compromisso das universidades com a formação e a qualificação de pessoal para o SUS tenderão a crescer substancialmente nos próximos 10 anos?

| Opção | Grupo | | Total (%) |
|-------------------|--------------|-------------------|--------------|
| | Gestores (%) | Trabalhadores (%) | |
| Não | 1,4 | 3,8 | 2,6 |
| Pouco provável | 6,8 | 12,5 | 9,8 |
| Bastante provável | 45,2 | 37,5 | 41,2 |
| Sim | 46,6 | 46,3 | 46,4 |
| Total | 100,0 | 100,0 | 100,0 |

Análise. A absoluta maioria (87,6%) dos membros dos dois grupos considera que a participação e o compromisso das universidades nos processos educacionais para o SUS deverão crescer ou provavelmente crescerão futuramente. Não há diferenças significativas entre os dois grupos.

Análise dos resultados

Prioridades

1. As necessidades de profissionais médicos do SUS deveriam ser atendidas:

1.1. Nos hospitais e serviços especializados:

| Opção | Grupo | | Total (%) |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|-------------------|--------------|
| | Gestores (%) | Trabalhadores (%) | |
| Exclusivamente pela forma direta de vinculação, como servidor celetista | 12,5 | 11,3 | 11,8 |
| Exclusivamente pela forma direta de vinculação, como servidor estatutário | 8,3 | 47,5 | 28,9 |
| Predominantemente pelas formas indiretas de vinculação, desde que sejam atendidos os direitos do trabalhador | 13,9 | 8,8 | 11,2 |
| Por meio de uma composição entre servidores estatutários, celetistas e formas indiretas de vinculação | 23,6 | 17,5 | 20,4 |
| Por qualquer forma de vinculação desde que sejam satisfeitas as necessidades de atendimento da população | 41,7 | 15,0 | 27,6 |
| Total | 100,0 | 100,0 | 100,0 |

Análise. Há diferenças muito significativas entre os dois grupos (teste do chi-quadrado ultrapassou 30 pontos). Os trabalhadores entendem que devem ser priorizadas as formas diretas de vinculação (CLT + estatutário = 58,8%). Já os gestores entendem que devem ser priorizadas formas variáveis de composição podendo ser realizadas através de qualquer forma de vinculação que atenda as necessidades dos usuários (41,7%) ou através de vínculos diretos e indiretos (23,6%). Em ambos os grupos, poucos entendem que as formas indiretas de vinculação devem ser as prioritárias.

1.2. No Programa Saúde da Família:

| Opção | Grupo | | Total (%) |
|---------------------------------------------------------------------------|--------------|-------------------|-----------|
| | Gestores (%) | Trabalhadores (%) | |
| Exclusivamente pela forma direta de vinculação, como servidor celetista | 18,1 | 18,8 | 18,4 |
| Exclusivamente pela forma direta de vinculação, como servidor estatutário | 13,9 | 45,0 | 30,3 |

| | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|--------------|--------------|
| Predominantemente pelas formas indiretas de vinculação, desde que sejam atendidos os direitos do trabalhador | 19,4 | 2,5 | 10,5 |
| Por meio de uma composição entre servidores estatutários, celetistas e formas indiretas de vinculação | 16,7 | 17,5 | 17,1 |
| Por qualquer forma de vinculação desde que sejam satisfeitas as necessidades de atendimento da população | 31,9 | 16,3 | 23,7 |
| Total | 100,0 | 100,0 | 100,0 |

Análise. Também neste caso registram-se diferenças muito significativas entre os dois grupos. Para o PSF, os trabalhadores entendem que devem ser priorizadas as formas diretas de vinculação (CLT + estatutário = 63,8%). Por sua vez, os gestores entendem que devem ser priorizadas formas variáveis de composição, podendo ser realizadas através de qualquer forma de vinculação que atenda as necessidades dos usuários (31,9%) ou através de vínculos diretos e indiretos (16,7%). Em ambos os grupos, poucos entendem que as formas indiretas de vinculação devem ser as prioritárias no PSF.

2. Quais devem ser os principais estímulos a serem usados para aumentar a produtividade do trabalho e o compromisso do pessoal na gestão do SUS - ordene as seguintes opções de 1 (menos importante) a 6 (mais importante) o peso de cada fator:

| Grupo | |
|------------------------|------------------------|
| Gestores | Trabalhadores |
| Negociação coletiva | Estabilidade |
| Estabilidade | Negociação coletiva |
| Educação continuada | Participação na gestão |
| Participação na gestão | Criação de carreiras |
| Criação de carreiras | Educação continuada |
| Melhoria salarial | Melhoria salarial |

Análise. Os resultados estão agrupados na tabela por ordem crescente de importância do fator considerado. Gestores e trabalhadores concordam em que a melhoria salarial é o elemento mais importante para estimular a produtividade e o compromisso com o trabalho. A criação de carreiras é vista como fator relevante pelos dois grupos (entre os gestores, no segundo lugar; entre os trabalhadores, em terceiro). Os trabalhadores destacam a educação continuada como segundo fator mais importante. Chama atenção o fato de que a negociação coletiva aparece em último lugar para os gestores e penúltimo para os trabalhadores.

3. A forma mais adequada de resolver o problema da vinculação institucional do Agente Comunitário de Saúde (ACS) é:

| Opção | Grupo | | Total (%) |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|-------------------|--------------|
| | Gestores (%) | Trabalhadores (%) | |
| Admitindo-o como servidor público | 19,2 | 37,7 | 28,7 |
| Contratando-o como trabalhador celetista de uma organização da comunidade | 15,1 | 11,7 | 13,3 |
| Contratando-o como trabalhador celetista de qualquer tipo de organização sem fins lucrativos | 20,5 | 11,7 | 16,0 |
| Por qualquer forma de vinculação, desde que se garanta a continuidade do seu trabalho e de sua remuneração | 13,7 | 6,5 | 10,0 |
| Contratando-o por qualquer forma de vinculação, desde que seus direitos de trabalhador assalariado sejam assegurados | 31,5 | 32,5 | 32,0 |
| Total | 100,0 | 100,0 | 100,0 |

Análise. Os trabalhadores em sua maioria expressam a opinião de que o ACS deve ser contratado como servidor (37,7% do grupo) ou por uma forma qualquer que assegure seus direitos (32,5%). Os gestores têm opinião mais dividida entre as várias opções, destacando a forma de contratação qualquer que garanta direitos; mas uma proporção bem menor mostra-se a favor da admissão como servidor. A opção de contratar através de organização da comunidade ou de um tipo qualquer de entidade sem fins lucrativos alcança 35,6% entre os gestores. Note-se que a contratação sem uma explícita garantia de direitos é a opção menos favorecida em ambos os grupos.

4. Para substituir os servidores federais cedidos aos estados e municípios os quais atualmente estão se aposentando:

| Opção | Grupo | | Total (%) |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|-------------------|-----------|
| | Gestores (%) | Trabalhadores (%) | |
| O governo federal deveria contratar novos servidores para repor os aposentados e cedê-los aos governos estaduais e municipais | 26,0 | 5,0 | 15,0 |
| As vagas deveriam ser preenchidas pelos estados e municípios, mas com base em política compensatória que conduzisse a uma gradual retirada do governo federal | 64,4 | 73,8 | 69,3 |

| | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|--------------|--------------|
| O governo federal nada tem a fazer porque não deve perpetuar sua participação na manutenção desse tipo de pessoal | 8,2 | 11,3 | 9,8 |
| Não estou seguro sobre como opinar/não conheço o assunto | 1,4 | 10,0 | 5,9 |
| Total | 100,0 | 100,0 | 100,0 |

Análise. A grande maioria dos trabalhadores e gestores (69,3% no conjunto) afirma que a melhor alternativa é adotar uma política compensatória gradual. No entanto, uma proporção maior de gestores (26% contra 5%) recomenda a contratação substitutiva pelo governo federal. Do total dos dois grupos, poucos (9,8%) acham que o governo federal não tem nada a fazer nessa situação.

5. Em relação à Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS (NOB/RH-SUS), proposta pelo Conselho Nacional de Saúde para auxiliar na regulação da gestão de todos os trabalhadores que participam do processo de trabalho no SUS, você opina que:

| Opção | Grupo | | Total (%) |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|-------------------|--------------|
| | Gestores (%) | Trabalhadores (%) | |
| É um instrumento potencialmente muito útil, mas que ainda precisa ser mais amplamente discutido e aperfeiçoado | 60,3 | 46,3 | 52,9 |
| Deve o mais rapidamente ser completado e posto em prática | 11,0 | 27,5 | 19,6 |
| É pouco útil porque a variabilidade das situações de gestão de recursos humanos não permite que haja uma aplicabilidade uniforme desse tipo de norma | 4,1 | 2,5 | 3,3 |
| Interfere com a autonomia do gestor do SUS ao determinar normas muito específicas e de amplitude nacional | 8,2 | 1,3 | 4,6 |
| Não estou seguro sobre como opinar/não conheço o assunto | 16,4 | 22,5 | 19,6 |
| Total | 100,0 | 100,0 | 100,0 |

Análise. A maioria dos gestores (60,3%) e uma proporção considerável dos trabalhadores (46,3%) julgam que a NOB/RH é útil, mas deve ser mais discutida e aperfeiçoada. Contudo, 27,5% dos trabalhadores acham que ela deve ser completada e logo posta em prática. A rejeição completa da proposta é mínima entre dois grupos (3,3% no total). Chama atenção o fato de que quase 20% do dois grupos não se sentiram seguros para opinar ou desconhecem a proposta.

Resultado do Estudo de Avaliação de Tendências e Prioridades sobre Recursos Humanos em Saúde**Promoção:**

Coordenação Geral da Política de Recursos Humanos, Secretaria de Políticas
- Ministério da Saúde

Apoio:

Organização Pan-Americana da Saúde

Coordenação do Estudo

Núcleo de Estudos de Saúde Pública/Centro de Estudos Avançados Multidisciplinares/
Universidade de Brasília - NESP/CEAM/UnB

Participantes Institucionais da Rede Observatório de Recursos Humanos de Saúde do Brasil

- Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais - NESCON/UFMG (Tele-entrevistas com gestores municipais de saúde e processamento de dados)
- Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva/Universidade Federal do Rio Grande do Norte - NESC/UFRN
- Escola de Saúde Pública da Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul - SES/RS
- Núcleo de Estudos de Recursos Humanos de Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública - NERHUS/ENSP/FIOCRUZ/Rio de Janeiro-RJ
- Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio da Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ/Rio de Janeiro-RJ
- Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro - IMS/UERJ
- Departamento de Saúde Coletiva do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães da Fundação Oswaldo Cruz - NESC/FIOCRUZ/Recife-PE
- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-SP
- Universidade Federal de Londrina-PR

Equipe de Coordenação e Assessoramento Técnico

Roberto Passos Nogueira - Coordenador Geral do Estudo e Secretário Adjunto da Rede
Valdemar de Almeida Rodrigues - Gerência
Sérgio Francisco Piola - Assessor Técnico
Solon Magalhães Vianna - Assessor Técnico
James Richard Silva Santos - Assessor de Estatística
Sábado Nicolau Girardi - Coordenação da Tele-Pesquisa junto aos Gestores

Orientação Geral e Acompanhamento

Paulo Henrique D'Ângelo Seixas - Ministério da Saúde
José Nogueira Paranaçuá de Santana - OPAS

Increasing Recruitment and Retention of Doctors in Rural and Remote Areas – Australia as a Case Study

Australia is usually seen as being a developed and industrialized nation. It has a deserved reputation as having a comprehensive health care system that ranks with the best in the world. There is a national health insurance scheme as the basis of an accessible private health system, which is combined with effective and efficient public hospitals. And yet there is a plethora of evidence to suggest that Australians living in rural and remote areas have poorer health status than their metropolitan counterparts, and that they receive inadequate health services^{1,2}.

The health status of rural Australians declines with distance from metropolitan and regional centres. Mortality rates are higher in rural areas, reflecting the higher proportion of Indigenous Australians in rural areas³. Rural Australians, when compared with metropolitan residents have:

- a higher rate of premature death from injury or accidents particularly among men;
- higher rates of road injuries and fatalities;
- higher mortality related to coronary heart disease, diabetes and asthma;
- higher rates of hospitalization and death from falls or burns among people over 65 years;
- in remote areas, higher incidence of low birth rate and infant mortality;
- lower incidence of early cancer detection;

¹ Australian Institute of Health and Welfare, 1998. AIHW Cat. No. PHE 6. Health in rural and remote Australia. Canberra: AIHW (available at www.aihw.gov.au).

² New South Wales Department of Health, 2000. Public Health Division. The health of the people of New South Wales, Report of the Chief Health Officer, NSW Department of Health, Sydney, 2000. (available at www.health.nsw.gov.au/research/).

³ Department of Health and Aged Care, 2001. The Australian Medical Workforce, Occasional Paper New Series No. 12, August 2001 (available at www.health.gov.au).

- among rural women, higher rates of obesity, higher alcohol intake in small rural centres and higher rates of smoking in remote areas;
- suicide, depression and other mental health problems, with suicide rates among men noticeably higher in rural areas compared with metropolitan areas.

The issues facing rural and remote communities and the challenges to all stakeholders to unite and improve the health condition of rural and remote Australians are many and complex. These issues include the supply and demand for, and retention of, the medical and health workforce, the provision of appropriate, equitable and accessible health services, the poorer health status of indigenous Australians and the imperative to underpin health service planning and delivery with a strategic population health approach.

Since the late 1980s, State and Commonwealth Governments have introduced a number of innovations to increase the rural medical workforce and to address the imbalance between the urban and rural workforce. These can be divided into long term strategies around undergraduate students and vocational training, medium term strategies focussing on retention of existing rural doctors and short term strategies encouraging recruitment of doctors to rural areas.

High School and Undergraduate Strategies

Strategies have been developed around both high school programmes and undergraduates focussing on two broad areas:

1. Rural origin students

There is compelling evidence, both from within Australia and internationally, that students of rural origin are more likely to return to rural areas as health professionals⁴. RDN research has nominated the impediments to rural students as “the Three Ms – Money, Marks and Motivation”⁵.

- Motivation – Many rural kids feel that they are not bright enough for health or medical careers. Strategies developed have aimed at giving high school students some early experience of University courses and mentoring from rural University students. This has been backed by information for school careers advisers;
- Marks – Selection for Medicine has been based on achieving exceptionally high scores in matriculation exams. Most medical schools have now moved to a mixture of academic capacity and other qualities, including rural background;

⁴ Laven G, Wilkinson D, Beilby J and Pratt N, 2002. Are medical students of rural origin more likely to become rural general practitioners, than students of urban origin? A national case-control study. In: Proceedings 5th WONCA World Conference on Rural Health, Melbourne, 30 April - 3 May, 2002.

⁵ Heaney S, 1998. Overcoming the 3Ms Marks-Money-Motivation: How can more secondary school students from rural and remote areas be encouraged to choose a career in rural and remote health care? NSW Rural Doctors Network Discussion Paper, Newcastle, August 1998. (available at www.nswrdn.com.au/site/rdn_papers.cfm)

- Money – A number of scholarships are described below.

Over the last 5 years the Australian Government has asked Universities to aim for 25% of their medical undergraduates having a rural background (up from around 10%). For most Universities this has been achieved.

2. Early Positive Experience – “Turning Heads”

With most health students not coming from a rural background there have been a number of strategies developed to promote early positive rural experience for students, hopefully leading to a vertical integration of studying, training and working. The evidence is much less compelling than for rural origin strategies, and has often not been corrected for bias by rural origin. Strategies have focussed around:

- Scholarships – Scholarships have taken many forms, from quite small scholarships requiring the student to spend two weeks in a rural community during their holidays to quite large scholarships with a requirement that the students spend a considerable number of years after graduation or vocational training in rural areas⁶. It is too early to evaluate most of them, but there is some evidence that NSW Cadets (administered by RDN) tend to remain rural for at least the early part of their career. RDN maintains a scholarships’ database linked to its website which has an up to date list of all scholarships that support rural students in all health disciplines – and as well scholarships that provide travel and accommodation subsidies for rural placements;
- Rural undergraduate experience – Again there has been a range of strategies implemented. These have included the requirement since 1994 for all medical undergraduates to spend at least six weeks in a rural placement. Over the last few years the Australian Government has funded a number of Rural Clinical Schools and other projects (eg the Riverlands Project)⁷ where selected students acquire a major part or the majority of their training in rural areas. The Government has also funded a number of University Departments of Rural Health, horizontally integrated across the health professions and with a focus on population health. These have all been predicated on a shift of teaching resources to rural areas;
- Rural Health Clubs – Clubs run within the Universities by students interested in rural careers. Rural Health Clubs are open to medical, nursing and allied health students, and form a basis for social and professional activities for these students and provide opportunities for mutual support.

Early Graduate and Vocational Training

In keeping with the concept of vertically integrated education and training, there have been a number of strategies to continue the rural focus into early post graduate years. These have included:

⁶ See www.nswrdn.com.au/scholarships/scholarships.cfm for information on current scholarships.

⁷ Parallel Rural Community Curriculum, www.flinders.edu.au.

- Compulsory six month rural terms for General Practice Trainees;
- Regionalization of the General Practice Training Programme;
- Rural Health Training Units based in regional centres which can form a local hub for vertically and horizontally integrated regionally based education;
- The formation by rural doctors of the Australian College of Rural and Remote Medicine.

Recruitment and Retention

The Australian and some State Governments have funded non government organizations broadly known as Rural Workforce Agencies (RWA) to increase recruitment and retention of rural doctors. The NSW Rural Doctors Network (RDN) is the oldest and largest of these, and the projects developed by RDN are usually mirrored in the other States. An initial focus on recruitment and retention reflected the 1987 evidence that suggested that the access to Continuing Medical Education and Locums were the main issues effecting rural doctors⁸. Since then there have been a number of strategies developed. In recruitment these have included:

Access to CME – Initially this focussed on Rural Refresher Weekends where doctors gathered for eclectic CME. An increase in locally available CME and in web and distance learning based CME has meant that while these have continued, the focus is as much on the networking as the education.

Relocation Grants – Most RWAs retain some form of relocation assistance for doctors moving to areas of workforce shortage. In the case of RDN this includes removalist costs plus a US\$ 1,000 disruption allowance. The benefit of the grants lies more in their signification that a new rural doctor is appreciated and welcoming to the rural “network” than in their monetary value.

Knowledge and Networking – The greatest and virtually immeasurable value of the RWAs has been their knowledge of the rural medical detail – the practices, the doctors, the towns and the epidemiologies. This has allowed them to adopt a “one stop shop” approach to recruitment where the RWA can match the incoming doctor with a community that has appropriate clinical, family, and practice opportunities.

The issues around retention and recruitment have become divergent over the years. By far the biggest issue in retention has become relationships between the doctor and colleagues, the local health authority and reasonable time off for leisure, family and study⁹. RWAs have had a major role in retention of rural doctors in administering programmes that:

- Distinguish between “trigger” events where intervention can overcome an immediate difficulty and a realistic desire and need for the doctor and the doctor’s family to move to another (often) more populated location;

⁸ Shehadie N, 1987. Report of the Committee of Enquiry into Services Provided by General Medical Practitioners to Country Public Hospitals. Sydney: New South Wales Department of Health, September, 1987.

⁹ Humphreys J, Jones M, Jones J and Mara P, 2002. Workforce retention in rural and remote Australia: determining the factors that influence length of practice. Medical Journal of Australia 176:472-476.

- Retention grants that acknowledge the increased costs for the doctor and family in achieving reasonable lifestyle choices, including leisure time, in rural areas;
- Direct and indirect provision of locums to allow reasonable time off for recreation and study;
- Rural medical family support, acknowledging that family issues are extremely important in keeping a doctor in a rural area. Examples of strategies developed by the NSW Rural Medical Family Network have included family friendly CME weekends, Computer education for doctors' families, spouse retraining grants and crisis assistance for doctors' families in times of sickness or death¹⁰;
- Allow mediation in times of conflict between colleagues or with local health authorities.

Perhaps, most important of all, is a more recent concentration on developing entities for practice management and employment that free the doctor from an administration burden and allow the doctor to concentrate on clinical activities. These include models of medical service that can also act as a platform for more complex and cohesive provision of primary health care in rural areas.

An example is the formation of Remote and Rural Medical Services by RDN in the remote North West of NSW. Conceptually based on Towards Unity for Health Principles, the formation of a local employment entity as a partnership between the community, Governments, local health authorities and health professionals has resulted in a large increase in doctors and medical services; it could also serve as a platform for a Primary Health Care team.

What is a Rural Workforce Agency?

Each of the RWAs is constituted as a private company. There is one in each of the six Australian States and one in the Northern Territory. Each receives funding from the Australian Government and most also receive funding from their State Government and from other sources. While they have the capacity to develop different projects and strategies in response to the great differences in workforce needs they have many principles in common.

1. In Australia there has been a clear distinction between rural medical organizations which advocate around industrial and political issues (the Rural Doctors Association) and those engaged in education and support (eg RDN). While it seems a small point, there has been an immense benefit in clarity of roles in relationship with government, with the industrial/political organizations seeking to influence policy direction, and the support agencies implementing and administering government programs. Needless to say, there is a primary partnership between the rural medical organisations.
2. A conceptual separation of **workforce planning** and **service planning** has helped in reducing duplication and inter organization tensions. Service planning remains the domain of locally based government health authorities. Planning for a workforce to meet the

¹⁰ www.rmfn.org.au

service needs, and facilitating the recruitment and retention of the workforce is largely done by RWAs.

3. Each of the RWAs has a data set of rural doctors that is both an operational and a planning tool. For example, RDN has an inter relational data base containing information about the 1,500 NSW rural doctors, their practices, their skills, working hours, town demographics and local organisations. This allows an unparalleled opportunity to analyse existing workforce characteristics and future trends. Identification of an ageing number of rural general practitioners who also practice anaesthetics and obstetrics has resulted in the creation of thirty new training positions allowing doctors to acquire or upgrade advanced procedural skills by the NSW Government.
4. A major activity of each RWA is now to produce a formal workforce plan. The knowledge the RWAs have of their local environments can be combined with the unique information from their data sets to describe present workforce attributes and predict future local workforce needs.
5. Facilitation of appropriate placement of doctors trained overseas to fill immediate needs has become a major role of the RWAs. This is taking place within an ethical consideration of the globalization of the medical and health workforce.

Does it work?

It will always be difficult to attribute results of programs to any particular initiative or strategy when many are being used and there are a large number of major confounding factors. The influence of rural economic problems, and recent insurance problems impacting on doctors' medical indemnity, (and even drought), make quantitative analysis difficult. However there has been an increase in most areas in the number of rural doctors and there seems to be an increase in some areas in retention.

Of the longer term strategies, there is good evidence that selection of rural origin students into medical schools is effective. The number of students taking up bonded scholarships would seem to indicate that they will spend a significant part of their career in rural locations.

In an environment that is characterized by the number of organizations, a diversity of needs and often competing Government projects, the ability of the RWA to provide some coherence cannot be underestimated. An example in NSW is the Rural Medical Training Forum, chaired by RDN, which gives a venue for information exchange and direction amongst all rural medical education providers.

Perhaps, the greatest success of the RWAs has been in creating a knowledge network that helps in facilitation of individual recruitment and retention. A statewide body with knowledge of the towns, the practices, the skills needed in particular locations and the doctors themselves, enhances the appropriate and lasting recruitment of the right doctor to the right place at the right time.

What does it cost?

Much of the cost involved in such programs depends on what is seen as reasonable levels for scholarships, what are sustainable doctor incomes and what are the practice costs to continue in rural practice.

For the RWAs a smaller amount is in the actual administration. Using the NSW Rural Doctors Network as an example again, NSW has:

- around 1,500 rural doctors (excluding those full time in salaried positions in Government hospitals);
- 285 towns;
- 102 hospitals and 12 multi purpose centres.

RDN has:

- 35 staff in four offices;
- administrative costs including salaries, office infrastructure and travel of around US\$850,000 per year;
- a total budget of around US\$ 3.5 million which includes some scholarships, relocation and recruitment assistance, family support programmes, CME and locum support, and other programmes.

Other rural scholarships and some other programmes are administered by other organisations.

Does the rural doctor experience translate to primary health care?

The term Primary Health Care has come to encompass a wide range of health service delivery systems. There is almost no collected knowledge on Primary Health Care in rural areas in developed countries.

If Primary Health Care is taken to mean the development of integrated local health teams that include medical, nursing, allied health professionals and Aboriginal Health Workers, then the experience of recruitment and retention of rural doctors has wide applicability.

Some of the RWAs have also been involved in forming local primary medical care and primary health care facilities and organisations. These could very well form the platform for Primary Health Care entities that contain both a primary health care team and can provide a mixture of individual curative, population and preventive health programs.

Integrated Strategies to Tackle Inequitable Distribution of Doctors in Thailand: Four Decades of Experiences

Introduction

Maldistribution of human resources for health is a worldwide phenomenon and may appear in different dimensions⁽¹⁾. The first and greatest concern is the inequitable distribution, particularly of high level professionals like doctors. Doctors usually are concentrated in rich countries and urban cities with better living standard, higher income, more social recognition and better job satisfaction. The second form of maldistribution is the skill mix; many countries, e.g., Pakistan, Bangladesh, Brazil and China, have more doctors than nurses. The third problem is the problem of overspecialization, the fourth is the institutional maldistribution, and lastly, the gender maldistribution.

Multiple factors influence the inequitable distribution of doctors, ranging from general, social and economic inequity, medical education system, payment incentives, public/private health system development, and social movement for crusading spirits (Figure 1)⁽²⁾. Thus, the problem of inequitable distribution of doctors should be considered as part of the overall social inequity, as well as a problem in health system management.

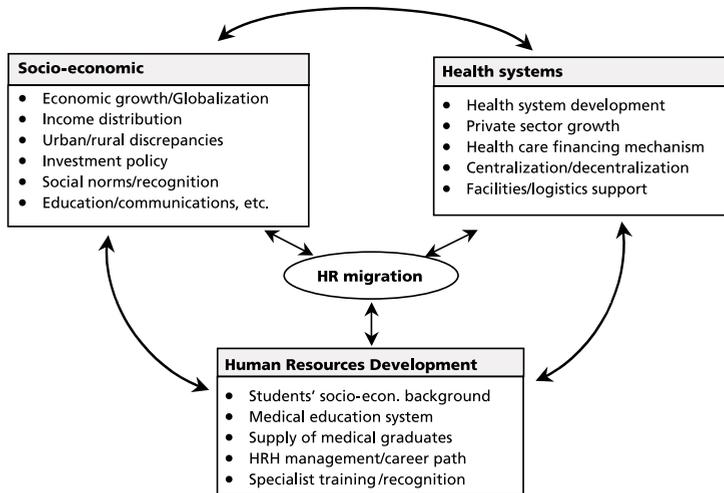
This paper aims at summarizing the various strategies to solve the inequitable distribution between urban cities and rural areas by using the three decade experience of Thailand as a case study for analysis.

Overview of the rural public health system in Thailand

Thailand is a lower middle income developing country with a population of 62.3 million in 2002, 65 per cent of whom reside in the rural areas. The country is divided into 75 provinces, 774 districts, 81 subdistricts, and 6,397 communes called Tambons⁽³⁾.

One main activity of early health system development in Thailand was to establish schools for production of health workforces. The first medical school was established in

Figure 1 - Factors determining doctors distribution



Source: Adapted from Wibulpolprasert S., 1997⁽²⁾

1888. Later on, the Nursing Colleges and the Schools of Dentistry and Pharmacy were also established. These professional level personnel were placed mainly in the central capital. The government at that time realized the difficulties and high costs of expanding health care services by high level health professionals, thus, lower level personnel were also produced to deliver essential maternal and child care, immunization, and environmental health services in the rural villages. These were mainly midwives and junior sanitarians, who received 1-2 years of training after junior high schools. They worked in a relatively limited number of rural midwifery and health centres⁽⁴⁾.

It was not until the early 1950's that every province was covered with one provincial hospital, usually quite small (20-30 beds). During that early development period, medical students were offered scholarships (on a voluntary basis) with a contract stipulating that they would work for the Ministry of Public Health (MoPH). After graduation, those who did not receive scholarships stayed mainly in the medical schools, and those who received scholarships were sent to the provincial hospitals and some big rural health centres.

The rural health development policy since 1977 had resulted in great expansion of rural public health services. In december 2001, there were 728 district hospitals covering more than 95 per cent of the total rural districts. The district hospitals are 10-120 bed hospitals, most of them are 30 bed. By that time there were 2,725 district hospital doctors, 57.95 per cent of the total requirement of 4,700. At the provincial level, there are 92 hospitals, twenty-five of them are designated as regional hospitals with 500-1,000 beds, and the rest are general hospitals with 150-450 beds. There were 5,636 doctors in the urban provincial hospitals at the time.

Currently, all professionals except graduate nurses are produced mainly from the public universities under Ministries of University Affairs (MoUA), while the paramedics and graduate nurses are produced mainly by the MoPH^(4,5). The recruitment systems for the professionals and the paramedics (including most graduate nurses) are quite different. For the professionals (trained by MoUA), general national entrance examinations are the main method used while the paramedics and most of the graduate nurses (trained by MoPH) are recruited from each province through provincial examination. In 2002, there are 10 public and one private medical schools producing 1,400 graduates.

Situation and trend of inequitable distribution of doctors

During the past 4 decades, doctor distribution to rural area in Thailand maybe divided into 4 phases:

1. External Brain Drain (1960-1975)

The high demand for doctors in the US during early 1960s opened great opportunities for well-trained Thai doctors to migrate. It was noted in a 1965 US Congressional report that the first few batches of graduates from a northern medical school chartered flights to migrate to the US. Table 1 showed that in 1965 half of the new medical graduates migrated, mainly to the US⁽⁶⁾. During this period, there were less than 300 medical doctors in the very poor rural health infrastructures. The problems of external brain drain of medical doctors seem to affect most developing countries, especially countries in Africa. In Ghana, it was estimated that during 1985-1997, the cumulative average annual emigration rate was about 14 per cent. This means that 50 per cent of each batch of medical graduates will emigrate within 4.5 years, mainly to the UK and US⁽⁷⁾. Nevertheless, some countries, e.g., Philippines, India and Cuba, produce doctors for export.

Table 1 - External brain drain, Thailand

| Year | Total new medical graduates | Emigrants | Percentage of external brain drain |
|--------------|------------------------------------|------------------|-------------------------------------------|
| 1963 | 233 | 56 | 24 |
| 1964 | 236 | 81 | 34 |
| 1965 | 276 | 140 | 52 |
| Total | 745 | 277 | 37 |

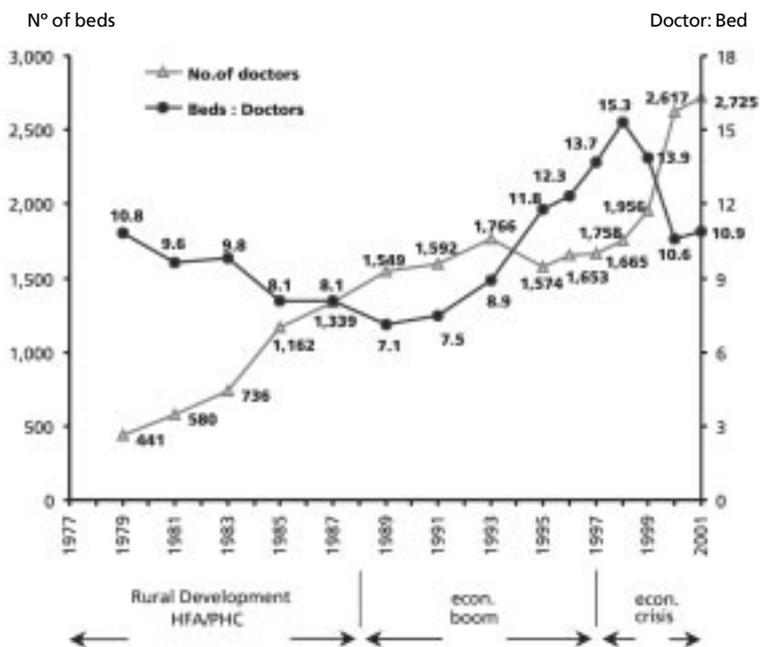
Source: Wibulpolprasert S, 1999⁽²⁾.

This period of **external brain drain** in Thailand lasted more than a decade and resulted in approximately 1,500 Thai doctors, 25 per cent of the total number at that period, which migrated to the US, most of them never return. The effect is a severe shortage in the country, particularly in the rural areas.

2. Rural development with more equitable distribution

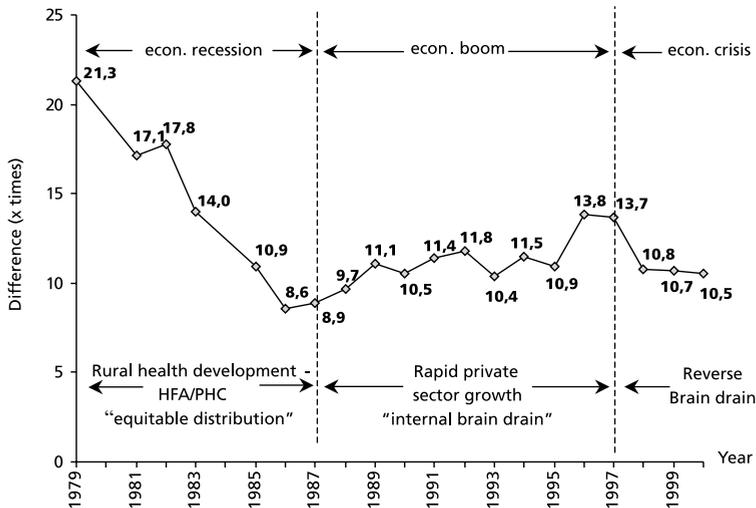
The rapid exodus of Thai medical graduates prompted the government in 1968, to **enforce** compulsory contracts with medical students for 3 years of public work after graduation or face high fines. The first batch of compulsory contracted Thai doctors started their assignments in 1972. More importantly, the high level of social awareness during the early 1970s, the democratization movement followed by the Alma-Ata declaration of HFA, encouraged a social environment to support the rapid development of rural health infrastructures and a more equitable health system^(8, 9). These decisions resulted in the increase in number of rural hospitals and doctors from 200 and 300 in 1976 to 425 and 1,162 in 1985, respectively, a four fold increase in rural doctors in 10 years (Figure 2). The difference between doctor: population ratio of the poorest NE region and the capital city of Bangkok dropped from 21 times in 1979 to 8.6 times in 1986 (Figure 3).

Figure 2 - Numbers of Beds, and Doctors in Community Hospitals, 1977-2001.



Source: Thailand Health Profile 1999-2000⁽³⁾.

Figure 3 - Differences between Northeast and Bangkok population-to-doctor ratios, 1979-2000

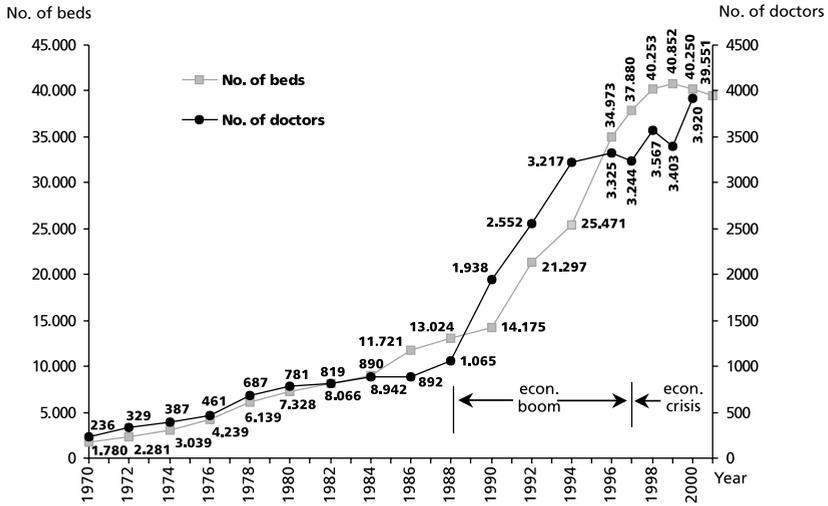


Source: Bureau of Health Policy and Plan, Ministry of Public Health

3. Economic growth and Internal brain drain

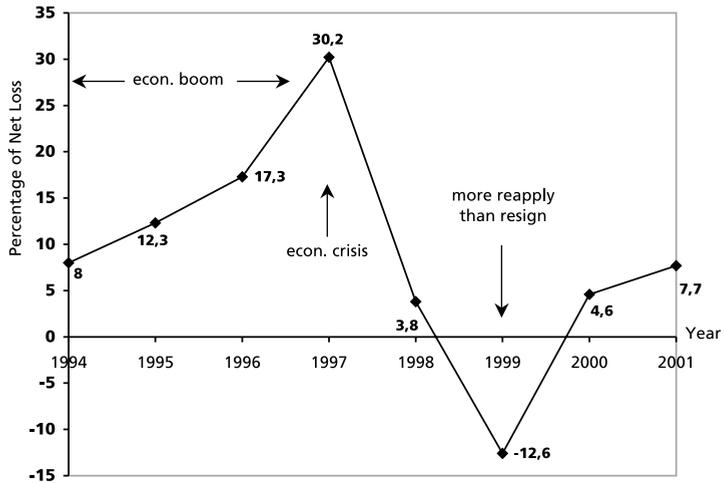
Although the rural emphasis continued, the rapid economic growth and the government investment policy to support private hospital investment with free flow of low interest foreign loans since late 1980s resulted in a rapid growth of the private health sector in the past decade (1988-1997). This situation created a second period of brain-drain. This time it was an internal brain-drain from the rural district and provincial hospitals to the rapidly growing urban private hospitals. In 1986, before the economic boom, the share of private hospital beds and doctors was around 10 per cent, this figure increased to 25 per cent in 1995⁽³⁾. Since 1990, while the number of beds of the district hospitals kept increasing, the number of doctors did not increase or sometimes even decreased (Figure 2). On the other hand, the number of private hospital beds increased along with the number of doctors. The private hospital doctors increased from 1,000 in 1985 to 3,300 in 1995, a 3.3 fold increase in 10 years⁽¹⁰⁾ (Figure 4). The net loss of doctors (resign-reapply) from the MoPH as compared to new entrants rose from 8 per cent in 1994 to 30 per cent in 1997 (Figure 5). This situation of internal brain drain was so severe that in April 1997, three months before the economic crisis, 21 district hospitals went on without a single full time doctor⁽¹¹⁾. The beds to doctor ratio at the district hospital increased from 7.1:1 in 1989 to 15.3:1 in 1998 (Figure 2)⁽³⁾. This increase in workload is also an important factor that pushed the doctors away from the rural district hospitals. The differences of doctor to population ratios between the poorest NE region and Bangkok rose from 8.6 times in 1986 to 13.8 times in 1996.

Figure 4 - Private doctors and beds in Thailand, 1977-2001



Source: Medical Registration Division, Bureau of Health Policy and Plan, MoPH.

Figure 5 - Percent of net loss of doctors (resign-reapply) as compared to new graduates, MoPH



Source: Personnel Division, Office of the Permanent Secretary, MoPH

4. Economic crisis and reverse brain drain

The severe economic crisis started in mid 1997, it resulted in a rapid decline in demand of private hospital services. The out patient services in private hospitals reduced by 20-70 per cent⁽¹¹⁾. Most private hospitals reduced their beds and doctors, some of them were totally closed down. Rapid reverse brain drain is apparent as the number of district hospital doctors increase from 1,653 in 1997 to 2,725 in 2001 and the beds to doctors ratio dropped from 15.3 in 1998 to 10.6 in 2000 (Figure 2). The difference between doctors to population ratios of the poorest NE region and Bangkok also dropped from 13.8 times in 1996 to 10.5 times in 2001 (Figure 3). The proportion of net loss of doctors also reduced greatly and in 1999 there was 12 per cent net gain in additional to new entrants (Figure 5).

Strategies used in solving inequitable distribution of doctors in Thailand

Thailand had applied several strategies in response to inequitable distribution of doctors. More and more strategies were added as reactions to the problems at each phase of development. Some of them are continuous, some of them are ad hoc, however.

1. Development of Rural Health Infrastructure

To distribute health personnel to the rural areas, the health infrastructure of them needs to be developed. In 1979, the Thai government initiated rural health development as part of an integrated national rural development project⁽⁸⁾. In order for this policy to be effective in a period of limited resources, the expansion of urban hospitals was completely halted between 1982-1986. The effect was a *shift of resources* from urban cities to rural districts and the rapid increase in the number and beds of rural district hospitals (Figure 2)⁽⁹⁾. Good logistic support, housing and other incentives help maintain the necessary workforce.

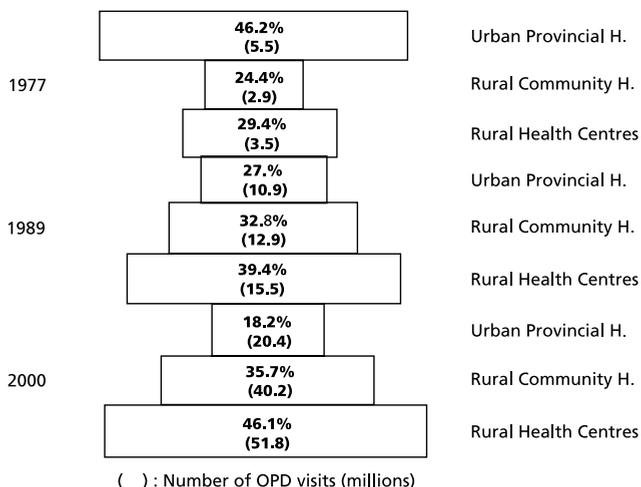
This strategy improved quality and accessibility of services among rural facilities and resulted in a reverse proportion of outpatient visits among the three level of rural public health facilities, from an inverted triangle to an upright one (Figure 6).

2. Educational Strategies

2.1 Rural recruitment, training and hometown placement

Rural recruitment, training in rural health facilities, hometown placement after graduation, and limited possibilities for private practices are factors which contribute to the successful distribution of graduate nurses, midwives, junior sanitarians, and other paramedics in the Ministry of Public Health⁽⁴⁾. They are now the backbone workforce for the rural health centres and district hospitals. After being recruited through the provincial mechanism, which requires provincial residency, they have to sign contracts with the provincial health office.

Figure 6 - Number and proportion of OPD visits at public health facilities



Source: Rural Health Division, MoPH.

The contracts require 2-4 years of public sector employment in the same province after graduation. These students are educated in 34 nursing colleges and 6 public health colleges of the Ministry of Public Health which are scattered throughout the country. They receive highly subsidized (tuition fee at 5 per cent of actual educational cost) education including free clothing, dormitory, food, and learning materials during their school years. Practical training is carried out mainly in the rural provincial and district hospitals and rural health centres where the students will work after graduation. Thus, they are quite familiar with the rural facilities and environment. Most of them, except for nurses and midwives, do not acquire a license to enable them to practice privately.

Attempts to use these strategies for medical education in Thailand yielded some degree of success. The first attempt started in 1974 in one of the central medical schools. Students were recruited from rural provinces by mechanisms which included provincial health administrators and medical school lecturers, after graduation they were sent to the provinces/districts from where they came. This system was expanded to other medical schools during the 1980s. Evidence from the experience of one medical school involved, suggested that it lengthened the rural service of the graduates. Two third of the graduates continued their rural placement after the 3 compulsory contracted years (Table 2)⁽¹¹⁾.

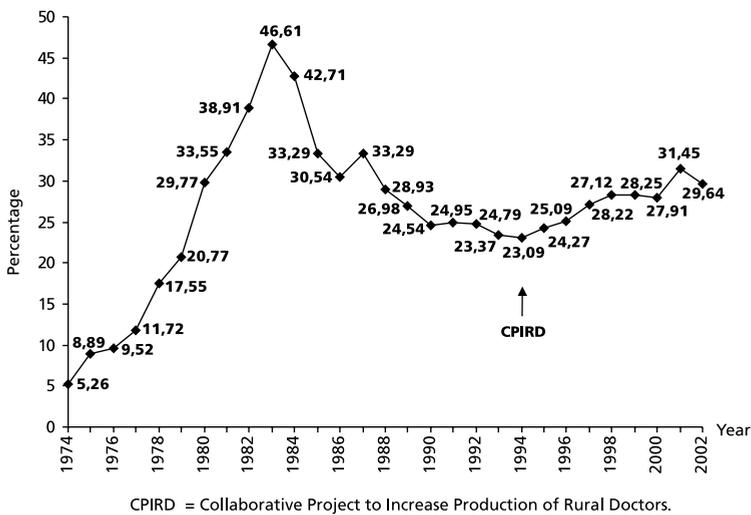
Table 2 - Place of practice of MESRAP graduates

| Batch | per cent in the rural districts | |
|-------|---------------------------------|---------------|
| | First 3 years | After 3 years |
| 1-9 | 83.13 | 68.67 |
| 10 | 68.57 | 68.57 |
| 11-13 | 85.34 | - |

Source: Faculty of Medicine, Chulalongkorn University

A study in the Northeastern medical school found that to be more effective, the recruited students need to be restricted to those who were raised in the rural areas and exclude those who move their residence into rural areas 2-3 years before enrollment just to be eligible for recruitment⁽¹²⁾. Due to problems of management of the placement system, it was terminated in most central medical schools. Only 3 regional medical schools and one central medical school still allow part of their students to enter under this system. Thus the proportion of rural medical students, which used to be up to 47 per cent of all medical students in 1983 went down to 23 per cent in 1994 (Figure 7).

Figure 7 - Proportion of rural medical students



Source: Faculty of Medicine of all universities.

In 1994, the Ministry of Public Health, in response to the internal brain drain, proposed a 10-year project (Collaborative Project to Increase Production of Rural Doctors-CPIRD) to produce 300 doctors annually, specifically for the rural areas. The students are recruited by transparent and participatory mechanisms at the provincial level. They spend the first three preclinical years at the medical schools (both central and regional) and the second three clinical years at 12 regional hospitals with the networking of district hospitals. This project started accepting 30 students in 1995, and increased to 293 students in 2002⁽¹³⁾. The project also boosted the proportion of rural medical students from 23 per cent in 1994 to 31.5 per cent in 2001 (Figure 7).

In April 1997, at the peak of the economic boom, 113 compulsory contracted doctors paid fines and resigned from the Ministry of Public Health after one year of compulsory work. Detailed investigation revealed that those with rural backgrounds and who had graduated from regional medical schools had significantly lower rates of resignation, less than half of those who originated and graduated from the capital. The three main reasons

for the resignation were to go into private practice, inappropriate relocation and continuing education⁽¹⁴⁾.

It should be noted that rural recruitment and training also proved to be quite effective in achieving rural distribution of doctors in several countries, e.g., Australia and USA⁽¹⁵⁻¹⁷⁾.

Establishment of regional medical schools is also a good measure for the equitable distribution of health care services and doctors. On the contrary, central medical schools drew doctors into the capital. The resolution of the 5th National Medical Education Seminar in 1986 stated that "... there should be no new medical schools in the capital and vicinity provinces⁽¹⁸⁾". However, since 1986 four new medical schools were established centrally including one private medical school.

2.2 Reform of Medical Education/Specialty Training/Board qualifications

2.2.1 Reform of Medical Education

The resolution of the fourth national medical education conference in 1979 stated that all medical schools will reform their curriculum to produce medical graduates suitable for working in district hospitals. Four main characteristics of these basic doctors are good clinical competence, supportive of PHC, trainers for paramedical personnel and health volunteers, and good managers⁽¹⁹⁾. This resolution resulted in a major reform of medical education and all medical schools sent their students to be trained at district or provincial hospitals for at least 3-6 months. Community medicine became one of the major departments in all medical schools. Rural recruitment, training and hometown placement system also increased.

2.2.2 Specialty training

To reduce the demand for specialty training abroad, the Thai Medical Council started its specialty training program in 1971. There are now 42 specialty boards approved by the Thai Medical Council. In 2001, the overall quota for specialty training was 1,161 while all the residency training programs accepted 889 trainees, as compared to 1,200 new medical graduates.

Quota for specialist training programs was frozen since 1997. Experience in rural public services was used as prerequisite for the residency training programs. At least one year of rural services are required for most training except for some specific specialties, e.g., general practitioner, pathology, forensic medicine and psychiatry⁽⁵⁾. Rural doctors also receive special quota to go for specialty training under the condition that they will come back to the district hospitals. However, this control on specialist training received strong resistance from the medical schools.

2.2.3 Board Qualification through self-experiential training

Doctors who have more than 5 years of working experiences in a rural district hospital are eligible to apply for a qualifying board examination. If they pass the examination, they will receive a Certificate of Proficiency (called Thai Board) from the Medical Council of Thailand.

This opportunity includes Thai Board of Preventive medicine, General Practice and Family Medicine. The Civil Service Commission considers these Thai Board certificates as equivalent to a Dr.PH. or a Ph.D. degree.

2.3 Professional Replacement Strategies

Training in basic medical care capacities for rural health personnel in the health centres was a very important strategy which improved those workers' acceptance by the people and reduced the number of outpatient visits at the hospitals. Nevertheless, although these rural health personnel help screen many patients, there is still a high percentage (35-70 per cent) of patients who bypass the health centres in favor of the district and provincial hospitals^(20,21).

Training of nurse practitioners to serve in district hospitals where there were inadequate numbers of doctors was started in 1973. It lasted for 13 years and it was terminated in 1986, after producing 688 nurse practitioners, due to a reduction in qualified applicants. At present, only 10 per cent of the graduates still work as nurse practitioners. During the period of rapid increase of rural doctors (1980-1987), the nurse practitioners' role was reduced greatly. Their career opportunities are limited compared to nurses in other services, and they are not allowed to engage in private medical practice. These are the main reasons for the low level of applicants and the rapid loss to attrition⁽²²⁾. However, some district hospitals still successfully use nurse practitioners or self-trained graduate nurses to provide outpatient services along side the doctors.

2.4 Increased Supply

Many people believe that increased supply of doctors will eventually lead to better distribution to rural areas. This strategy is a very expensive one. The operating cost for producing a medical doctor in Thailand was about US\$45,000 in 2002. The total cost might go up to US\$100,000. Evidences in other countries, e.g., Mexico, showed that an increased supply of doctors alone would not improve distribution, but would rather create oversupply of doctors^(23,24).

In Thailand, increased production of personnel was usually carried out in response to expansion of the public health services and external brain drain. Not until the internal brain drain in the 1990s, the increased production began in response to increased internal demand, both in the public and private sectors. A private-for-profit medical school was established in 1989, with strong opposition from the rural doctor society. Two of their members in the Medical Council Committee resigned and held press conference to protest against it. Finally, the Medical Council ruled that only private medical schools under not-for-profit organizations would be allowed. Since then, there is no additional private medical schools, and the graduates from the remaining ones have to pass licensing examinations as compared to automatic licensing of graduates from public schools.

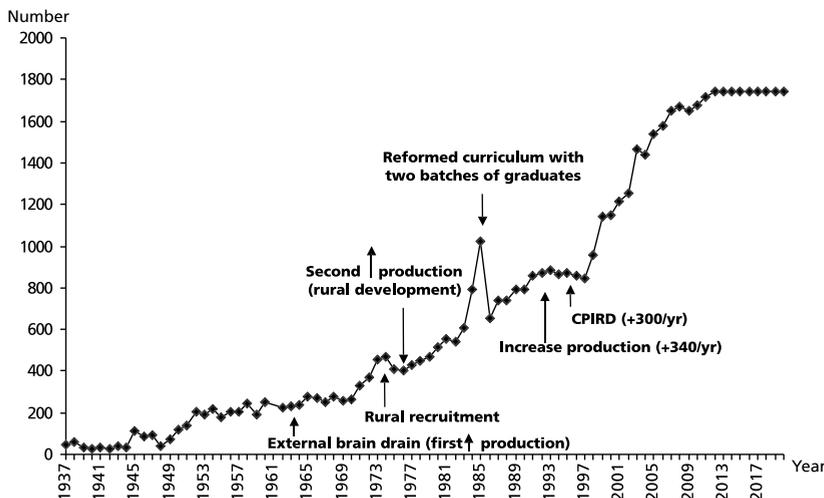
Figure 8 shows the annual output of medical doctors. It is evident that the increase in output is a response to external brain drain from a demand in rich countries, rural health

system development, and internal brain drain from an increased demand in the private sector. This level of production may result in a decrease of population to doctor ratio from 3,500: 1 in 1995 to 1,500: 1 in 2025, a quite balanced figure between supply and requirement^(25,26).

Since 1994, due to internal brain drain, many public hospitals started to hire retired doctors, both GPs and specialists, for part time services. Rules and regulations for licensing were also modified to facilitate the return of highly skilled expatriated Thai specialists. In 1997, the MoPH also allowed its hospitals to employ those foreign graduates who cannot pass licensing examination, as temporary employees.

Some richer countries solve these problems by importing foreign graduates to their rural areas; as an example, South Africa successfully imported Cuban doctors to their rural health centres⁽²⁷⁾. This measure needs to be used with care as it may cause shortages of doctors in other countries. Some countries, e.g., India and Philippine produce medical graduates for export, expecting influx of foreign currencies. In 2001, the UK NHS announced a demand of 10,000 graduate nurses; not many Thai nurses will be qualified due to language barrier. Buchan J reported a 30 per cent of foreign nurses among new registration in UK in 1999⁽²⁸⁾.

Figure 8 - Annual output of medical doctors



CPIRD = Collaborative Project to Increase Production of Rural Doctors.

Source: Thai Medical Council

3. Financial Strategies

Financial strategies were used in 5 forms:

3.1 Voluntary scholarships

Voluntary scholarships used to be given to medical, dental, pharmacy, and nursing students. If they received the scholarships, they would have to work for 2-4 years in public service. This practice was used in the early days of rural health system development. This system did provide some doctors for the early development of MoPH's health service system.

This system does not exist any longer. However, some private hospitals give scholarships to graduate nursing students in the Faculty of Nursing in some universities in exchange for a few years of their work, so that the private hospitals will have enough nursing staff supply.

3.2 Compulsory public services

This started for medical doctors in 1967 in response to the external brain drain, and the first batch graduated in 1972. In the first 4 years (1967-1970), it was a voluntary scheme. The medical students either chose to work for three years in the public facilities or paid a high annual tuition fee (US\$400 per year for 4 years or US\$3,000 at 1997 prices). If they breached the contract, they would have to pay a fine of US\$4,800. This fine was increased to US\$8,000 and US\$16,000 in 1971 and 1973, respectively. Due to high social concern, high tuition fees, and little opportunity for private practice, most medical students signed the contract. In 1972, this contract became compulsory for all medical students. This strategy, combined with the rural health service development, high social concern, and economic recession with low growth in the private sector, were the main factors contributing to the rapid increase in the number of rural doctors and to reducing the gap of doctor density during the decade between 1980-1990 (Figure 2 and 3). If the fine (US\$10,000 in 1998 value - reduced due to devaluation) were adjusted to compensate for inflation, it would now be US\$50,000. The attempt to increase the fine to correct for inflation was strongly opposed by the medical schools.

3.3 Financial incentives

To provide incentives for doctors who deliver rural services, the government started special hardship allowances for district hospital physicians in 1975. For regular districts, the rate was US\$60 per month for the first year and US\$68 per month from the second year of service onward for more remote areas, figures were US\$80 and US\$88, respectively. These allowances were approximately equal to the monthly salary of the newly graduated doctors. They allowances were later on, in 1983, increased to US\$80 and 88 for regular districts, and US\$100 and 108 for remote districts.

It was not until the rapid economic growth with severe internal brain drain that the government initiated increased financial incentives for public doctors.

In 1995, a non-private practice allowance of US\$400 per month was given to any doctor (in the MoPH) who agreed not to engage in private practice. To increase productivity, the MoPH in 1995 also started non-official hours services for elective patients (before that it was only for emergency patients) with special workload related payments⁽²⁹⁾.

Finally, in October 1997, the government increased the special rural hardship allowances from two levels to three levels. Doctors in regular districts received US\$55 and 62 per month (reduced because of devaluation). Those in more remote districts received US\$250 per month, and those in the remotest districts (69 districts) received US\$500 per month (almost three times of their basic salary).

In total, a new medical graduate working in a rural district may receive from US\$825 (in regular districts) to US\$1,379 per month (in the remotest districts.) However, this is still lower than the new graduate in private practice (in urban city), who has an income of at least US\$2,000 per month (Table 3)⁽¹²⁾.

It should be noted in Table 3 that only one item of the financial incentives was given to compensate for hardship rural practice (item 7) and it was hardly related to the length of time of rural work. It has been postulated that these incentives may only increase the income of new graduates, which will make it easier for them to pay the fine for breaking the 3-year contract and then move to the big cities. The three levels of special allowances to rural district doctors also created many inequities. Many district hospitals, which are only 10-20 km. apart on paved roads, experience a 5-10 fold allowance differential.

Table 3 Remuneration for MoPH doctors, 2002.

| Remuneration | Rate (US\$) (per month) | Remarks |
|-------------------------------------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Salary (new graduate) | 203 | standard salary for PC* 4 level 3 |
| 2. Non-private practice allowance | 250 | anyone without private practice |
| 3. On-call payment (general) | 250-300 | US\$20 per shift (more than 8 hours) |
| 4. Payment for special procedures during non official hours | 72-126 | rate depends on number and kind of procedures; provincial hospital doctors usually receive much more, sometimes up to US\$1,500 |
| 5. Special allowance for rare** | 100 | • mainly preventive medicine specialties |
| 6. Professional allowance** | 90-250 | • for medical profession PC level 7 up |
| 7. Special allowance for rural district hospital doctors | 50-500 | • US\$50-55 for regular districts (532 districts) • US\$250 for remote districts (127 districts) • US\$500 for the remotest and most difficult districts (69 districts) |

Source: Bureau of Health Policy and Plan, MoPH, 2002.

The exchange rate is 1 US\$ = 40 Bahts .

* PC = Position Classification

** Not for new graduates

In December 2001, under a new decentralized financial management system of the Universal Health Insurance Policy, these financial incentives became more flexible and decentralized.

3.4 Increased tuition fees and payback by rural public work

There were some proposals to increase the tuition fee to medical students from US\$400 to US\$7,500 per year to reflect real costs. Those who cannot afford to pay, can receive a soft educational loan from the government and either pay back by cash after their graduation or pay back by rural work for 3 years¹¹. The US experience in this system yielded varying degrees of success. It was found that about 30 per cent pay back the loans by completing 3 years of rural work, 20 per cent pay back totally by cash, and 50 per cent pay back both by cash and by working for a shorter period in the rural areas³⁰.

This proposal may soon be implemented in Thailand, when the universities and public hospitals become autonomous in the near future.

3.5 Reform of health care financing system

Under the new Universal Coverage Health Insurance scheme, started in 2001 a new financial management system based on capitation was used⁽³¹⁾. Each Thai citizen who is not covered by any health insurance scheme will have to register with a hospital. The hospital will be paid a flat rate of US\$ 30 per capita per year, this includes the salary of all of their staff. It is believed that this new financial scheme will create strong incentive for more equitable redistribution of human resources. After implementation, some big hospitals in the city, which used to be overstaffed, refused to take more contracted new graduates. Those in the more populated poor region, which used to be understaffed, announced that they have enough money to hire many more staff.

4. Social strategies

Crusading spirits, social recognition and job satisfaction are also very important factors to attract doctors to rural areas.

The contracted doctors who started to work in rural hospitals in early 1970s faced many administrative and logistic problems. They were not trained to be managers but had to become hospital directors from their first day of graduation. Many of them unintentionally broke financial and administrative rules of the government, some of them were cheated by their accountants, and some suffered from failures in personnel management. In 1978, with pressures mounting, they finally created a society of their own called "The Rural Doctor Society". The society started several management training programs, developed management handbooks, and created innovative activities to support rural district hospital doctors, e.g., rural doctor journals/newsletters, public recognition for extraordinary performance, visits to rural hospitals by senior doctors for morale support, and provincial

rural doctor coaches. In 1982, they also established a "Rural Doctor Foundation". Their activities boosted the crusading spirits among themselves and their pride of belonging to the 'rural doctor' group.

The society became widely accepted in the health arena, among the medical profession and by the public. Members of the rural doctors were able to win several successive elections to the Medical Council Committee. They influenced several changes in medical education and residency training to improve distribution of doctors. Apart from supporting rural health services, the society also moved actively to support public health movements, e.g., national drug policy, essential drug list and tobacco control. They also played active roles in the national movement towards democratization and political reform as well as a 'watch-dog' role to counteract corruption and inappropriate administrative behaviour. In August 1998, they revealed evidence of a nationwide drug purchasing scandal, which resulted in the resignation of the health minister and one deputy health minister. One of the advisors of the Minister was jailed for 6 years. The success of the society boosted the morale of the rural doctors and allowed them to work more happily in the rural district hospitals⁽³²⁾.

Apart from the creation of Rural Doctor Society and Rural Doctor Foundation, several public recognition awards were also established. An annual 'hardship award' is given to the best rural doctor in the remotest area. This is in commemoration of one very good rural doctor who was killed during his dedicated services in a border district in 1985. The oldest medical school, Siriraj Hospital, established a special annual prize for "the best rural doctor of the year" since 1976. The medical association and Medical Council also award the same recognition. Several medical schools also give special recognition for their alumni performing outstanding work in the rural districts. Many rural doctors are invited to become part time and full time lecturers in medical schools, mainly in the community medicine departments, some of them also receive honorable degrees from universities. Some of the rural doctors are recognized at the national level as "the model Thai of the year".

5. Personnel Management and Logistic Support Strategies

Rural doctors, after the 3-year compulsory service, are free to relocate to their preferred jobs, and their promotion is also encouraged.

District hospital doctors, as all doctors in the public services, start their career at PC level 4 (total 11 levels). Within 7-8 years of services, most of them will be at level 7, and within 10-12 years at level 8, equivalent to the director of a division in the central MoPH office.

Since October 1996, it was approved that they can be promoted to the PC level 9, equivalent to the provincial chief medical officers (their direct bosses) and the deputy director general of a central department in the MoPH. This promotion will put them at a higher level even than the district officer (level 8).

Logistic support with paramedics, drugs, equipment supplies, housing, transportation and communications have also improved greatly. Most of the rural district hospitals are now very well equipped and supported by adequately trained staff.

Lessons Learned and Recommendations

There are many push and pull factors for doctors in the rural areas (Figure 9). Thailand had implemented several strategies to solve inequitable distribution of doctors.

In spite of all these strategies, inequitable distribution of doctors still goes on. Doctors usually stay for a short period in the rural district hospitals. Around half of district hospital doctors are those within the first three years of compulsory contract. This proportion remained the same in the last two decades (Table 4). In addition, external factors, particularly economic dynamics strongly affect the distribution. In the near future, economic recovery and international trade with promotion of the import of foreign patients may boost up demand in urban private hospitals with the return of internal brain drain. Some evidence is being observed in 2000 and 2001 (Figure 5).

Several lessons can be concluded from Thai experience, i.e.,:

1. Many strategies were developed and used to improve inequitable distribution of doctors; they are usually reactionary strategies in response to each crisis. They are fragmented, un-coordinated, sometimes inconsistent, and rarely evaluated systematically. There used to be a committee, i.e., the Coordinating Committee for Medical and Health Issues, to coordinate these strategies. It was very successful in its early days, weakened during the rapid economic growth, and abolished in 1995 due to political reasons.
2. The strategies used have improved the distribution of doctors to a certain extent as evident from the increase in number and proportion of doctors at the district level. However, the fragmented, un-coordinated, inconsistent and sometimes irrational

Figure 9 - Push and pull factors and strategies used

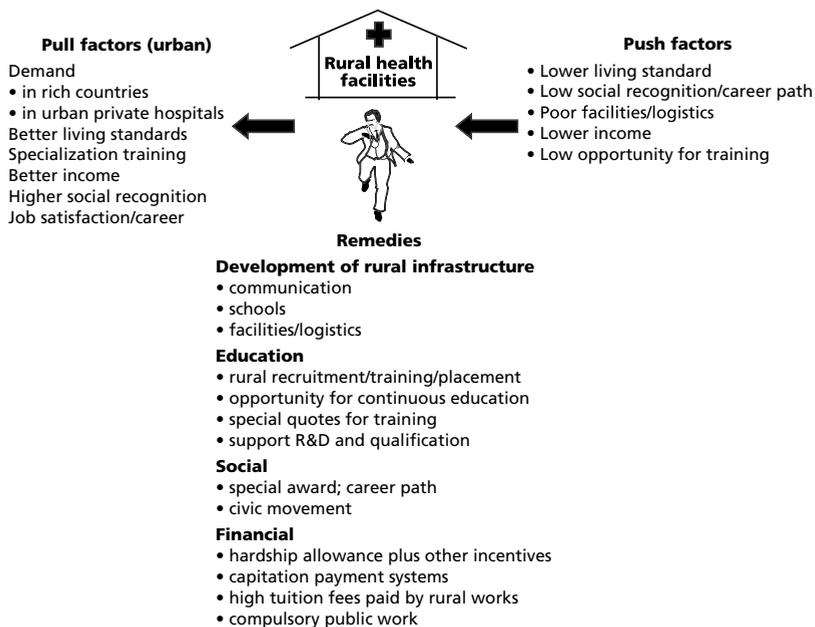


Table 4 - Contracted and out of contracted rural doctors

| Year | Total Rural Doctors | Out of contract | | Contracted | |
|------|---------------------|-----------------|-------|------------|-------|
| | | No. | % | No. | % |
| 1982 | 628 | 175 | 27.87 | 453 | 72.13 |
| 1984 | 934 | 377 | 40.36 | 552 | 59.10 |
| 1987 | 1,339 | 602 | 44.96 | 731 | 54.59 |
| 2001 | 2,389 | 974 | 40.77 | 1,415 | 59.23 |
| 2002 | 2,651 | 1,178 | 44.44 | 1,473 | 55.56 |

Source: 1982-1987 from Jindawatthana A ⁽²¹⁾
2001-2002 from Health Service Network Development Office, MoPH.

application of strategies resulted in a system that cannot attract doctors to stay in the rural areas when there are strong economic incentives in the urban private sector.

3. The combination of rational strategies in compact packages with unified, integrated, consistent implementation supported by an efficient monitoring system by an established national mechanism are essential for the success of equitable geographical distribution of doctors.
4. Finally, more equitable socio-economic development is the basis for the overall sustainable success in social equity. This requires strong political leadership and social support.

Following, there are recommendations on each strategy for the sustainable equitable distribution for doctors:

1 - Reform of the health care delivery system

Primary medical care should be the main focus of development both in urban and rural areas. Growth of the secondary and tertiary care hospitals in urban areas both in the public and private sectors should be appropriately planned. No more financial support (tax exemptions, etc.) to open new private hospitals in the cities should be allowed. A system of "certificate of needs" may be established. A good and efficient referral system should be established. This reform can be achieved through financial reform of various insurance schemes. In October 2002, the enactment of a comprehensive health insurance act focused on strengthening primary care as gatekeeper, the referral system and financial reform based on capitation payment systems, is expected to greatly improve the distribution of human resources ⁽³⁴⁾.

Health centre personnel should be further trained and supported to deliver good quality primary care to reduce patients by-passing local health facilities. Providing job training on basic medical care to the existing hospital graduate nurses would be more effective and sustainable instead of retraining nurse practitioners, which proved to be not very successful.

2 - Reform of medical education

Rural recruitment and training in rural district and provincial hospitals should be continuously promoted. Only those who grew up in the rural areas should be eligible to enter into this system. A system of support to the junior high school students in each rural district, probably

by the district hospitals and the schools, should be developed to prepare candidates for this system. This will allow a higher proportion of students recruited from poorer families in the rural districts. These students should be trained in the existing rural health infrastructures including the district hospitals, particularly during their clinical years.

If there is an increase in demand in the future, the increased production should not be based on creating new and centrally placed medical schools, but should depend on a flexible collaboration project between the MoPH and the existing medical schools. Rural district hospitals can be a very good training institute for basic medical doctors with little additional investment. Rural recruitment and rural training must be the compulsory systems for any future additional production.

The current quota for specialist training of 1,161 should be tightly controlled to prevent drainage of rural doctors into training programs as well as to reduce overspecialization.

3 - Financial strategies

Financial incentives should be more flexible yet focused. A decentralized financial management system is more preferable. There may be many more rates of hardship allowance as compared to the three fixed rates determined by the central ministry. The rates should also reflect more on the length of time that the doctors work in the district.

The fine for early termination of compulsory public services must be adjusted to reflect inflation. Replacement of a compulsory public contract with cost related tuition fees and payback by rural work should be applied gradually and cautiously and in conjunction with other strategies.

4 - Personnel management

The guidelines for promotions of district doctors (in this case to PC level 9) should be implemented extensively. This will benefit those who work for more than 10 years in the district. Relocation after the three-year compulsory period should be fairly free, particularly to other rural district hospitals in any province.

5 - Social strategies

Social movements towards acceptance and appreciation of rural district hospitals and health centre personnel should be continued and further strengthened. The Rural Doctors Society and Foundation should receive more social support and understanding from the MoPH to allow them to create positive activities to improve motivation of young graduates.

6 - Institutional support for HR policy/management

A national mechanism to coordinate health systems and human resources development at high policy level is needed and essential for the consistency and sustainability of the development strategies. In Thailand, this mechanism is proposed in the new National Health Bill, which is expected to be enacted in mid 2003⁽³⁵⁾.

References:

- WIBULPOLPRASERT S. **Human Resources for Health Development in the Context of Health Sector Reform**. A training module for the Flagship training courses in Health Sector Reform. Washington DC: World Bank, 1997.
- WIBULPOLPRASERT S. **Inequitable distribution of doctors: Can it be solved?** Human Resources for Health Development Journal (HRDJ) 1999; 1: 2-39.
- WIBULPOLPRASERT S, EDS. **Thailand Health Profile 1999-2000**. Bangkok: Veteran Press, 2002.
- JINDAWATTHANA A, MILINTANGKUL U, RAJATARAMYA B. **Future Policy Options for HRH Production in the Ministry of Public Health**, Thailand. Human Resources for Health Development Journal (HRDJ) 1998; 3: 43-54.
- MILINTANGKUL U. **Equivalence Determination of Qualifications and Degrees for Education and Training of Health Professions in Thailand** Human Resources for Health Development Journal (HRDJ) 1997; 2: 135-147.
- SAWETAJINDA C. **Measures for bonding of medical graduates for public services** Bangkok: Civil Service Commission, 1997. (mimeograph in Thai).
- DOVLO D, NYONATOR F. **Migration by Graduates of the University of Ghana Medical School: A Preliminary Rapid Appraisal** Human Resources for Health Development Journal (HRDJ) 1999; 1: 42-54.
- NATIONAL ECONOMIC AND SOCIAL DEVELOPMENT BOARD. **The fifth national economic and social development plan, 1982-1987**. Bangkok: Veteran Press, 1982. (in Thai).
- WIBULPOLPRASERT S. **Distribution of Health Resources in Thailand**. In: National Health Foundation. Proceeding of the First Thai Health Assembly. Bangkok: National Health Foundation, 1989. (in Thai).
- WIBULPOLPRASERT S, SUKSIRISERIKUL S, CHUNHARAS S, et al. **Equity in health and health care in Thailand** A paper presented at the Travelling Seminar on Equity in Health, organized by the Kaiser Family Foundation, Nasugbu, Philippines, 29 June-6 July 1997. Bangkok: Health Systems Research Institute, 1997. (mimeograph).
- WIBULPOLPRASERT S, SIRIKANOKWILAI N. **Situation of doctor shortage and maldistribution in Thailand**. A report to the Thai Medical Council. Bangkok: Thai Medical Council, October 1997. (mimeograph in Thai).
- WATANASUP W, THANSUHUTRA K, SUNPHITAK N, et al. **Implication of medical student recruitment on distribution of doctors** Thai Medical Council Bulletin 1993; 11: 573-577. (in Thai).
- PRABOROMRAJCHANOK INSTITUTE FOR HEALTH MANPOWER DEVELOPMENT, MINISTRY OF PUBLIC HEALTH. **Project to increase production of doctors for the rural areas (1995-2005)** Bangkok: Proboromrajchanok Institute, 1995. (mimeograph in Thai).
- WONGWACHARAPAIBOON P, WIBULPOLPRASERT S, SIRIKANOKWILAI N. **Factors related to resignation of newly medical graduates from the MoPH in 1997**. Human Resources for Health Development Journal (HRDJ) 1999; 1: 30-41.
- RABINOWITZ HK. **Recruitment, retention, and follow up of graduates of a program to increase the number of family physicians in rural and underserved areas** N Eng J Med 1993; 13: 934-9.

RABINOWITZ HK. **Evaluation of a selective medical school admissions policy to increase the number of family physicians in rural and underserved area** N Eng J Med 1998; 8: 480-6.

ROLFE IE, PEARSON SA, O' CONNELL DL, et al. **Finding solution to the rural doctors shortage : the rules of selective versus undergraduates medical education at New Castles** Aust NZ J Med 1995; 5: 512-7.

MAHIDOL UNIVERSITY. **Report of the Fifth National Medical Education Seminar**, 8-12 September, 1986, Bhumiphol Adulyadej Hospital. Bangkok: Mahidol University Press, 1987. (in Thai).

THE ORGANIZING COMMITTEE, THAI MEDICAL COUNCIL. **Report of the Fourth Medical Education Seminar**, Ambassador Hotel, 3-5 October 1979, Bangkok. Bangkok: Thai Medical Council, 1980. (mimeograph in Thai).

WIROJSEANGAROON S. **Five year report of the Ayuthaya health system development project** Ayuthaya: Provincial Health Office, 1995. (mimeograph in Thai).

JINDAWATTHANA A, WIBULPOLPRASERT S. **Family doctor practise at district hospital : Case studies of 4 district hospitals** Bangkok: Praboromrajchanok Institute for HRD, 1998. (mimeograph in Thai).

WIBULPOLPRASERT S, SIRIKANOKWILAI N. **Requirement for Thai doctors in the next two decades**, in Research for Health Manpower Development Bangkok: Health Systems Research Institute, 1997. (mimeograph in Thai).

BANKOWSKI Z, FULLOP T. **Health manpower out of balance: conflicts and prospects. Highlights of The Acapulco Conference**, 7-12 September, 1986. Geneva: World Health Organization, 1987.

FRENK J, ALAGON I, NIGENDA G, et al. **Patterns of medical employment: A survey of imbalance in urban Mexico** American Journal of Public Health 1991; 81: 23-19.

SUWANAKIJ T, SIRIKANOKWILAI N, WIBULPOLPRASERT S. **Supply projection for physicians in Thailand in the next 25 Years (1996-2020 AD)** Human Resources for Health Development Journal (HRDJ) 1998; 2: 117-128.

SIRIKANOKWILAI N, WIBULPOLPRASERT S. **Modified population-to-physician ratio method to project future physician requirement in Thailand**. Human Resources for Health Development Journal (HRDJ) 1998; 3: 55-67.

HEALTH SYSTEMS TRUST AND THE HENRY J. **Kaiser Family Foundation. South African Health Review**. Durban: Fishwick Printers, 1996.

MARTINEAU T, BUCHAN J. **HR and the success of health sector reform**. Human Resources for Health Development Journal 2000; 3: 199-.

PANNARUNOTHAI S, SRITHANRONGSAWAT S. **The benchmarks of fairness for health system reform: the tool for national and provincial health development in Thailand**. Human Resources for Health Development Journal 2000; 1: 13-26.

HSIAO W. KT LI PROFESSOR OF ECONOMICS, **Harvard University School of Public Health**, 1997. (Personal communication).

HEALTH CARE REFORM PROJECT, MINISTRY OF PUBLIC HEALTH. **Guideline for Implementing Universal Coverage for the Transition Period**. Bangkok: Printing Press, Express Transportation Organization, 2001. (in Thai).

WIBULPOLPRASERT S, PRAKONGSAI P, KANCHANACHITRA C. **Rural doctor movement: a case study of civic movement in health**. Bangkok: Usa publishing, 2002. (in Thai).

WIBULPOLPRASERT S, HEMPISUT P, PITAYARANGSARIT S. **Implication of General Agreement on Trade in Services on Human Resources for Health**. Bangkok: Usa publishing, 2002. (in Thai).

ROYAL GAZETTE. **The National Health Insurance Act, 2002**.

HEALTH SYSTEMS REFORM OFFICE. **The draft of the National Health Bill, 2002**. Bangkok: Health Systems Reform Office, 2002.

Desafios e Estratégias para Interiorização do Trabalho em Saúde

A expansão do Programa Saúde da Família tem sido notável. São aproximadamente 15.201 equipes atuando em 4 mil cidades, ou seja, 70% dos municípios brasileiros realizando atendimento gratuito a quase 50 milhões de habitantes - 30% da população do País. Entretanto, o processo de consolidação da gestão descentralizada do SUS enfrenta grandes dificuldades no que se refere a ausência, insuficiência e qualidade de recursos humanos em alguns municípios brasileiros, particularmente naqueles de pequeno porte, sem estrutura econômica e social. Vários fatores têm contribuído para a manutenção desse quadro ao longo dos anos, entre os quais se sobressaem, de forma mais evidente, a formação e a distribuição dos profissionais, em especial de médicos e enfermeiros.

Apesar da relação profissional/1.000 habitantes estar de acordo com os padrões da Organização Mundial de Saúde - OMS, especialmente 1,19 médico/1.000 habitantes, a distribuição por Estados da Federação é bastante desigual. Nos Estados, essa diferença aumenta ainda mais, quando observado o número de médicos residentes na capital e no interior. Maria Helena Machado, em Perfil dos Médicos no Brasil (1995), descreve a relação de médico/1.000 habitantes nas capitais e no interior das grandes Regiões brasileiras:

| Região | Médicos/1.000 habitantes | | |
|---------------|---------------------------------|-----------------|--------------|
| | Capital | Interior | Total |
| Centro-Oeste | 2,55 | 0,47 | 1,23 |
| Nordeste | 2,73 | 0,12 | 0,66 |
| Norte | 1,56 | 0,10 | 0,52 |
| Sudeste | 3,80 | 0,83 | 1,64 |
| Sul | 4,56 | 0,73 | 1,23 |
| Brasil | 3,28 | 0,53 | 1,19 |

As escolas médicas e de enfermagem estão concentradas nos grandes centros urbanos, sobretudo nas Regiões Sul e Sudeste. A distribuição das escolas médicas segue o seguinte padrão: 10 estão localizadas na região Centro-Oeste; 8, na Norte; 17, na Nordeste; 54, na Sudeste; e 22, na Sul. Essas escolas oferecem 10.101 vagas anuais, das quais 5.798 estão na região Sudeste (57,40%). As escolas de enfermagem reproduzem padrão parecido, 68,8% localizam-se nas regiões Sul e Sudeste. Dados de 1998 indicam que, das 137 instituições de ensino, sete estão localizadas no Centro-Oeste; 25, no Nordeste; 11, no Norte; 61, no Sudeste; e 33, no Sul. Do total de 11.113 vagas anuais, o Sudeste é responsável pela oferta de 6.111. Essa concentração tende a atrair alunos oriundos, também, desses centros, que visam especialização, alta tecnologia, salários atrativos e sociedade de consumo, circunstâncias que favorecem o distanciamento das áreas rurais e mais pobres do País.

Em abrangente avaliação das escolas médicas, realizada pela Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação de Escolas Médicas (CINAEM) na década de 90, verificou-se a inadequação do modelo pedagógico dominante para a formação de profissional adequado às reais necessidades de saúde. Esse modelo, hospitalocêntrico, isola o aluno do mercado de trabalho; oferece fraca formação tecnocêntrica, em prejuízo da formação humanística; e baixa integração interdisciplinar. O ensino é centrado no professor, com ênfase nas ações terciárias e voltado à superespecialização. A formação não é terminal.

Alia-se a isso, o fato de que a formação médica pós-graduada, hoje oferecida, está direcionada prioritariamente para especialidades e subespecialidades, habilitadas para ações de média e alta complexidade. Tal tendência tem sustentado a grande carência de profissionais capacitados a solucionar não só os problemas mais prevalentes, mas também a desenvolver ações voltadas à proteção e à promoção da saúde.

Os ministérios da Saúde e da Educação vêm formulando políticas destinadas a promover mudanças na formação e na distribuição dos profissionais de saúde: Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação da Área de Saúde, Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina - PROMED, Pólos de Capacitação de Saúde da Família, Programas de Residência Médica e Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde - PITS.

Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde – PITS

Concepção

O Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde foi concebido para atender às populações de municípios desprovidos ou com precários serviços médico-sanitários, mediante a lotação de médicos e enfermeiros, a quem são oferecidos incentivos financeiros e de formação profissional. A interiorização tem a finalidade de impulsionar a reorganização da atenção básica de saúde no País e fortalecer o Programa Saúde da Família, a base da interiorização.

Trata-se, assim, de uma intervenção objetiva que visa alcançar resultados concretos a curto e médio prazos. O caráter transitório das ações e a indução para que Estados e

municípios organizem suas ações, valendo-se, para tanto, da estratégia do Programa Saúde da Família, configuram o modelo e as características essenciais do PITS. Outra indução importante refere-se aos cursos de especialização em saúde da família oferecido aos profissionais, por instituições de ensino superior dos Estados que participam do Programa.

Elegibilidade dos municípios

Os critérios de elegibilidade de municípios, em 2001, foram possuir população de até 50 mil habitantes; não dispor de equipe de saúde de família; apresentar taxa de mortalidade infantil igual ou superior a 50/1.000 nascidos vivos; e ser área de prioridade para o controle de malária e/ou tuberculose e/ou hanseníase. Constituiu também objeto de análise o número de consultas por habitante/ano, com base nos dados do SIA/SUS, relativos ao período de junho de 1999 a junho de 2000, tendo como parâmetro o valor igual ou menor que uma consulta/ano. Verificou-se, ainda, a inclusão desses municípios em outros programas governamentais de combate à pobreza e à exclusão social, como Comunidade Ativa e Projeto Alvorada.

Numa primeira seleção, de acordo com os critérios definidos na Portaria 227, foram contemplados as Regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste e o norte do Estado de Minas Gerais, totalizando 150 municípios, com 300 equipes de PSF previstas. Cada equipe é composta por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e cinco ou seis agentes comunitários de saúde (a contratação do auxiliar e dos agentes é responsabilidade do município). A população beneficiada pelo Programa foi estimada em 1.536.826 habitantes, em 16 Estados brasileiros. A lista dos 150 municípios foi encaminhada aos Estados para apreciação pelas respectivas Comissões Intergestores Biparte - CIBs. A análise das CIBs resultou na exclusão de alguns municípios e incorporação de outros.

Paralelamente, os prefeitos foram informados sobre a contrapartida do Município: moradia, alimentação e condições de trabalho para os profissionais. A participação no Programa foi vinculada à assinatura do Termo de Adesão pelo Prefeito. Dos municípios selecionados, apenas 13 não aderiram e foram substituídos, perfazendo um total de 141 cidades no primeiro ano do Programa. A habilitação do município no Programa ocorreu mediante a celebração de Termo de Compromisso entre a Prefeitura e a Secretaria de Estado da Saúde, homologado pelo Ministério da Saúde, no qual estão explicitadas as obrigações dos níveis estadual e municipal.

Incentivos e benefícios

Os profissionais do Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde contam com os seguintes benefícios e incentivos:

- remuneração, por meio de bolsa, no valor de R\$ 4.000,00 a R\$ 4.500,00 para médicos e de R\$ 2.800,00 a R\$ 3.150,00 para enfermeiros, dependendo da distância da capital e vias de acesso; acréscimo de 10% (dez por cento) do valor da bolsa a título de incentivo de permanência, para os profissionais que optarem por continuar atuando no mesmo

município no ano seguinte (caso o município de lotação não permaneça no Programa, o profissional será remanejado de comum acordo com a Coordenação Nacional e Estadual, sem prejuízo quanto ao incentivo);

- tutoria presencial e a distância, realizada por médico e enfermeiro capacitados na área e selecionados pelo Programa, em parceria com os Pólos de Capacitação do PSF dos Estados contemplados;
- curso de especialização em saúde da família, com módulos presencial e a distância e carga horária mínima de 360 horas, a ser promovido preferencialmente por instituições de ensino superior do Estado onde o profissional irá atuar;
- educação continuada, sob a forma de ensino em serviço, para os profissionais que participaram do Programa em 2001 e optaram por permanecer por mais um ano;
- acesso à internet para o processo de tutoria e os módulos a distância do curso de especialização, bem como acesso à biblioteca virtual;
- fornecimento de kit básico de instrumental médico e de material didático, como publicações das áreas técnicas do Ministério da Saúde e livros básicos de medicina e enfermagem para a atenção básica;
- seguro de vida e acidentes pessoais durante a participação no Programa;
- residência e alimentação no município, sob responsabilidade da prefeitura, e transporte do Estado de origem até o município, sob responsabilidade do Ministério e/ou das Secretarias Estaduais;
- certificados de participação no Programa e do curso de especialização, emitidos pelo Ministério da Saúde e pela instituição de ensino superior.

Convocação e inscrição

Foi realizada uma campanha de comunicação, no período de 14 de fevereiro a 05 de março de 2001, com a finalidade de mobilizar profissionais da área. Os candidatos interessados puderam efetuar a inscrição, exclusivamente, via internet, através da página do Ministério da Saúde (www.saude.gov.br). O total de inscritos chegou a 12.673 candidatos (10.555 enfermeiros e 2.118 médicos), sendo que São Paulo, Rio de Janeiro e Paraíba foram os Estados com maior número de inscritos (2.611, 1.567 e 1.112 candidatos, respectivamente).

Seleção dos candidatos

O processo seletivo, realizado pela Comissão Nacional de Seleção, compreendeu avaliação curricular e entrevista. Na avaliação curricular, 2.400 candidatos foram selecionados quatro por vaga (1.200 de cada categoria profissional), e encaminhados para as entrevistas. A pontuação valorizou experiências, iniciativas e especializações em saúde coletiva, atenção básica e saúde da família.

Lotação

Em 2001, foram lotados 426 profissionais, 70% dos 600 previstos inicialmente, o que significou 177 equipes completas (médico e enfermeiro), 08 médicos e 64 enfermeiros. Nessa fase, vários municípios ficaram sem equipes ou com equipes incompletas, principalmente na Região Norte, a menos solicitadas pelos profissionais, sobretudo pelos médicos.

Formação e capacitação das equipes

Antecipando a diversidade de formação dos profissionais selecionados, o PITS optou por um processo de educação continuada em serviço, por meio de curso de especialização em saúde da família com o objetivo geral de formar médicos e enfermeiros para desempenharem suas atividades profissionais em unidades básicas de saúde, na conformidade da estratégia do Programa Saúde da Família, por intermédio de ações de abordagem coletiva e clínica individual.

Os objetivos específicos definidos foram:

- aprimorar a capacidade para o trabalho em equipe e interdisciplinar, na perspectiva da abordagem integral dos problemas de saúde;
- desenvolver conteúdos programáticos que favoreçam o pronto e adequado diagnóstico de doenças prevalentes nas respectivas localidades de trabalho;
- aperfeiçoar a atuação clínica e gerencial de ações para uma apropriada atenção à saúde da criança, da mulher, do adulto e do idoso, mediante abordagem integral e familiar;
- capacitar os profissionais para o processo de gestão local, com ênfase na concepção de saúde coletiva, seguindo os princípios do SUS.

Os cursos de especialização - com carga horária mínima de 360 horas de ensino presencial, distribuídas em aulas teóricas e práticas - utilizaram a metodologia crítico-reflexiva, em que o aluno desempenha papel ativo na construção de seu conhecimento e atua como agente de mudança. As demais atividades foram desenvolvidas no município e acompanhadas por tutores.

As Instituições de Ensino Superior que participaram dos cursos de especialização foram:

| Estados | Instituições de Ensino |
|----------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Acre | Universidade Federal do Acre |
| Amapá | Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Federal da Paraíba, Universidade Federal do Amapá |
| Amazonas | Universidade Estadual do Amazonas |
| Bahia | Universidade Estadual de Santa Cruz (Departamento de Saúde) |
| Ceará | Escola de Saúde Pública, Universidade Federal do Ceará |
| Goiás | Universidade Federal de Goiás (Instituto de Patologia Tropical, Escola de Saúde Pública, Faculdade de Medicina, Faculdade de Enfermagem) |
| Maranhão | Universidade Federal do Maranhão |
| Mato Grosso | Escola de Saúde Pública Universidade Federal do Mato Grosso (Instituto de Saúde Pública) |

| | |
|---------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|
| Mato Grosso do Sul | Escola de Saúde Pública Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) |
| Minas Gerais | Universidade Federal de Minas Gerais |
| Pará | Universidade Estadual do Pará, Universidade Federal do Pará |
| Paraíba | Universidade Federal da Paraíba |
| Pernambuco | Universidade Federal de Pernambuco Universidade Estadual de Pernambuco |
| Piauí | Universidade Estadual do Piauí, Universidade Federal do Piauí |
| Rio Grande do Norte | Universidade Federal do Rio Grande do Norte (NESC) (Departamento Saúde Comunitária) |
| Roraima | Universidade Federal de Roraima Universidade Estadual de Londrina |

A capacitação das equipes que permanecerão no Programa por mais um ano acontecerá sob a forma de educação continuada em serviço e a distância, utilizando métodos modernos de EAD, como cursos de aperfeiçoamento, com conteúdo programático focado em temas de atenção básica à saúde, no contexto da estratégia de Saúde da Família.

Tutoria e supervisão

A tutoria, uma das atividades estratégicas adotadas para o desenvolvimento das atividades de educação continuada e supervisão, foi realizada por profissionais e docentes. Em média, o Programa conta com um tutor médico e um tutor enfermeiro para cada grupo de 10 profissionais, perfazendo 57 tutores, selecionados pelas secretarias estaduais de saúde, a partir de ampla convocação junto às instituições de ensino e serviços de saúde nos respectivos Estados.

O tutor acompanha as equipes sob sua responsabilidade a distância, via internet, e presencialmente, mediante visitas periódicas. Além disso, devem atender às demandas dos profissionais, no que se refere a capacitação e atuação prática no serviço de saúde, articulando a academia e os gestores locais e estaduais para a busca de solução às demandas recebidas.

Monitoramento e avaliação

O PITS incorpora, no âmbito de sua proposta, um sistema permanente de avaliação e monitoramento, realizado por meio de um conjunto de ações coordenadas, baseadas nos princípios da avaliação democrática e participativa. O sistema compreende:

- análise dos relatórios dos coordenadores estaduais;
- avaliação da implantação do Programa nos municípios;
- programa de avaliação dos cursos de especialização;
- avaliação do impacto do PITS nos municípios.

Os três primeiros componentes foram implementados no decorrer do primeiro ano do programa. O quarto será realizado após o décimo segundo mês. Os resultados desse processo

de avaliação tiveram sempre momentos de devolução nos quais avaliadores e avaliados discutiam os resultados.

Análise dos relatórios dos coordenadores estaduais

Os relatórios dos coordenadores estaduais mostram que, decorridos 11 meses de implantação efetiva do Programa, ou seja, da chegada dos profissionais aos municípios, a situação de lotação do PITS quanto ao número de municípios e de profissionais corresponde a:

- total de profissionais - 416 (69,3%);
- total de médicos - 168 (56%);
- total de enfermeiros - 248 (82,6%);
- total de equipes completas - 166 (55,3%);
- total de municípios com profissionais - 117 (82,9%);
- total de municípios com médicos - 98 (69,5%).

Os percentuais foram calculados com base na meta inicial do Programa: lotar 300 médicos e 300 enfermeiros (600 profissionais) nos 141 municípios. Os dados demonstram diminuição do percentual de profissionais lotados e do número de municípios. O profissional pode ser desligado do Programa voluntariamente (desistente) ou por não cumprimento das normas, desligamento involuntário.

Os desistentes representaram a grande maioria, 72 profissionais, o que corresponde a 14,8% do total. As principais causas foram dificuldade de adaptação às condições locais e/ou ao modelo de prática profissional, doenças pessoais e/ou na família. O número de desligados involuntários totalizou 17, o que representa 23,6% do total de desligamentos e apenas 3,5% do total lotado. Os médicos, além de se inscreverem em menor número, aparecem como os profissionais com mais desligamentos: 51 médicos desligados (23,3%) contra 21 enfermeiros (7,8%).

Ao final do primeiro ano de PITS, como prevê a Portaria Nº 227, de 16 de fevereiro de 2001, os profissionais e os prefeitos foram consultados formalmente sobre o interesse em permanecer no Programa por mais um ano. Do total de municípios participantes, 96,6% optaram por continuar e apenas 3,4% desistiram. O percentual de profissionais que responderam sobre o interesse em continuar no Programa, em 2002, atingiu 96,4%, desses, 91% manifestou-se favorável à permanência.

Avaliação da implantação do PITS nos municípios

O acompanhamento do grau de desenvolvimento do PITS nos Estados se deu por meio de visitas aos municípios, realizada aos pares, que entrevistaram os sujeitos partícipes do Programa (coordenadores estaduais, coordenadores de cursos, tutores, gestores municipais, profissionais e comunidade atendida) e aplicaram questionário semi-estruturado aos médicos e enfermeiros. Os municípios foram visitados em dois momentos: no quarto e no décimo mês de funcionamento do Programa.

A metodologia de coleta de dados seguiu as seguintes etapas:

Na capital do Estado:

- reunião com a coordenação estadual, coordenação do curso, tutores e representantes dos Pólos de Capacitação, com o objetivo de apresentar o propósito da avaliação e consolidar parcerias nas instâncias envolvidas, avaliar o desenvolvimento do Programa, na concepção dos atores presentes, e discutir a logística das visitas aos municípios.

No Município:

- reunião com gestores locais para esclarecer os objetivos da avaliação e observar o entendimento, por parte do gestor, da estratégia do Programa e do seu papel;
- visita às Unidades Básicas de Saúde do Programa e aos domicílios dos profissionais;
- aplicação do questionário;
- entrevista com gestores locais;
- entrevista aberta com a comunidade.

Considerando a complexidade do Programa e o número de parcerias envolvidas, foi adotada, para análise dos dados, uma primeira descrição quali-quantitativa das categorias avaliadas com base nas entrevistas e visitas, posteriormente confrontada com os dados de opinião dos profissionais advindas da tabulação dos questionários. Segundo o questionário, os profissionais demonstraram-se favoráveis à implantação de programas de atenção básica, nos moldes do Programa Saúde da Família, fazendo referência a pontos facilitadores e dificultosos do processo.

Foram considerados pontos facilitadores:

| | Sim % | Não % |
|-----------------------------------------------------|--------------|--------------|
| Trabalho em equipe | 86.9 | 13.1 |
| Conhecimentos adquiridos no curso de especialização | 88.6 | 11.4 |
| Coordenação estadual | 59.0 | 41.0 |
| Farmácia básica | 56.8 | 43.2 |
| Tutoria | 51.6 | 48.4 |

O trabalho em equipe e o conhecimento adquirido no curso de especialização foram considerados grandes facilitadores do processo, com respostas positivas acima de 85%. A tutoria, o apoio da coordenação estadual e a existência de medicamentos fornecidos pelo Ministério da Saúde foram considerados ações positivas, que devem ser aperfeiçoadas.

Entre os pontos dificultosos, destacam-se:

| | Sim % | Não % |
|----------------------------------------------------------------|--------------|--------------|
| Referência e contra-referência | 83.7 | 16.3 |
| Gestores municipais | 58.0 | 42.0 |
| UBS - material e equipamento | 58.5 | 41.5 |
| UBS - infra-estrutura física | 57.8 | 42.2 |
| Exames laboratoriais | 55.1 | 44.9 |
| Disponibilidade de transporte para deslocamento intramunicipal | 50.4 | 49.6 |

A precariedade do sistema de referência e contra-referência foi o ponto destacado pelos profissionais como o que mais dificultou o processo, com 83,7% das respostas. Outros pontos que também dificultaram, em menor escala (entre 50 e 60%), foram a falta de sensibilidade e compreensão da lógica da atenção básica pelos gestores municipais, o acesso a exames laboratoriais complementares, a infra-estrutura física inadequada de UBS, a insuficiência de material e equipamentos para assistência e a não existência de transporte regular para o deslocamento das equipes nos municípios. No momento da aplicação do questionário (março/abril de 2002), a grande maioria dos profissionais (80,7%) já havia recebido seus computadores, mas o atraso no recebimento foi apontado como elemento dificultoso do processo.

Avaliando as respostas dos profissionais e as diferentes opiniões colhidas pelos avaliadores, as considerações finais para cada categorias de análise foram divididas em três níveis: bom (B), regular (R) e insuficiente (I). A avaliação dos municípios, agrupada por Estado, foi positiva, com predomínio das situações B e R sobre I, como consta na súmula do processo de acompanhamento da implantação do PITS:

| | Bom | | Regular | | Insuficiente | |
|------------------------------------------|-----|------|---------|------|--------------|------|
| | N | % | N | % | N | % |
| Desempenho do coordenador estadual | 9 | 56.3 | 5 | 31.3 | 2 | 12.5 |
| Tutoria | 7 | 43.8 | 3 | 18.8 | 6 | 37.6 |
| Gestores | 5 | 31.3 | 10 | 62.5 | 1 | 6.3 |
| Desenvolvimento do programa no município | 3 | 18.8 | 12 | 75.0 | 1 | 6.3 |
| Resolubilidade do programa no município* | 5 | 31.3 | 11 | 68.8 | 0 | 0 |

Na opinião da comunidade*

A avaliação sobre a implantação do Programa, seus pontos facilitadores e dificultosos, bem como a opinião dos pares visitantes, foi discutida com os coordenadores estaduais e tutores, em oficinas de trabalho que resultaram em proposições de melhoria.

Programas de avaliação dos cursos de especialização

O objetivo principal deste programa, planejado e executado pelo Centro de Desenvolvimento de Ensino Superior em Saúde (CEDESS) da Universidade Federal de São Paulo, consistiu no aprimoramento do processo de ensino/aprendizagem que ocorreu em diferentes cenários regionais. Foram elaborados quatro questionários, abrangendo 7 blocos de análise: desenvolvimento do curso, docentes, tutores, alunos, coordenadores dos cursos, condições de infra-estrutura e auto-avaliação.

Os dados serviram para entender o ponto de vista coordenadores estaduais, coordenadores de curso, docentes e alunos dos cursos de especialização. A partir das convergências destacadas entre as diferentes óticas avaliativas, foram identificados avanços e condições facilitadoras e graus de dificuldade na análise de cada curso e no conjunto dos cursos.

Foram considerados avanços:

- coerência da proposta e articulação com o PITS,
- apresentação dos objetivos aos alunos,
- conteúdos com embasamento para a prática,
- situações de ensino-aprendizagem e raciocínio clínico,
- troca de experiência entre profissionais e trabalho em equipe,
- técnicas e procedimentos de ensino,
- bibliografia e aprofundamento de conteúdos,
- troca de experiência entre profissionais e trabalho em equipe,
- realização de estudos e tarefas nos períodos de dispersão,
- desenvolvimento de conhecimentos e habilidades,
- competência docente.

Os cursos de especialização em saúde da família foram considerados um avanço positivo do Programa. Ao realizarem uma nova proposta de educação permanente em serviço, com acompanhamento tutorial, garantiram aos profissionais orientação e sustentabilidade para o trabalho e um título acadêmico; ao mesmo tempo em que ampliaram e consolidaram competências educacionais na área, nas instituições regionais de ensino superior.

O PITS constituiu-se, portanto, em um programa que atende às necessidades sociais de interiorização de saúde, como também de investigação sobre novas tecnologias na formação de recursos humanos. Embora os dados apresentados demonstrem que o Programa, uma vez implantado, funcionou relativamente bem, é inegável a dificuldade de atrair médicos, comparada a enfermeiros, considerando os dados da inscrição, o comparecimento às entrevistas e o percentual de desistência.

O processo em 2002

Em 2002, de acordo com a Portaria 758/MS, foram alterados alguns critérios de elegibilidade, são eles: população de até 20.000 habitantes; ampliação do número de vagas para completar a cobertura do Programa Saúde da Família, mesmo em municípios que já possuem equipes em atuação (com a finalidade de dar prioridade à região Norte, devido a grande dificuldade de captação e fixação de profissionais nessa Região); e taxa de mortalidade infantil de 30/1000 nascidos vivos.

Definidos os novos critérios, utilizou-se o mesmo processo de seleção de municípios do ano anterior, com base no banco de dados nacional, resultando em uma relação de 380 municípios e, após consulta aos Estados, seleção de 118 novos municípios distribuídos nas Regiões Norte, Nordeste e no Estado de Minas Gerais, com 295 novas equipes previstas. Foram inclusos os Estados de Alagoas, Sergipe, Rondônia e Tocantins, que não participaram na primeira edição.

O Programa de Interiorização, nesse segundo ano de implantação, conta com:

- 1) 118 novos municípios com vagas para 295 médicos e 295 enfermeiros (295 equipes de PSF);

- 2) 95 municípios selecionados no ano anterior com 74 vagas para enfermeiros e 132 para médicos, também foram incluídos 95 municípios que ou não foram atendidos na previsão de número de equipes na lotação de 2001 ou perderam profissionais naquele ano, totalizando 424 novas vagas para médicos e 352 novas vagas para enfermeiros, em 215 municípios;
- 3) manutenção do Programa em 122 municípios, com 416 profissionais que optaram por permanecer por mais um ano.

Dos 141 municípios que participaram do Programa no ano anterior, cerca de 126 tinham profissionais lotados ao fim do primeiro ano; destes, cerca de 122 (97,0%) optaram por permanecer mais um ano. Dos 416 profissionais que concluíram o primeiro ano, 217 enfermeiros e 132 médicos também optaram por permanecer mais um ano (88,90%). Foram abertas 153 novas vagas para médicos e 74 para enfermeiros, em 95 municípios relacionados o ano passado, seja para ampliar a cobertura com novas equipes ou suprir vagas não preenchidas no ano anterior e/ou vagas geradas pela não permanência do profissional no segundo ano.

O processo lotação de profissionais para o período 2002-2003 encontra-se em fase final, até o momento foram lotados 217 médicos (51,4 % do previsto) e 281 enfermeiros (80,2 % do previsto), faltando ainda concluir a lotação em alguns Estados da região Norte.

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. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde. *Concepção, seleção e lotação de equipes*. Brasília, DF, 2001.

COMISSÃO INTERINSTITUCIONAL NACIONAL DE AVALIAÇÃO DO ENSINO MÉDICO. *Avaliação do ensino médico no Brasil: relatório geral 1991-1997*. [Brasília, DF], 1997.

GARCÍA, J. C. *La Educación médica en la América Latina*. Washington, DC: OPS, 1972. (Publicación Científica, 255).

MACHADO, M. H. *Os médicos no Brasil: um retrato da realidade*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.

**José Arturo Ruiz,
Gustavo Nigenda e
Rosa Ma. Bejarano**

Centro de Análisis Social y Económico de la
Fundación Mexicana para la Salud. México

Políticas sobre Recursos Humanos del Sector Salud en México

1. El problema

La formación y el empleo de los recursos humanos en el sector salud mexicano son temas polémicos que difícilmente alcanzan un consenso entre los estudiosos del tema. En todo sistema de salud existe una amplia variedad de categorías ocupacionales que no son posibles de estudiar en un solo trabajo. Basta decir que van desde el personal de secretaría hasta químicos muy especializados, pasando por una amplia gama de disciplinas como ingeniería, física, derecho, administración, entre otras. En el presente trabajo se aborda sólo el caso de los médicos y de las enfermeras, quienes representan el mayor porcentaje de personal dentro del sector salud.

Cuándo se trata de discutir y diseñar políticas sobre los recursos humanos, por lo general el problema empieza desde la carencia de información estadística exacta y confiable. Las opiniones se dispersan o se quedan en lugares comunes frente a interrogantes tales como: ¿cuántos médicos y enfermeras son necesarios graduar?, ¿qué perfil mínimo general deben tener los egresados?, ¿cuándo crear o cerrar escuelas?, ¿quién regula el funcionamiento de las instituciones de educación superior?, ¿cuántos médicos existen en México y dónde están?, ¿cuántas plazas de trabajo hay que crear anualmente y en dónde?, ¿cómo se determinan los ingresos económicos del personal de salud?, ¿existen políticas institucionales de actualización profesional?, ¿se da un balance ente médicos generales y especialistas?, ¿qué papel deben jugar las organizaciones gremiales en la planeación de los recursos humanos?, ¿cuál ha sido y cuál debe ser el rol del Estado en las políticas de recursos humanos para salud?

El propósito no es dar respuestas a todas las preguntas anotadas, basta con tenerlas presentes como parte del problema de investigación. El trabajo se enfocará en un repaso general de las políticas oficiales en los últimos 20 años, acompañado de datos sobre la matrícula de medicina y enfermería (por sexo), el número de escuelas y la cantidad de médicos y enfermeras empleados por institución en la década reciente. La intención es

mostrar el comportamiento en esos indicadores para poder formular hipótesis sobre la existencia de políticas de recursos humanos y sus principales características.

2. Metodología

Se llevó a cabo una investigación documental con el propósito de construir series históricas con información sobre la matrícula de medicina y enfermería, número de escuelas y la cantidad de personal empleado, en general y por instituciones. También se revisaron y cotejaron las políticas oficiales respecto a los recursos humanos planteadas en los planes y/o programas para el sector, desde mediados de los años setenta hasta el año 2001.

3. Formación de los profesionales: escuelas, matrícula y egresados

3.1 Medicina

a) Escuelas

El número de escuelas de medicina en México se incrementó en 30 de 1960 a 1980, para las siguientes dos décadas el aumento fue de 23, aunque durante un sólo año (2000 al 2001) aparecieron seis. El número promedio de nuevas escuelas por año llegó a 1.4 durante el período 1961-2001 (ver cuadro 1). A pesar de que los datos se registran en por lo menos dos instancias (la Asociación Nacional de Universidades e Instituciones de Educación Superior y la Secretaría de Educación Pública), los números no siempre coinciden y mucho menos los criterios para abrir o cerrar escuelas. Parte de la enorme flexibilidad normativa para abrir o cerrar escuelas se debe a la diversidad de instancias con facultad para otorgar o cancelar permisos. Una de las más flexibles y variadas la representa los gobiernos de cada entidad federativa que, al gozar de relativa autonomía en su legislación local puede o no incluir permisos demasiado laxos o en extremo rigurosos.

Cuadro 1. Total de escuelas de medicina en México, 1960-2001

| Años | Total de Escuelas |
|------|-------------------|
| 1960 | 21 |
| 1970 | 24 |
| 1980 | 51 |
| 1990 | 58 |
| 2000 | 74 |
| 2001 | 80 |

Fuente: ANUIES, Anuarios estadísticos, 1960 a 2001

b) Matrícula general de medicina

Al respecto, los datos contenidos en la gráfica 1 resultan por demás elocuentes. El comportamiento es irregular, mostrando algunos altibajos muy marcados. En el año de 1981 la matrícula nacional fue de 77,367 alumnos, en 1982 llegó a 84,184 estudiantes (creció un 8.1%) y en el siguiente año disminuyeron 7,760 alumnos (un 9.3%). ¿Qué pasó de tan sólo un año para otro? No hay explicaciones sólidas sobre tal acontecimiento.

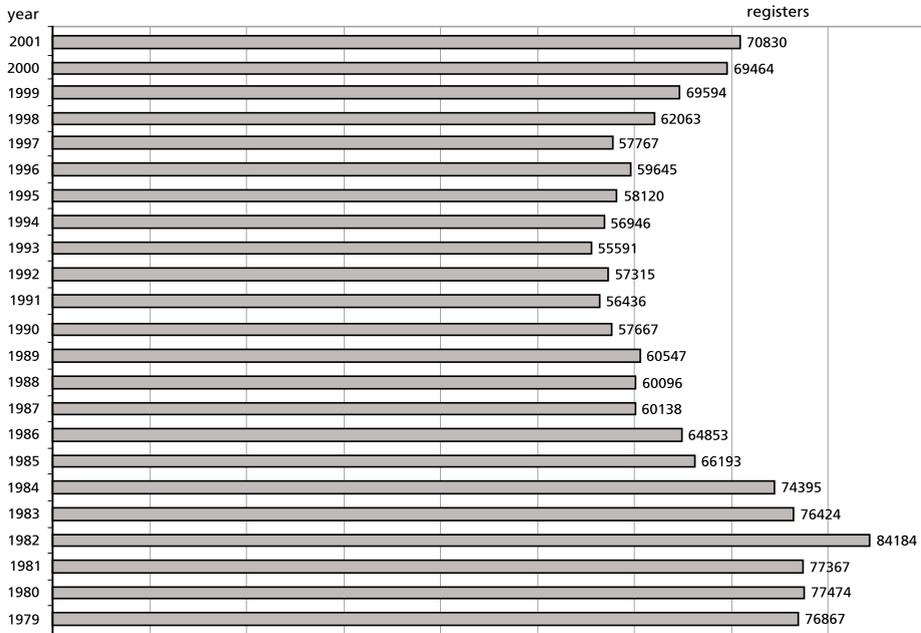
En años posteriores las variaciones de la matrícula son menos marcadas. Cabe resaltar que es en 1993 cuando se reporta el menor número de estudiantes de medicina (55,591) durante el período 1979-2001. En 1997 hay otra caída y a partir de ese año el incremento es sostenido. También llama la atención que de 1979 a 1984 la matrícula fue mayor a la reportada a todos los años posteriores, incluso en el 2001, donde se nos rebasaron los 71 mil alumnos, (ver gráfica 1).

Otro aspecto importante es la composición de la matrícula por sexo. En 1979 las mujeres representaron un 33.6% de la matrícula total de medicina, su presencia se fue incrementando paulatinamente en los años posteriores, llegando a un 40.1% en 1987 y al 49.1% en el año de 1999. Hacia el 2000 y el 2001 la participación de las mujeres en la matrícula de licenciatura en medicina fue de 50.1 y 50.4%, respectivamente. Sin embargo, en algunos años el incremento de las mujeres mostró un descenso como fue el caso en el año 1980 que registró una participación del 28.7%, (ver gráfica 2).

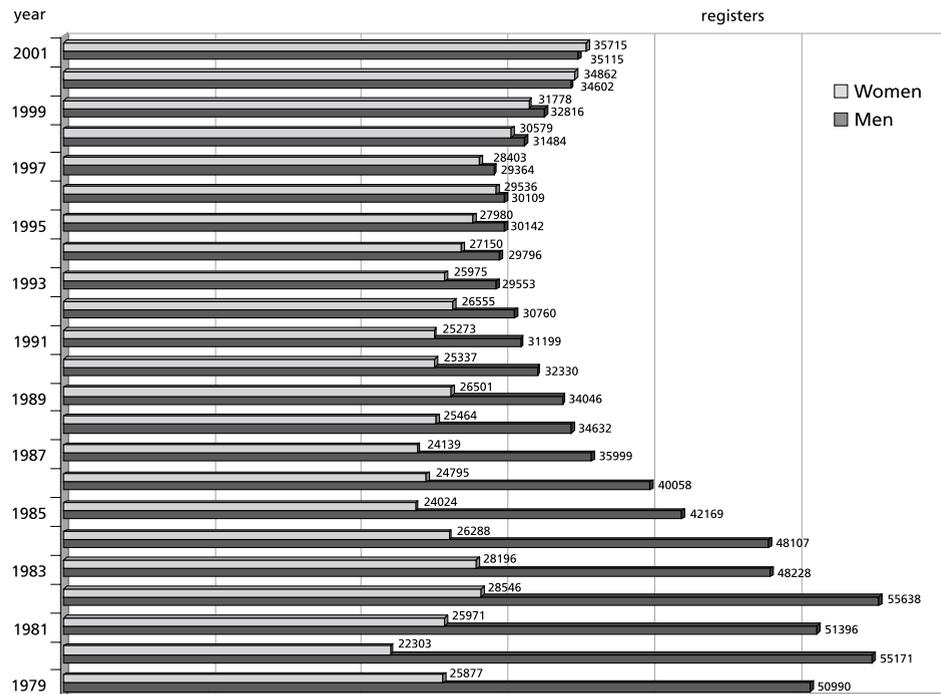
También el comportamiento de egresados de medicina por año es inconstante. En el año 1982 se registra el mayor número (12,944) significando un 24.4% mayor al del año anterior; por el contrario, 1993 fue el año que reportó menos egresados (4,573) disminuyendo un 44% respecto al año inmediato pasado. A partir de 1998 hasta 2001 hay una tendencia ascendente sostenida en el número de egresados. Otro dato que llama la atención es que en 1980 los egresados fueron más (1,030) que en el año 2001, (ver gráfica 3). Por lo demás, es obvio que la población total mexicana aumentó cerca de 20 millones de habitantes durante el período en cuestión.

A lo anterior hay que agregar que la evolución de la matrícula poca o nula guarda correspondencia con el número de egresados. Si se considera el año de 1987 existió una matrícula de 60 mil personas, frente al año 1983 que registró 4,573 egresados (el más bajo dentro del período comprendido en el estudio), se nota que la generación que ingresó en el primer año mencionado tuvo una baja eficiencia terminal.

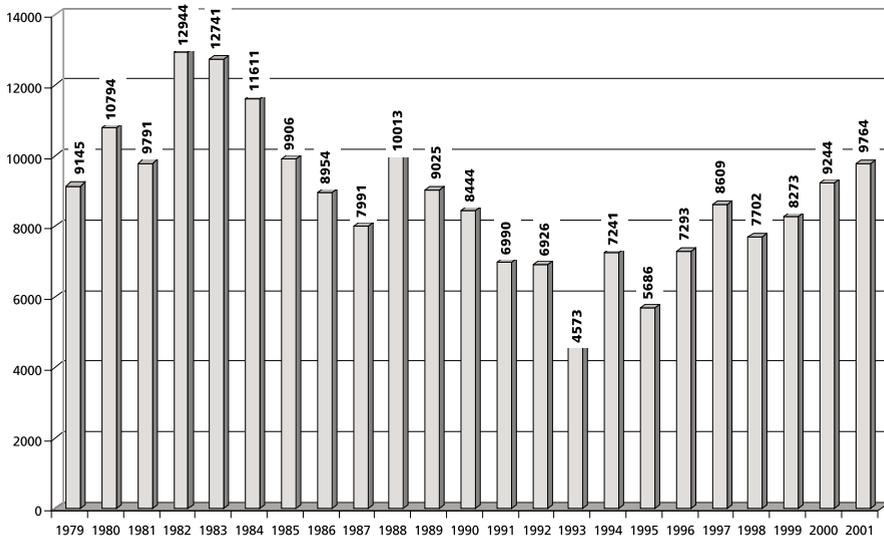
Graphic 1. It registers total of physicians in Mexico, 1979-2001



Graphic 2. It registers total of physicians in Mexico by sexes, 1979-2001



Gráfica 3. Total de médicos egresados en México, 1979-2001



3.2 Enfermería

a) Escuelas

Las escuelas de enfermería en México mantuvieron un incremento modesto durante las décadas de 1960 a 1980. Su crecimiento más marcado se presentó en el lapso de 1990-2000. Las condiciones para abrir una escuela de enfermería a nivel de licenciatura, en el ámbito público generalmente coinciden con la normatividad de las instituciones de educación superior, en el espacio privado los criterios son más amplios, dado que pueden intervenir diversas instancias, tales como los gobiernos estatales, las secretarías de educación de los estados, la secretaría de educación a nivel federal, las asociaciones nacionales y locales.

Cuadro 2. Total de escuelas de enfermería en México, 1960-2000

| Años | Total de escuelas en licenciatura de enfermería |
|------|-------------------------------------------------|
| 1960 | 12 |
| 1970 | 19 |
| 1980 | 20 |
| 1990 | 29 |
| 2000 | 55 |

Fuente:

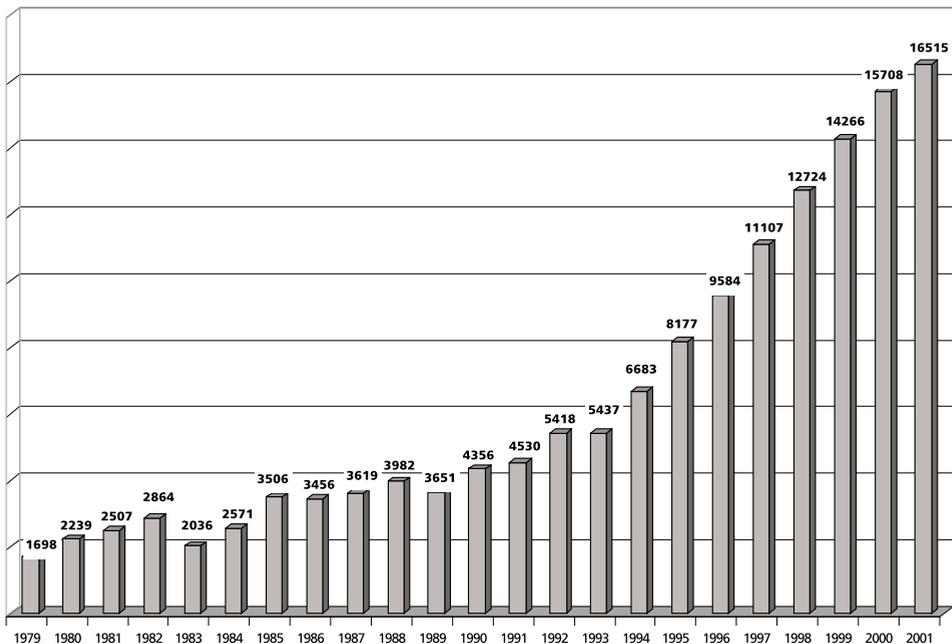
b) Matrícula general de enfermería

Durante el período del estudio la matrícula ha crecido de manera sostenida, a excepción de los años 1983 y 1989 cuando decreció en 828 y 331 alumnos, con respecto al año inmediato anterior. Los incrementos más significativos se registraron en los años de 1997 (1,523) y 1999 (1,542). El número de estudiantes de licenciatura en enfermería era demasiado reducido en 1979; el aumento ha sido notable en los últimos años (de 1991 a 2001) cuando creció en más de un 300%, (ver gráfica 4).

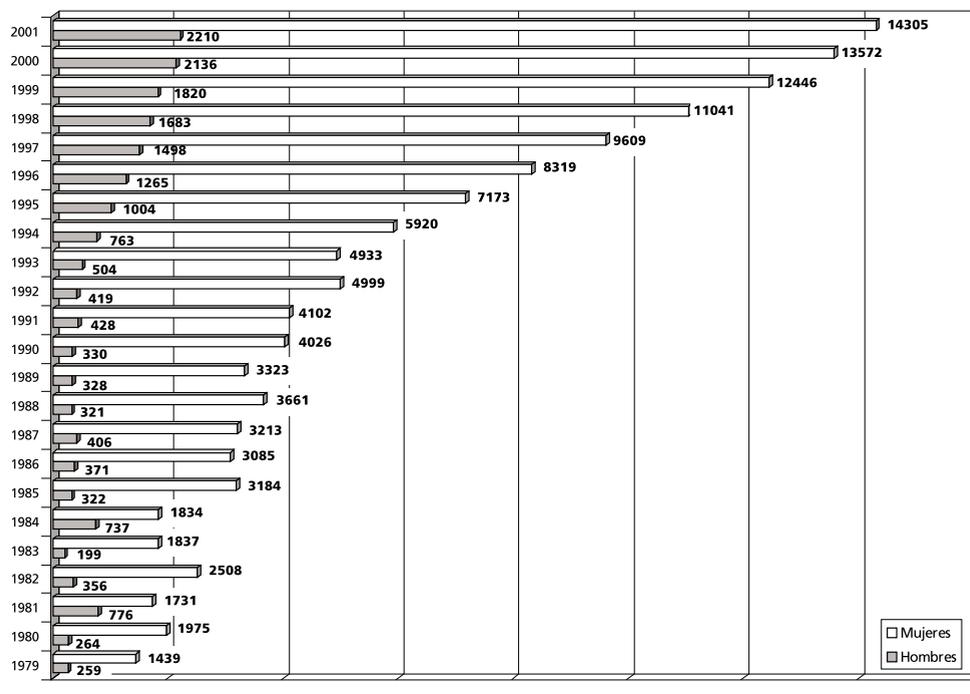
Respecto al sexo de los estudiantes de enfermería, la predominancia de las mujeres ha sido permanente. Los varones representaron un 13.3% en 1980 y un 13.9% en 1995. Para los dos últimos años de la serie la participación de los hombres aumentó ligeramente al reportar 15.7% y 15.4%, respectivamente, (ver gráfica 5).

En cuanto a los egresados de la licenciatura, ha existido un incremento sostenido, a excepción de los años de 1981, 1984, 1991, 1994 y 2001. Al igual que entre los estudiantes de medicina, no es posible obtener una explicación certera sobre esta cuestión, (ver gráfica 6).

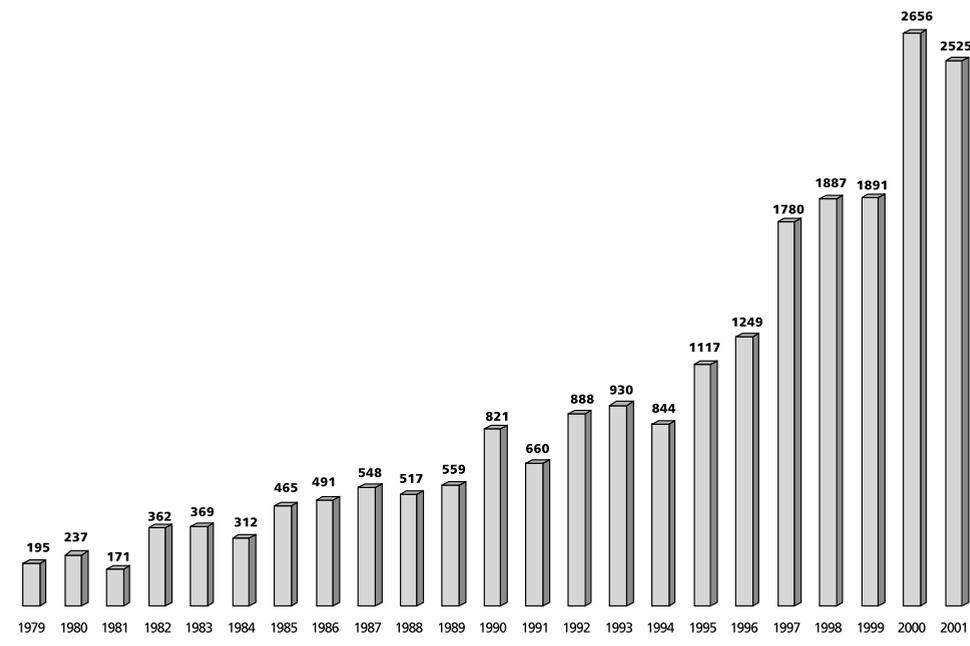
Graphic 4. It registers total of infirmary in Mexico, 1979-2001



Gráfica 5. Matrícula total de enfermeras en México por sexo, 1979-2001



Gráfica 6. Total de egresados de enfermería en México, 1979-2001



4. Médicos por mil habitantes en México

La existencia de médicos por mil habitantes no ha sufrido modificaciones significativas durante los últimos 20 años. Los datos oficiales, considerando sólo las instituciones públicas y de seguridad social, muestran una disminución de 1990 al año 2001, (ver cuadro 3). Si bien, algunos criterios internacionales recomiendan como mínimo un médico por cada mil habitantes, en América Latina (en el año 2001) México se encontraba en un lugar intermedio con 1.5, superado por Venezuela, Uruguay y Cuba, con 1.9, 3.7 y 5.8, respectivamente.

Cuadro 3. Médicos por mil habitantes, 1980-2001

| Año | Médicos por mil habitantes |
|------------|-----------------------------------|
| 1980 | 0.8 |
| 1986 | 0.9 |
| 1990 | 1.3 |
| 1995 | 1.1 |
| 2001 | 1.1 |

Fuente: SSA, Boletín de información estadística, 1980 al 2001

A lo anterior hay que agregar que en México existe una gran asimetría en el número de médicos por entidades federativas y regiones. Mientras que en las ciudades se presenta el desempleo entre los médicos, en las regiones rurales de mayor marginación se carece de ellos. En el país hay 12 estados con menos de un médico por mil habitantes. Lo anterior no necesariamente coincide con el índice de marginación de esos estados ya que, como se puede apreciar en el cuadro 4, el Estado de México tiene menos médicos que Campeche pero los niveles de bienestar general de la población, del primero son más del doble que el segundo. Los mayores contrastes entre las entidades federativas se resumen en el siguiente cuadro:

Cuadro 4. Médicos por mil habitantes en seis estados de la república, 2001

| Estados | Médicos por mil habitantes |
|------------------|-----------------------------------|
| Distrito Federal | 2.6 |
| Baja California | 2.2 |
| Campeche | 1.4 |
| Chiapas | 0.7 |
| Guanajuato | 0.7 |
| México | 0.6 |

Fuente: SSA, Salud México 2001

5. Total de médicos en México y los principales empleadores

Las variaciones anuales reportadas por la SSA respecto al número de médicos laborando en las instituciones públicas y privadas, no representan un incremento constante entre 1990 y el año 2000; hay un crecimiento discontinuo. Así, mientras que entre 1991 y 1992 el aumento fue de 28,141 médicos, entre 1995 y 1996 fue de sólo 3,367. Esta tendencia puede estar mostrando una contracción en el mercado laboral o puede ser debida a imprecisiones de la información (ver gráfica 7).

En cuanto a los datos por institución se puede apreciar que en el caso de la Secretaría de Salud se mantiene un incremento constante sostenido en un promedio de 2,577 médicos por año, durante el período 1990-2000. Llama la atención el comportamiento registrado del año 1996 al 1997 cuando crecieron en 9,989, algo atípico en el lapso anotado; es decir el 26.5% de un año a otro. En términos porcentuales el menor aumento de la plantilla médica se da entre los años 1992 y 1993 con un 5.2%

El IMSS también registra un crecimiento constante con un promedio de 1,257 médicos por año, en el mismo período. Aunque hay altibajos como los presentados en los años 1991 a 1992 donde sólo se agregaron 624 nuevos médicos (1.4%), mientras que desde el año 1999 al 2000 crecieron en 2,709 (5.3%).

Un caso especial es el de los servicios médicos de Pemex donde se observa un decremento en el personal médico: pasaron de 3,202 en 1990 a 2,386 en el año 2000. Si bien se aprecian ligeros incrementos en 1991 (307) y en el 2000 (31), la tendencia se presentó a la baja. Esta situación es posible explicarla a partir de que el número de trabajadores petroleros disminuyó drásticamente durante los años que van de 1988 a 1994; de acuerdo al sindicato de la empresa, el total del personal despedido llegó a alrededor de 100 mil trabajadores.

Finalmente, el registro de los médicos ocupados en el sector privado refleja una inconsistencia permanente en los años para los cuales existen datos oficiales disponibles. De 1991 a 1999 se pasa de 10,868 médicos a 62,951, es decir crecieron en términos absolutos en 52,083, con un promedio de 5,787 por año; frente al IMSS que aumentó en 7,634, con un promedio de 848 al año durante el mismo período. Los datos anteriores generan severas dudas sobre la calidad de la información respecto al sector privado de un año a otro, por ejemplo para 1998 se consignaron 17,604 médicos y para el siguiente año el número llegó a 62,951 (ver cuadros 5 y 6).

Como se puede apreciar en el siguiente cuadro, el mayor aumento de personal médico durante el período en cuestión se registró en la SSA, los menores en el IMSS y en «otras instituciones públicas y de seguridad social» y una pérdida de plazas en los servicios médicos de Pemex.

Cuadro 5 - Médicos por institución en México, 1991 y 2000

| Institución | 1991 | 2000 | Incremento absoluto | Incremento porcentual |
|--------------------------------------|---------|---------|---------------------|-----------------------|
| SSA | 27,715 | 54,293 | 26,578 | 96.0 |
| IMSS-Solidaridad | 4,253 | 5,541 | 1,288 | 30.3 |
| IMSS | 43,130 | 53,473 | 10,343 | 24.0 |
| ISSSTE | 13,646 | 17,886 | 4,240 | 31.0 |
| Pemex | 3,511 | 2,386 | - 818 | - |
| Otras publicas y de seguridad social | 5,716 | 7,050 | 1,334 | 23.3 |
| Privadas | 10, 868 | *17,604 | *6,736 | *61.9 |

* Datos de 1998. No hay datos oficiales para el 2000
Fuente: SSA, Boletín de Información estadística, Vol. I, 1991 y 2000

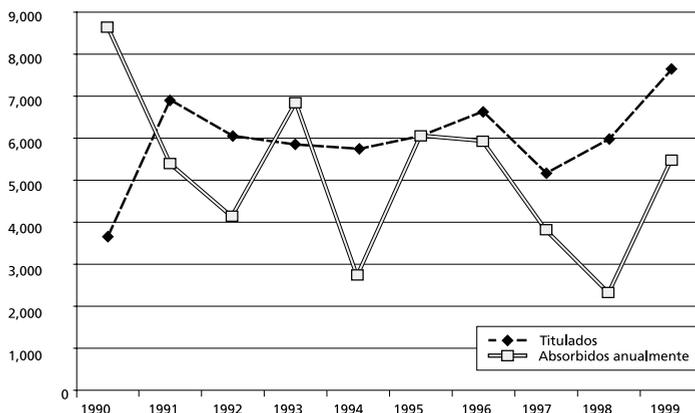
Cuadro 6 - Total de médicos por institución, 1990-2000*

| Institución Año | SSA | IMSS Sol | IMSS | ISSSTE | Pemex | Otras** | Subtotal | Privadas | TOTAL |
|--------------------|--------|-------------|--------|--------|-------|---------|----------------|----------|----------------|
| 1990 | 25,940 | 3,703 | 39,646 | 12,975 | 3,204 | 3,862 | 89,330 | N/D | 89,330 |
| 1991 | 27,715 | 4,253 | 43,130 | 13,646 | 3,511 | 5,716 | 97,971 | 10,868 | 108,839 |
| 1992 | 29,529 | 4,615 | 43,754 | 14,002 | 3,051 | 8,403 | 103,354 | 33,626 | 136,980 |
| 1993 | 31,065 | 4,825 | 44,111 | 14,226 | 2,894 | 10,374 | 107,495 | 46,163 | 153,658 |
| 1994 | 32,889 | 5,179 | 46,151 | 15,311 | 2,510 | 12,289 | 114,329 | 50,875 | 165,204 |
| 1995 | 36,213 | 5,385 | 47,296 | 15,775 | 2,364 | 12,401 | 117,072 | 58,724 | 178,158 |
| 1996 | 37,620 | 5,434 | 47,813 | 15,945 | 2,393 | 13,909 | 123,114 | 58,411 | 181,525 |
| 1997 | 47,609 | 5,419 | 48,658 | 16,487 | 2,405 | 8,453 | 129,031 | N/D | 129,031 |
| 1998 | 49,453 | 5,500 | 50,017 | 16,948 | 2,403 | 8,510 | 132,831 | 17,604 | 150,435 |
| 1999 | 50,309 | 5,541 | 50,764 | 17,309 | 2,355 | 8,881 | 135,159 | 62,951 | 198,110 |
| 2000 | 54,293 | 5,541 | 53,473 | 17,886 | 2,386 | 7,050 | 140,629 | N/D | 140,629 |

Fuente: SSA, Boletín de información estadística. Vol. I Recursos y servicios, 1990 a 2000.

* Incluye en contacto directo con pacientes y especialistas

** Públicas y de seguridad social - N/D No hay datos oficiales

Gráfica 7 - Médicos titulados y médicos absorbidos en el mercado de trabajo por el sector público, 1990-1999

6. Desempleo y subutilización de Recursos Humanos

De acuerdo a la información trabajada en la Fundación Mexicana para la Salud, a partir de la base de datos del XXII Censo General de Población y Vivienda 2000, se pudo lograr un acercamiento importante a información poco disponible y casi nula sobre el desempleo y/o el desperdicio de la fuerza de trabajo de personal con formación en medicina y en enfermería.

Para cuantificar el desaprovechamiento se consideró a todos los recursos humanos entre 20 y 50 años de edad (con el fin de capturar a los estratos que en teoría deberían estar activos, dejando fuera a los pensionados, jubilados y retirados) que han recibido formación formal como médicos y enfermeras y que no están trabajando en labores propias de su formación. Se incluyó a las personas que declararon para el Censo que no trabajan en labores relacionadas con el sector salud, los que manifestaron no tener empleo, gente que continua estudios de posgrado e incapacitados.

La información fue sistematizada por sexo, grupos de edad, médicos generales y médicos especialistas, obteniendo los siguientes resultados:

- Entre los médicos generales varones, el total del desperdicio fue de 20%; las mujeres alcanzaron un 34% y el promedio, considerando ambos sexos, fue de 27%. Por grupo de edad, fueron las mujeres entre los 40 y 50 años que reportaron un desaprovechamiento del 36%. La explicación al respecto no es sencilla: se puede aventurar que ya pasaron por la etapa reproductiva que las podría alejar de la actividad profesional, por lo tanto su marginación podría estar obedeciendo al factor edad; a mayor edad menores oportunidades.
- Los médicos especialistas registran un menor desaprovechamiento tanto por género como en general. Para los varones es del 14% y para las mujeres fue un 24%, llegando el promedio a 19%. A diferencia de los médicos generales, son las mujeres del grupo de edad entre 20 y 30 años que concentran el mayor desaprovechamiento entre los especialistas con un 24%.
- Considerando a las enfermeras con nivel de licenciatura y dentro del grupo de edad de 20 a 50 años el porcentaje de desaprovechamiento laboral llegó a 21%, siempre de acuerdo con los cálculos realizados en la base de datos del Censo de Población 2000.

Abordar el asunto del desempleo, la subutilización o el desaprovechamiento de recursos humanos en el sector salud en México es por demás complicado, dada la carencia de registros sistemáticos y confiables. Las encuestas periódicas de empleo (en general) en México no captan información al respecto. A pesar de ello no es prudente dejar a un lado el fenómeno cuando de política y planeación de recursos humanos se trata. Todo lo contrario, el fenómeno en cuestión resulta de fundamental importancia.

7. La política oficial sobre Recursos Humanos

Desde inicios de la segunda mitad del siglo pasado en México se impulsan políticas públicas tendientes a conformar un sistema nacional de salud, con la Secretaría de Salud (Ssa) y el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) a la cabeza. En la misma época las universidades públicas empezaron a tomar un papel relevante en la formación de recursos humanos calificados en el área de ciencias de la salud, destacando, por su cantidad y calidad, la Universidad Nacional Autónoma de México. Dejando a un lado importantes antecedentes de las instituciones mencionadas, se puede decir que desde la época anotada las diversas instituciones tomaron caminos separados, con políticas poco complementarias y en más de una ocasión, completamente antagónicas.

Si bien desde su creación la Secretaría de Salud ha sido considerada por ley la instancia normativa y reguladora del sector salud, en la práctica poco ha logrado en lo que se refiere a las políticas y planeación de los recursos humanos. El IMSS siempre ha impulsado políticas propias que responden más a las necesidades internas del instituto y en menor medida a las necesidades de salud de la población en general. Por su parte, las instituciones de educación superior (públicas y privadas) han estado sujetas a vaivenes de tipo político y económico, mismos que han determinado sus prioridades. Las universidades (a pesar de que la mayoría goza de autonomía legal) en ocasiones muy influenciadas por los gobiernos estatales, han marcado sus propias rutas: ya sea creando y/o desapareciendo escuelas y facultades de medicina y enfermería; ya sea aumentando o bajando la admisión y matriculas de esas disciplinas; ya sea recortando presupuestos; ya sea flexibilizando curriculas y criterios de promoción escolar.

Ante esta realidad han existido diversos esfuerzos para buscar una mínima coordinación en políticas y planeación de recursos humanos, algunos impulsados desde instancias gubernamentales, otros desde organizaciones autónomas y otros desde gremios de médicos y enfermeras. Así han sido formadas la Asociación Nacional de Universidades e Instituciones de Educación Superior, la Asociación Nacional de Facultades y Escuelas de Medicina, la Federación Mexicana de Escuelas y Facultades de Enfermería, la Federación de Nacional de Colegios de la Profesión Médica, ente otras.

A nivel del gobierno federal, en 1983 se formó la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud. Esta comisión es encabezada por los titulares de la Secretaría de Salud y de la Secretaría de Educación Pública y participan, entre otras instituciones, el IMSS y universidades. Uno de sus objetivos centrales ha sido “identificar las áreas de coordinación entre las instituciones educativas y las de salud, así como entre el sector educativo y el sector salud, en el proceso de formación de recursos humanos para la salud que requiera el Sistema Nacional de Salud”. A casi 20 años de su creación los resultados de tan importante instancia han sido muy limitados, debido en gran parte a las restricciones de regulación y normatividad que enfrenta ante grandes y poderosas instituciones como el IMSS, las asociaciones gremiales y las escuelas privadas.

Cuadro 7. Política sobre recursos humanos, 1974 -1976

PLAN NACIONAL DE SALUD 1974 - 1976

Problema

“La evolución de las instituciones educativas y de salud, y la transformación de las condiciones sociales, han propiciado un **desequilibrio en las proporciones** que deben guardar entre sí los miembros que integran el equipo de salud, porque el proceso de **formación de los profesionales se ha llevado a cabo sin los controles** que permitan alcanzar y mantener después, los números convenientes para realizar la protección médica de toda la población... [existe] la necesidad de un **cambio radical** en la estrategia seguida hasta la fecha para contar con los recursos humanos que se requieren.”

Políticas

“**Planear la formación de personal** por equipos en función de las necesidades de las instituciones de salud y de las comunidades.”

“... la distribución del personal [no debe ser] un acto administrativo realizado a posteriori, sino resultado previo del proceso educativo.”

“**Propiciar la coordinación** formal y permanente entre instituciones de salud y las de enseñanza.”

Fuente: SSA, Plan Nacional de Salud 1974-1976

Cuadro 8. Política sobre recursos humanos, 1984 - 1988

PROGRAMA NACIONAL DE SALUD 1984 - 1988

Políticas

Formación y desarrollo de recursos humanos. El “propósito específico es **adecuar la formación**, capacitación y actualización de los recursos humanos para la salud, en sus diferentes niveles académicos y técnicos, a las **necesidades de la población**, y conforme a las prioridades del Sistema Nacional de Salud.”

Fuente: SSA, Programa Nacional de Salud 1984-1988

Cuadro 9. Política sobre recursos humanos, 1990 -1994

PROGRAMA NACIONAL DE SALUD 1990 - 1994

Problema

“La prestación de servicios de salud de calidad tiene su base en la **formación y desarrollo adecuados** de los recursos humanos, propósito que debe mantenerse buscando, además, alternativas para que su logro sea **acorde con las necesidades de la población.**”

Políticas

“Definir con cada entidad federativa los contenidos precisos de **capacitación del personal de acuerdo con los problemas de salud** y los recursos disponibles.”

“**Consolidar el sistema de información** sobre la formación y desarrollo de los recursos humanos en el área de salud.”

“Investigar, en **coordinación con instituciones educativas**, las características y perspectivas del mercado de trabajo del personal técnico y profesional.”

Fuente: SSA, Programa Nacional de Salud 1990-1994

Cuadro 10. Política sobre recursos humanos, 1995 - 2000

PROGRAMA DE REFORMA DEL SECTOR SALUD 1995 - 2000

Problema

"Para la consecución de los objetivos es necesario que toda acción se acompañe de la preparación y capacitación adecuada y permanente del personal."

Políticas

"**Planear la formación de recursos** humanos de nivel técnico, licenciatura y posgrado"

"Regular la apertura de escuelas del área de la salud, así como las políticas de matrícula en función del mercado de trabajo".

"**Consolidar los sistemas de información** como recurso indispensable para la planeación de recursos humanos en formación."

Fuente: SSA, Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000

Cuadro 11. Política sobre recursos humanos, 2001 - 2006

PROGRAMA NACIONAL DE SALUD 2001 - 2006

Problema

"En México hay insuficiencia de ciertos recursos y un problema grave de distribución en la mayoría de ellos. Mientras que en las ciudades hay un exceso de personal médico y paramédico, que se traduce en desempleo y subempleo, en las áreas rurales hay escasez. **Existe una falta de planeación y de coordinación** entre las instancias generadoras de recursos, por un lado, y los tomadores de decisiones y prestadores de servicios, por otro".

Políticas

"Generación de un diagnóstico exhaustivo sobre la calidad de la educación de los profesionales de la salud."

"Por medio de la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud y **en colaboración con el sector educativo**, la instrumentación (sic) de una estrategia para elevar la calidad de la educación de los profesionales de la salud".

"**Identificación de prioridades** en la formación de profesionales de la salud".

Fuente: SSA, Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000

Siempre hay una: explícita o por omisión (lo que en sí misma lo es) Parciales, trucas, repetitivas, inerciales.

8. Comentarios finales

- En México la planeación de los recursos humanos para el sector salud ha sido muy incipiente. Se ha reconocido como un problema «histórico» la carencia de coordinación elemental entre el conjunto de instancias involucradas (tanto del sector salud como de educación superior, gremios, colegios). Una posible explicación puede ir en el sentido del desinterés predominante debido a que cada institución o grupo privilegia intereses particulares y/o cotos de poder.
- No existen evidencias de que la evolución de la matrícula de medicina en México responda a criterios relacionados con la demanda del sistema de salud ni con las necesidades de salud de la población mexicana. Su crecimiento y/o decremento de un

año para otro no encuentra explicaciones relacionadas con la planeación ni con una política de mediano y largo plazo.

- El número de escuelas de medicina en México no está determinado por las necesidades del sector salud. Han prevalecido criterios laxos para la creación o desaparición de escuelas, especialmente privadas. En el 2002 se ha creado una nueva instancia que pretende certificar a las escuelas de medicina con el propósito de mejorar la calidad de esas instituciones. Las expectativas al respecto son amplias, las posibilidades de impactar positivamente no se ven a mediano plazo.
- A lo largo de 28 años en México se han identificado, casi de manera idéntica, los problemas en la formación de los recursos humanos y se han formulado políticas similares para responder a dichos problemas. En 1974 se planteó, desde el gobierno federal, la necesidad de planear y coordinar las acciones de formación; lo mismo se repitió en los programas oficiales del período 1990-1994 y en el programa de 1995-2000 (donde se agregó la necesidad de mejorar la información sobre recursos humanos); para el 2001-2006 se repite casi de manera textual el asunto de la planeación y la coordinación.
- Se puede afirmar que no son meras coincidencias, ni que los problemas ni las estrategias son idénticamente “descubiertos” e “inventadas” al inicio de cada administración federal. Las evidencias relacionadas con la situación real de los recursos humanos (en cuanto número formado, empleados, distribución, ingresos) pueden indicar que las políticas oficiales no han logrado éxito. Plantear en 2001 lo mismo que en 1974, lo menos que refleja es que los avances han sido parciales, limitados, de tal suerte que el diagnóstico es el mismo, al igual que las políticas y las estrategias.
- En sí mismas las políticas formuladas no resultan inadecuadas. La hipótesis es que son tales las cantidades de actores e intereses diversos involucrados, con tendencias mayoritariamente antagónicas, que ha faltado voluntad política normativa y reguladora por parte del Estado para lograr una coordinación mínima en la planeación de los recursos humanos, acorde a las necesidades reales de la mayoría de la población mexicana.

Os Pressupostos para a Elaboração da Política de Recursos Humanos nos Sistemas Nacionais de Saúde

Introdução - A política e os campos de atuação em Recursos Humanos

Ao tratarmos dos pressupostos para a 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, à política nacional de recursos humanos e sua relação com o processo de construção do Sistema Único de Saúde.

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, sua avaliação. Assim, elas serão: (i) tanto mais democráticas quanto maior a participação de atores legitimamente constituídos envolvidos no processo de deliberação sobre essas políticas; (ii) tanto mais inclusivas e, portanto, “justas” (equitativas) quanto maior o número de setores em desvantagem (inclusive as chamadas minorias profissionais) envolvidos; e (iii) tanto mais efetivas quanto maior o número de setores governamentais envolvidos e comprometidos com essa política, em cada esfera de governo e interesferas.

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 pelos prestadores aos usuários dos serviços, que definem, em grande parte, a qualidade, efetividade, 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 pelos empregadores aos trabalhadores;

- das oportunidades educacionais e de acesso ao sistema das profissões, tanto no sentido individual quanto no coletivo, oferecidos pelas instituições formadoras aos futuros profissionais;
- 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, oferecidos pelas instâncias certificadoras aos profissionais.

Ao considerarmos as questões para a produção e distribuição daqueles bens, estamos nos referindo a 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, as questões relativas ao sistema de utilização de Recursos Humanos – **a gestão do trabalho**.

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

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. Entretanto, o exercício dessa ação reguladora por parte de um determinado agente público, no caso específico o Ministério da Saúde e por extensão as secretarias estaduais e municipais de saúde, não é automático. Depende de vontade política específica nesta direção, na medida em que, como se observou, os agentes responsáveis pela oferta daqueles bens (prestadores de serviços, empregadores, instâncias formadoras e instâncias certificadoras/autorizadoras de práticas) não são necessariamente agentes públicos e mesmo quando o são podem não estar sob uma mesma jurisdição.

No caso brasileiro, 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 o qual estabelece como uma das atribuições do SUS a ordenação da formação de recursos humanos para o Sistema. Na seqüência, a Lei N° 8.080/90 explicita a necessidade de articulação entre as esferas de governo para a formalização e execução da política de recursos humanos. Outras referências, ainda, regulam esse ordenamento: (i) Emenda Constitucional n.º 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; e (ii) a Lei n° 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.

Se por um lado, Esses dispositivos legais apontam responsabilidades e competências, por outro, requerem discussão e pacto para melhor regulamentação, no sentido de garantir adequada formação profissional, direitos trabalhistas e, ao mesmo tempo, instrumentos flexíveis de gestão do trabalho, que possibilitem aos gestores agilidade e rapidez nas decisões. Mesmo incompletas estas referências permitem identificar a função diferenciada do Gestor

Federal do Sistema no processo regulador da oferta e demanda de recursos humanos, por meio da articulação entre setores e órgãos das três esferas de governo, de modo a propiciar mais direcionamento 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 de 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 1988 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 de 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 o 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 direcionamento, 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 cinco 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 Brasil.

A conjuntura atual do SUS e a Política 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, reguladoras e de prestação de serviços do Sistema. Trata-se da redefinição e da busca por maior capacidade reguladora e gestora do Sistema e de seus componentes institucionais – eficácia, eficiência, qualidade e produtividade.

Esse movimento se traduz, no âmbito federal, pela criação das agências reguladoras – Agência Nacional de Vigilância Sanitária e Agência Nacional de Saúde Complementar – e pela reestruturação organizacional do Ministério da Saúde. No âmbito estadual, a redefinição do papel das secretarias estaduais de saúde na sua função de gerenciar e promover a equidade do sistema neste nível de gestão, assumindo cada vez mais seu papel reguladora e de cooperação técnica a municípios, em detrimento da função executora na prestação de serviços. E no âmbito municipal, a expressiva expansão da função executora 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) e 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 à Saúde - NOAS, no sentido de garantir racionalidade ao Sistema, viabilizando os componentes de equidade e integralidade no atendimento à população e não apenas 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 esse pacto.

O 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, pela valorização do vínculo e do compromisso entre equipe de saúde, indivíduos e comunidade – possibilita uma ação pró-ativa no cuidado à saúde.

Dada a dimensão – cerca de 16.000 equipes instaladas e aproximadamente 50.000.000 de pessoas assistidas pelo PSF em Setembro de 2002 – e o direcionamento que a estratégia de saúde da família imprime na construção de um novo modelo de atenção, é necessária uma referência mais detalhada ao trabalho realizado pelas equipes de saúde da família para a identificação das questões e desafios relacionados com Recursos Humanos, bem como para a proposição de intervenções e ações. Assim, são características desse trabalho:

- serviço em tempo integral, permitindo mais dedicação e responsabilização com a população atendida, exigindo novas competências tanto para o cuidado físico integral e geral, como para a abordagem psico-afetiva;

- incorporação de um novo ator na equipe de saúde, em relação ao qual há especificidades de inserção: o agente comunitário de saúde que aprofunda o vínculo e a capacidade de conhecimento e diálogo com aquela comunidade;
- mecanismos e valores de remuneração diferenciados para os trabalhadores, permitindo mais compromisso com o trabalho, mas exigindo ajustes e novas modalidades de vinculação;
- responsabilidade da equipe por determinada população, residente em território definido, aprofundando o comprometimento e exigindo competências relativas ao planejamento do trabalho, relacionadas ao diagnóstico de saúde daquela comunidade;
- trabalho em equipe – um dos pilares da transformação do modelo de assistência, de garantia da assistência integral –, promovendo 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. Assim, amplia-se o escopo de atuação, o que cria a necessidade de redefinição das funções e papéis tradicionais das profissões, que devem manter suas especificidades, porém reordenando o trabalho. 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 as necessidades da população.

É, portanto, a partir destes três grandes movimentos – reordenamento gerencial (capacidade institucional), descentralização/regionalização (capacidade gerencial e novas demandas técnico-assistenciais) e reordenamento do modelo assistencial (novas competências profissionais e novas formas de vinculação) – que se configura o cenário para o qual deve ser proposta a Política de Recursos Humanos, colocando demandas específicas, tanto para as ações de preparação quanto de gestão do trabalho e de regulação de RH.

Identificados os bens a serem produzidos e distribuídos, os campos de atuação e o macrocenário do sistema de saúde, condicionantes maiores da Política, cabe agora discutir como criar capacidade institucional para responder a essas demandas, bem como quais as ações efetivamente realizadas em cada um dos campos.

A Política de Recursos Humanos e os campos específicos – Conjunturas e ações desenvolvidas

1. O desenvolvimento da 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, deve ser feita uma consideração especial relativa à capacidade institucional dos gestores do sistema e, em particular, do Gestor Federal do SUS em intervir efetivamente nesta regulação. Em que pese o mandato constitucional previsto pelo Artigo 200, é necessário considerar que este não se instituiu automa-

ticamente. A dificuldade de intervenção efetiva 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. Assim, no sistema de preparação o mandato de regulamentar boa parte do processo de formação e capacitação de pessoal é por excelência do Ministério da Educação. É nesse Ministério que são definidas as diretrizes e normas dos processos formadores, bem como os critérios para autorização de funcionamento das instituições formadoras.

No sistema 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 socialmente determinadas é evidentemente gerada internamente. Já o processo de regulamentação das relações de trabalho bem como das 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 subsistema da regulação profissional tem toda a sua regulamentação instituída, inicialmente, por meio de leis que estabelecem os campos autorizados de exercício profissional, seu acompanhamento, fiscalização e regulamentação do exercício realizado pelos Conselhos Profissionais, os quais passam a disputar entre si os campos específicos de prática.

Em síntese, o campo de intervenção exclusiva do setor de RH em saúde refere-se à organização e ao gerenciamento 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 a dimensão e a diversidade das ações que ora se desenvolvem no sistema de saúde, cada Secretaria do Ministério da Saúde, cada setor/programa das secretarias estaduais e mesmo das secretarias municipais de maior porte contam com um subsetor 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 as externalidades às necessidades internas 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 por meio 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 problemas e necessidades que se apresentam e limitam a implantação do sistema, a partir daí, definir as ações nos campos de preparação, utilização e regulação profissional que precisam ser desenvolvidas. E outro movimento orientado pelo primeiro, mais técnico, no sentido de construir as alternativas que viabilizem aquelas decisões.

Portanto, a construção da capacidade institucional passa, por um lado, pela estruturação de fóruns e espaços de negociação e pacto entre os gestores do sistema, usuários e trabalhadores, no sentido de identificar necessidades e construir as linhas de ação prioritárias; e, por outro, pela 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, Grupo Técnico 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**, de composição tripartite, no âmbito do Ministério da Saúde, gera a possibilidade de dar visibilidade, problematizar e pactuar estratégias de enfrentamento às questões identificadas. A aproximação e o fortalecimento de ações conjuntas com o Ministério da Educação, Ministério do Trabalho, Ministério Público do Trabalho e 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 – permite também a construção de uma agenda política mais propositiva para o setor.

Além da ação política, são necessários desenvolvimento e disseminação de conhecimento e informação, por meio do estímulo à constituição de grupos de investigação que promovam tais ações, bem como, por meio de um trabalho em rede que potencialize o processo, permitindo a ampliação e incorporação de agentes descentralizados na discussão e construção da agenda de RH para o país. É nesse sentido que se constitui a **Rede de Observatório de Recursos Humanos**, que conta atualmente com 10 estações, cada qual com perfil próprio, atuando como apoio ao Ministério da Saúde, na geração de informação estratégica para a construção da política, e possibilitando acesso a investigações de outros setores governamentais descentralizados – SES e SMS – e de outros agentes institucionais – conselhos profissionais, universidades, sindicatos, etc.

A terceira estratégia no sentido de fortalecer a capacidade institucional diz respeito à 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 tanto a improvisação imediatista e inconseqüente como o formalismo, a rigidez e, portanto, a ineficácia das administrações de pessoal tradicionais. Neste sentido, o Ministério da Saúde, além de intensificar a implementação dos **Cursos de Especialização em Gestão e Desenvolvimento de Recursos Humanos – Cadrhus**, realizou o **Curso de Especialização em Gestão de Recursos Humanos** (semipresencial, dirigido a 52 gerentes de RH das SES e de órgãos centrais do MS), e, por meio de uma parceria entre o Profae e CGPRH, esta estruturando um **Mestrado Profissionalizante em Recursos Humanos**.

2. O sistema de preparação de Recursos Humanos

No sistema de preparação de recursos humanos, o problema tradicional refere-se ao distanciamento entre os centros formadores e a necessidade dos serviços. Tal distanciamento revela-se em duas dimensões:

- na inadequação dos profissionais formados, em termos de competências requeridas, traduzidas, por exemplo, na dificuldade levantada principalmente pelos médicos para exercer competências gerais no cuidado individual, bem como para desenvolver atividades de planejamento em saúde, relacionamento com a comunidade e abordagem psicoafetiva no PSF; e reafirmadas pelas avaliações provenientes do provão e do Cinaem, que demonstram um domínio de cerca de 50% das habilidades requeridas aos médicos no final do 6º ano;
- no desenvolvimento de estratégias insuficientes para a dimensão da atividade de preparação exigida para a implantação do sistema, que não pode ser efetuada somente por meio de metodologias presenciais, em cursos que afastam os profissionais das atividades e baseiam-se em pré-supostos estabelecidos pelos centros formadores e não nas demandas concretas apresentadas pela organização dos serviços onde os profissionais atuam.

Por outro lado, a Lei de Diretrizes e Bases – ao estabelecer um ensino baseado no desenvolvimento de competências; enfatizar a formação a partir do trabalho; e permitir a flexibilização dos currículos, substituindo o currículo mínimo pelas diretrizes curriculares que, no caso da saúde, estabelecem um conjunto de competências comuns para os profissionais voltados para as necessidades dos serviços – abriu espaços para significativas inovações e oportunidades para essa aproximação, tanto no nível superior como no nível médio.

A disponibilidade de recursos provenientes de empréstimos internacionais (Reforsus, Profae, PSF, AIDS), a existência de experiências descentralizadas bem sucedidas e de metodologias de educação em serviço testadas em projetos anteriores (projeto Larga Escala), bem como a distribuição nacional de centros formadores, permitiram a implementação de ações estratégicas intensas e significativas. Respondendo às demandas de implantação do sistema – desenvolvimento gerencial, descentralização e regionalização e qualificação para a atenção básica –, essas ações começam a reverter o afastamento mencionado.

São exemplos de projetos estratégicos:

1. as atividades de capacitação gerencial, que se incluem desde o treinamento para trabalho em equipe e para gestores municipais, gerência de unidades básicas de saúde (GERUS), especialização em gestão de serviços para equipes municipais e estaduais, especialização para gestores de Recursos Humanos (CADRHU) e mestrados profissionalizantes;
2. os Pólos de Capacitação em Saúde da Família, que possibilitaram a articulação ensino-serviço (envolvendo Estados, municípios e mais de 100 centros formadores no País, em 30 Pólos instalados) no desenvolvimento de estratégias de curto e médio prazo para a preparação de pessoal de saúde da família;
3. o Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (Profae), voltado para a formação de 250.000 auxiliares de enfermagem, também permitiu o desenvolvimento de metodologias para formação e certificação baseadas em competências,

- a preparação descentralizada de agentes formadores à distância e o desenvolvimento institucional das escolas técnicas para outras iniciativas de formação de nível médio;
4. o Programa de Incentivos a Mudanças Curriculares em Escolas Médicas (PROMED) é uma iniciativa inédita de articulação entre os Ministérios da Saúde e da Educação e da Organização Pan-Americana da Saúde, para induzir a introdução dos princípios definidos pelas novas diretrizes curriculares nas escolas médicas, devendo estender-se também para as escolas de enfermagem;
 5. o Programa de Formação de Agentes Locais de Vigilância em Saúde (Proformar), desenvolvido pela Funasa, em parceria com a Fiocruz, é destinado à formação de guardas sanitários descentralizados;
 6. os Cursos de Especialização em Saúde da Família, desenvolvidos em parceria com municípios, Estados e Pólos de Capacitação em Saúde da Família, são oferecidos pelo Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (com a respectiva bolsa) e destinados a aproximadamente 600 médicos e enfermeiros que integram as equipes de saúde da família em cerca de 300 municípios carentes e destituídos de assistência básica nas Regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste e no norte do Estado de Minas Gerais.

3. O sistema de utilização de Recursos Humanos

No sistema de utilização, conforme discutido anteriormente, o Programa Saúde da Família introduz uma série de inovações na organização do trabalho, bem como induz a contratação e a substituição progressiva do modelo tradicional, por meio do incentivo às equipes. Este movimento, associado à transferência de pessoal descentralizado e à responsabilização municipal constitucional com a saúde, incentivada pela NOB 96 e pela NOAS, promove a expansão do emprego em saúde, particularmente no nível municipal. Entretanto, essa expansão contrasta com a política de estabilidade e os limites de gastos impostos pela Lei de Responsabilidade Fiscal. Associa-se a esse processo o alto custo do emprego formal no País, tanto estatutário como celetista, a rigidez na legislação trabalhista para saídas negociadas localmente e a falta de experiência municipal na construção de alternativas inovadoras. Com frequência, defrontamo-nos com modalidades de vinculação que, além de precárias, encontram-se fora dos limites legais, ocasionando prejuízo para a continuidade e qualidade da assistência prestada, o comprometimento do profissional com o serviço e a integridade jurídica dos municípios.

Por outro lado, a diversidade do País permitiu a construção de algumas alternativas que, dentro da legalidade, viabilizam uma gestão mais flexível e ao mesmo tempo mais responsável com os profissionais e a população atendida. É o caso da criação de fundações e autarquias para a gestão dos serviços, das parcerias realizadas com as organizações sociais, OSCIPs e organizações filantrópicas, bem como da introdução de legislações específicas que permitem a diferenciação dos servidores e remuneração por desempenho.

Aqui, portanto, o grande desafio está no estabelecimento de um pacto entre os gestores do sistema, no sentido de estabelecer quais compromissos podem ser assumidos por cada

parte, bem como quais alternativas devem ser buscadas externamente para uma gestão do trabalho mais flexível e responsável.

Nessa direção, a implantação do PITS representa um novo pacto em relação à distribuição de pessoal para o sistema: o Governo Federal seleciona os profissionais e financia temporariamente a bolsa em municípios com evidente necessidade de pessoal; o município se compromete com o suporte em termos de condições de trabalho, moradia e habitação; e o Estado, além do apoio logístico necessário e da articulação do Pólo de Capacitação, em alguns casos (Acre e Tocantins) tem complementando o valor da bolsa.

4. A regulação profissional

No subsistema de regulação profissional, o cenário tradicional apresenta-se com o Estado transferindo quase integralmente às corporações profissionais, por meio de seus Conselhos, a autoridade para – uma vez a profissão reconhecida por lei – regular toda a prática e exercício profissional, em termos éticos, de certificação, ou autorização para o exercício e delimitação do escopo de prática.

Entretanto, a implementação do Programa Saúde da Família, com a redefinição de competências daí decorrentes, associada ao desenvolvimento de novas tecnologias assistenciais no atendimento (AIDS, Saúde Mental, etc.), induz à ampliação do escopo de prática das profissões. O desenvolvimento de protocolos de práticas – as apresentadas pelo AIDPI, por exemplo; as portarias de regulamentação dos serviços, com a especificação de exigências de determinados profissionais; e a criação da profissão de Agente Comunitário de Saúde são ações que apontam para um processo de recuperação da intervenção pública, bem como de desorganização dos padrões tradicionais dos campos de atuação profissional. Os escopos de prática, a divisão do trabalho e os limites bem estabelecidos nas responsabilidades profissionais não funcionam mais nas novas práticas.

Contudo, a ausência de um agente mediador, formalmente constituído para esses novos conflitos, tem levado muitas vezes tais impasses para um litígio legal entre Conselhos (o caso dos ortópticos x oftalmologistas ou a já tradicional disputa sobre quais categorias profissionais podem praticar Acupuntura), entre Estado e corporações (os contínuos questionamentos realizados pelo COFEN ao Ministério da Saúde sobre as atividades autorizadas para os Agentes Comunitários) ou, com mais frequência, entre ações de corporações contra pessoas físicas acusadas do exercício ilegal da profissão. A ausência de um processo de mediação acaba acarretando decisões baseadas muito mais na tradição e na capacidade de mobilização, inclusive política de corporações mais poderosas, do que especificamente no interesse dos serviços e da população assistida.

Um outro componente importante do processo de incorporação de tecnologia no setor saúde diz respeito à diversificação e à ampliação de ocupações, as quais, ao ganhar especificidade em determinada área, passam a requerer autonomia e reconhecimento como profissão, o que lhes possibilitaria propriedade sobre determinado campo de prática. Tais interesses, ainda que legítimos, também pressupõem uma discussão pública mais aprofundada sobre quais seriam atividades exclusivas, quais passíveis de realização, mediante supervisão,

e quais compartilhadas entre as corporações. O processo de identificação e construção de competências profissionais, que vem sendo utilizado de maneira crescente no mundo do trabalho e da formação e foi intensamente empregado pelo PROFAE, no processo de elaboração da formação necessária para os Auxiliares de Enfermagem, constitui hoje um importante instrumento orientador para as discussões, merecendo mais espaço no setor saúde.

As perspectivas da Política de Recursos Humanos – Algumas sugestões

A evolução do sistema e o conjunto de ações desenvolvidas no campo de recursos humanos, no âmbito Federal, permitem reposicionar a atual Política de Recursos Humanos para o SUS. Passou-se de uma realidade desfavorável, com um enorme trabalho a ser realizado, associado à ausência de ações representativa e à valorização de pequenos problemas, para uma diversidade de iniciativas sustentáveis e de alto impacto, com um volume de recursos agregado bastante significativo e orientado para problemas-chave de recursos humanos. Além disso, em função das novas questões surgidas decorrentes dessa reorientação, a elaboração da Política de Recursos Humanos passa a ser discutida, de maneira crescente, nos níveis estratégicos de gestão do sistema.

No campo da preparação, aquele conjunto de ações, desenvolvidas em parceria com instituições formadoras, secretarias municipais e estaduais de saúde, constitui importante base para a organização de uma rede de educação continuada/permanente para o sistema, com dimensões nunca atingidas anteriormente. A constituição do Grupo de Trabalho Permanente de Recursos Humanos permite, por sua vez, iniciar a articulação entre os diferentes setores do Ministério da Saúde, em conjunto com Conass e Conasems, no sentido de estabelecer um processo de oferta sistemático, regular e continuado de iniciativas de qualificação profissional, baseado em prioridades consensuais para o sistema e adaptado às realidades e demandas regionais. Esse processo de articulação Federal permitirá a indução de processos ordenadores semelhantes, nos âmbito estadual e municipal (nos grandes municípios), reduzindo a fragmentação de ações hoje existente.

A constituição de uma **instância de coordenação estadual, com agilidade administrativa para gerenciamento de recursos** – por meio de organização social, OSCIP ou Fundação, por exemplo –, associada à obrigatoriedade de adoção de um **sistema de informação e acompanhamento específico**, poderia ser um importante componente para a estruturação de um **Sistema Nacional de Qualificação de Pessoal**. Esse sistema possibilitaria **repasse fundo a fundo**, superando as tradicionais formas de financiamento, baseadas em convênios por programas, além de criar a possibilidade de participação complementar de Estados e municípios.

No campo da utilização de pessoal, a questão-chave ora apresentada diz respeito aos mecanismos de vinculação de pessoal, dado o aparente grau de precarização nas relações de trabalho que se apresentam hoje. A transformação dessa questão em uma simples

reivindicação por incremento de recursos, frente ao alto custo do trabalho e aos limites da Lei de Responsabilidade Fiscal, é pouco sustentável. O enfrentamento do problema merece melhor qualificação.

A precarização é resultado de formas de contrato inexistentes (contratos verbais, por exemplo) ou formatos irregulares (prestação de serviços em serviços públicos, de forma continuada; contratos por meio de cooperativas; vinculação por meio de cargos comissionados para serviços de assistência direta à população); ou ações inadequadas frente às responsabilidades públicas no setor saúde. Um exemplo são as terceirizações indiscriminadas, que resultam na perda da capacidade de intervenção do Estado em funções estratégicas, problemas que não ocorrem de maneira homogênea em todo o País, nem são específicas para um só tipo de atividade, como tem sido referido com frequência no PSF.

Por outro lado, o grau de comprometimento orçamentário efetivamente realizado, como decorrência da Lei de Responsabilidade Fiscal, também é bastante variável para o conjunto dos municípios. Já, a alternativa frequentemente apresentada pelas organizações sindicais, de contratação direta pelo regime estatutário e estabelecimento de um PCCS em cada nível de governo, também tem pouca possibilidade de sucesso, não só pelas condições administrativas, financeiras e gerenciais de diversos municípios, mas pela inadequação da proposta frente a uma realidade de trabalho mais dinâmica, no que se refere às tecnologias continuamente incorporadas e características do mercado de trabalho. Assim, as alternativas tradicionais de PCCS, com mecanismos de acesso e ascensão rígida e descrição de cargo rigorosa, exigindo perfis muito bem definidos, são incompatíveis com o mundo do trabalho, no qual se exigem novas competências a cada instante, disponibilidade para atuar em diversas funções, aperfeiçoamento contínuo e diversificado, além de um mercado com diferentes possibilidades de inserção para diferentes categorias profissionais.

A adoção de metodologias antigas induziria aos já tradicionais problemas de defasagem de remuneração entre setor público e privado, desvio de funções, superoferta de profissionais em determinados setores e carência em outros, em função da realidade do mercado, desestímulo funcional, ineficiência e ineficácia do serviço prestado. As alternativas, portanto, devem contemplar processos que reconheçam e induzam a permanência do profissional no serviço, porém dentro de uma perspectiva de evolução contínua, capaz de responder às novas demandas e ser compatível com a capacidade operacional dos municípios e com os interesses e possibilidades das diferentes categorias, reconhecidas as características de mercado e subordinados aos interesses da população.

Esse processo, portanto, demanda ainda um importante e recém-iniciado processo de pacto entre gestores dos três níveis do sistema, trabalhadores e população, a respeito do modelo de Estado que se quer, como alcançá-lo e quem vai pagar por ele. Para um **pacto de flexibilidade responsável**, ainda que se coloque num âmbito maior que o setor saúde, é fundamental o posicionamento específico de um dos mais importantes setores sociais do País, que pode e que deve ter influência sobre as alternativas construídas.

Finalmente, no campo da regulação profissional, parece ser de fundamental importância publicizar a discussão relativa à propriedade dos campos profissionais. 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 da capacidade do Estado para a coordenação da política para as profissões.

Um grupo-tarefa específico, interministerial, coordenado pelo Ministério da Saúde, 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;
- proposição de protocolos de procedimentos uniformizados com vistas ao recebimento, análise e encaminhamento das demandas existentes.

Considerações finais

Por tudo o que foi feito e pelo que falta fazer, a Política de Recursos Humanos ganhou espaço institucional e relevância estratégica dentro do sistema. Avançar nessa política, entretanto, pressupõe muito mais que o fortalecimento de um determinado locus institucional específico, a enorme capacidade de negociação e de articulação intra e interinstitucional, bem como a capacidade de aprender a construir com as diferenças e com a diversidade.

Bibliografia consultada

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, 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., 2001.

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 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Geral de Políticas de Recursos Humanos. **Política de Recursos Humanos para o SUS**, mimeo, Brasília, 1999.

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., 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde. Concepção, seleção e lotação de equipes**. Brasília, DF, 2001.

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.

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 Profesionales de Salud en la Reforma del Estado**. Cuadernos Médicos Sociales, nº 77, pp 45-58, Abril 2000.

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.

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

QUINTANA, Pedro; CAMPOS, Francisco; NOVICK, Marta. (org.) **Gestión de Recursos Humanos em las Reformas Sectoriales em Salud: Cambios e Oportunidades**. Organización Panamericana 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.

Trabalho, Ética e Necessidades Sociais em Saúde

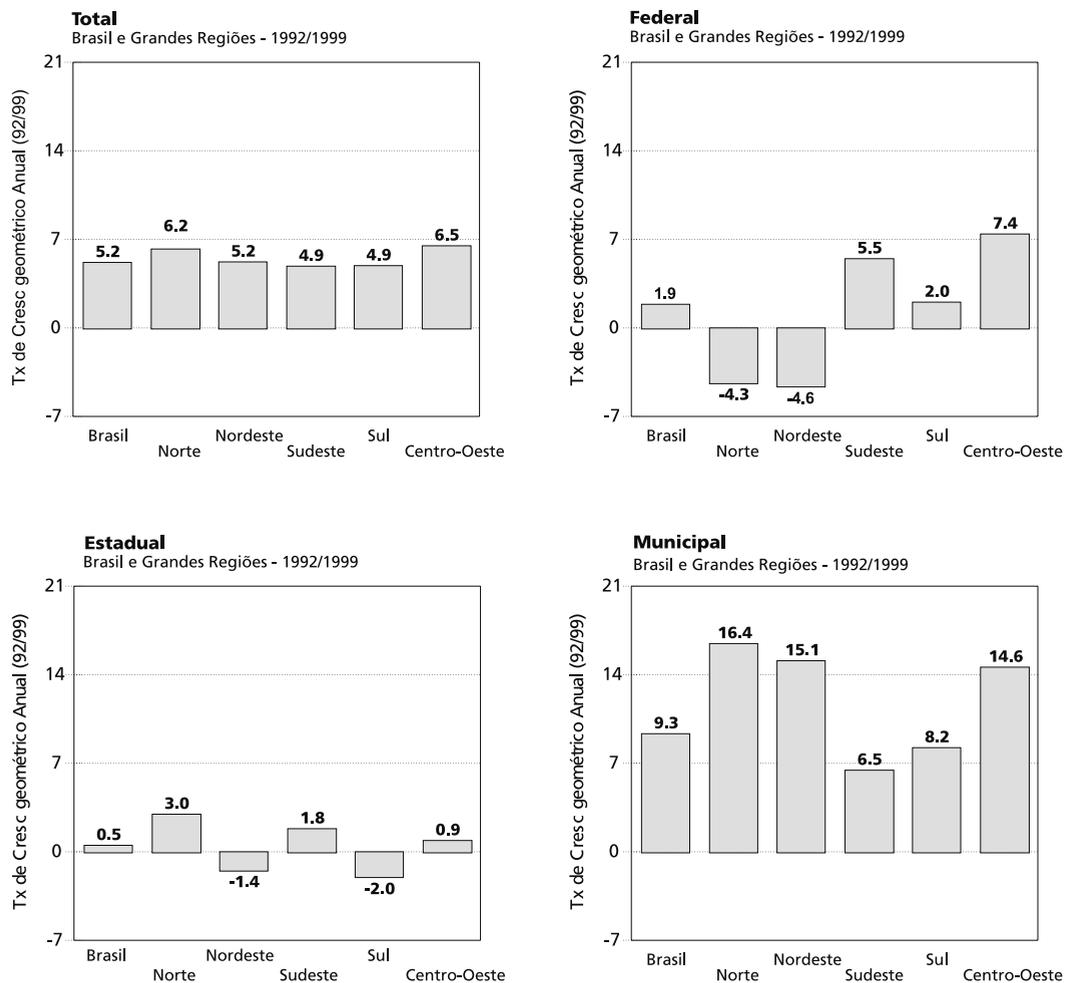
Motta (1993), autor da obra *Gestão Contemporânea: a Ciência e a Arte de Ser Dirigente*, afirma que “a gerência é a arte de pensar, de decidir e de agir; é a arte de fazer acontecer, de obter resultados. Resultados que podem ser definidos, previstos, analisados e avaliados, mas que têm de ser alcançados através de pessoas e numa interação humana constante”. Motta refere-se às organizações de modo geral.

Entendemos que a gerência é o próprio exercício da gestão. Nesse sentido, o objetivo da gestão pública consiste na compreensão do Governo e das suas relações com a sociedade, visando tornar a ação governamental mais eficiente e eficaz de acordo com os valores sociais e baseados nos preceitos éticos. Sob esse olhar de gestor, no acúmulo de nossa experiência na gestão estadual e municipal, é que enfocaremos o tema.

Somos 1.375.238 trabalhadores de saúde, de acordo com a Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária do IBGE - 1999, sendo que a maior concentração está no Setor Público, com 751.451 trabalhadores. A distribuição pelas diferentes esferas administrativas aponta que 475.552 são municipais (63,3%), 194.922 são estaduais (25,9%) e apenas 80.977 são federais (10,8%).

A planilha, ao lado, de taxa de crescimento geométrica dos empregos públicos por esfera administrativa demonstra a tendência progressiva de crescimento dos empregos municipais, exigindo uma agenda política específica para as Secretarias Municipais de Saúde, face ao processo de descentralização coerente com o desenvolvimento do Sistema Único de Saúde.

O cenário de exercício desse trabalho se dá numa realidade marcada pela heterogeneidade - coerente com a dimensão continental do Brasil -, acentuadamente, pelas desigualdades sociais, pela transição demográfica e pela transição epidemiológica.

Figura 1**Empregos públicos por esfera administrativa - Brasil e Grandes Regiões - 1992-1999**

O relatório da ONU, que utiliza o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) para medir o grau de desenvolvimento, com base nos dados de 1998 aponta que cresceu o IDH no Brasil. Aumentou a expectativa de vida, cresceu a taxa de alfabetização e também a taxa de matrícula nos três níveis de ensino.

Evolução do IDH - Brasil - 1975-1998

| Ano | 1975 | 1980 | 1985 | 1990 | 1997 | 1998 |
|-----|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| IDH | 0,639 | 0,674 | 0,687 | 0,706 | 0,747 | 0,747 |

O conceito de desenvolvimento humano proposto por Amartya Sen (1993) advoga que prosperidade econômica não leva necessariamente ao enriquecimento da vida das pessoas e, nesse sentido, o desenvolvimento tem por objetivo primordial melhorar os tipos de vida que os seres humanos estão vivendo e, portanto, esse deve ser o objeto da ação pública.

Estudos mostram que a expectativa de vida no Brasil é menor do que em países com renda per capita menor ou similar à nossa. Assim, países como a China e o Sri Lanka, com renda per capita em torno de 1/5 da renda per capita da população brasileira, apresentam expectativas de vida ao nascer significativamente maiores. Ainda caracterizando o cenário do exercício profissional, cabe registrar que o Brasil tem a quinta maior população do mundo.

Nos últimos dois anos, a renda *per capita* vem sofrendo queda associada ao fraco desempenho da economia como um todo. Desde o início da década, a capacidade de compra do trabalhador brasileiro vem diminuindo. Segundo Dedecca (2.000), do Centro de Estudo do Trabalho da UNICAMP, “ocorreu uma redução substantiva no nível de rendimento de toda a população. As exceções foram os 0,5% mais ricos e do sexo masculino que tiveram ganho de 1,3%. O país registrou uma evolução da taxa de desemprego de 2,2 % nos anos 80 para 15% da população economicamente ativa em 2000. Taxas maiores só foram registradas pela Argentina (15,1%) ou países arrasados por guerra e miséria como Zimbabwe (46,5%) e Botswana (39,3%). Exibimos a 23ª maior taxa de desemprego do mundo e em números absolutos só perdemos para a Índia. Somos, portanto, o segundo maior contingente de desempregado do mundo.

A dissociação entre políticas econômicas e sociais tem contribuído para agravar a desigualdade e exclusão social. A concentração de renda não se alterou nos últimos 23 anos, segundo dados do IPEA. Os mais ricos (1%) ficam com parcela idêntica aos mais pobres (50%). Ou seja, cerca de 1,6 milhão se apropria da mesma riqueza dividida por outros 80 milhões.

Neste cenário, contraditório aos ditames constitucionais, que asseguram a saúde como um direito de todos e estabelece o Sistema Único de Saúde regido pelos princípios da universalização, equidade, garantia de acesso e integralidade, as políticas da chamada reforma de Estado, implementada especialmente a partir de 1995, imprimiram sacrifícios que afetam sensivelmente a política de recursos humanos e alavancam flexibilizações e deterioração nas relações de trabalho que não se coadunam com o papel e a função social a serem exercidos pelo trabalhador da saúde.

O Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais e Municipais vêm regulando atualmente o Sistema de Saúde, mas evidentemente sofrem dificuldades próprias, conseqüentes de uma política econômica que penaliza o financiamento da área social e de uma realidade marcada por importante exclusão social.

Os problemas verificados na área de recursos humanos são inúmeros:

- estruturas centralizadas de administração de pessoal, em grande parte fora das estruturas das secretarias de saúde;
- despreparo das gerências das unidades assistenciais para lidar com a área de recursos humanos;

- ausência de política de avaliação sistemática e contínua de recursos humanos;
- ausência de carreiras estruturadas;
- trabalhadores com diferentes sistemas de remuneração convivendo no mesmo espaço e equipes de trabalho;
- flexibilização dos vínculos e modalidades de contratação, aliada aos múltiplos vínculos;
- concentração de categorias profissionais estratégicas, estabelecimentos, equipamentos de saúde e serviços de média e alta complexidade em algumas regiões do país;
- frágil integração entre ensino e serviço;
- administração e desenvolvimento de recursos humanos sem interface ou diálogo;
- ausência de estrutura competente de informação em recursos humanos;
- carência de política de qualificação;
- diferentes jornadas de trabalho;
- trânsito no sistema de trabalhadores das três esferas (federal, municipal e estadual);
- absorção crescente de mão-de-obra de formação heterogênea;
- alta rotatividade dos trabalhadores;
- soluções paliativas para problemas permanentes.

O artigo 200 da Constituição Brasileira preconiza que cabe ao Sistema Único de Saúde a ordenação de recursos humanos para o Setor. Embora se reconheça um esforço maior de aproximação entre os ministérios da Saúde e da Educação, bem como o processo, já iniciado, de uma agenda comum envolvendo o Conselho Nacional de Saúde e o Conselho Nacional de Educação, ainda não se alcançou a competência que cabe às instâncias de saúde em relação à formação de pessoal.

O Conselho Nacional de Saúde elaborou e publicou, recentemente, relatório aprovado por seu Pleno, denominado “O Desenvolvimento do Sistema Único de Saúde: Avanços, Desafios e Reafirmação de seus Princípios e Diretrizes”. O relatório elenca os principais avanços do SUS e enumera onze desafios que incluem a Reorientação da Política de Recursos Humanos, tendo como base o documento Princípios e Diretrizes para uma Norma Operacional Básica de Recursos Humanos, elaborado pela Comissão Interinstitucional de Recursos Humanos do Conselho Nacional de Saúde, que oferece bases concretas ao estabelecimento de política ordenada para o Setor.

Outro desafio de grande importância é assegurar a equidade no acesso às ações de serviços de saúde, o que infere a necessidade de melhor distribuição de recursos, incluindo os de pessoal, bem como a organização de ações que possam produzir discriminação positiva àqueles grupos com mais necessidade social, a exemplo do modelo de saúde da família que vem sendo implementado como estratégia de reorientação do modelo assistencial brasileiro.

Por fim, é imperativa a formulação de uma agenda propositiva que contemple diferentes níveis de articulação, objetivando a construção de um novo pacto ético nas relações de trabalho: Estado e trabalhador da saúde; Estado, trabalhador da saúde e população.

Nossa recente experiência na Secretaria de Estado da Saúde do Rio de Janeiro demonstrou ser viável e desejável implementar a Mesa de Negociação para as relações de trabalho; construir de forma compartilhada Planos de Cargos, Carreiras e Salários; investir no

desenvolvimento dos recursos humanos; exercer o controle gerencial no respeito a frequência, assiduidade e pontualidade; realizar concurso público como instrumento democrático de avaliação para acesso ao emprego; realocar pessoal com critérios de necessidades da população; e pactuar permanentemente as relações de trabalho.

As instituições que alcançaram reconhecida qualidade na área da saúde possuem quadros estáveis, lideranças técnicas reconhecidas, dedicação profissional e produção de saber. Abrir mão de quadros estáveis e permanentemente preparados é rechaçar o princípio do acúmulo e da reprodução do conhecimento técnico e científico em favor da população.

A ética que desejamos é de que o trabalhador de saúde exercite sua função social na lógica das necessidades da população e adequadamente as nossas diferentes realidades, nas quais a inclusão social e a promoção da vida sejam o eixo orientador e a população seja o sujeito e o objeto do trabalho.

Gestão Pública e Ética no Trabalho

Introdução

O mundo da modernidade realça a questão de Recursos Humanos em todas as instituições que buscam a correta adequação entre as necessidades da população usuária e objetivos institucionais. Pensar recursos humanos como eixo da estrutura organizacional significa pensar estrategicamente, pensar modernamente. A gerência de recursos humanos em organizações modernas enfatiza e prioriza aquele que dirige e desenha políticas institucionais voltadas para esta área, uma vez que a produtividade e a qualidade do produto oferecido à sociedade serão, em boa parte, reflexo da forma e das condições com que são tratados os recursos humanos que lá atuam.

O Brasil se coloca entre aqueles países que fazem a política inversa a que mencionamos acima. Trata com pouca atenção os recursos humanos, sejam eles oriundos de setores mais tradicionais e importantes da economia, ou do setor público ou privado. Apesar da saúde ser uma área de proteção, regulação e controle do Estado, a realidade brasileira oferece farto material empírico que aponta para uma inadequada e perigosa desarticulação entre saúde como bem público e aqueles que produzem este bem. Salários irrisórios, condições precárias de execução das atividades essenciais, ausência de incentivos e infra-estrutura adequada para a produção de uma política de valorização profissional, entre outros problemas, têm levado muitos desses profissionais a abandonarem a idéia de fazer **Saúde Pública**.

O mundo do trabalho de nossos tempos experimenta transformações no processo de trabalho nunca vistas. Referimo-nos a implosão do processo de trabalho tradicional, no qual as etapas do processo (sejam elas simples ou complexas) eram praticadas no mesmo espaço organizacional, regidas pelo mesmo contrato de trabalho. Verifica-se hoje, nas

¹Texto apresentado no Seminário Internacional de Políticas de Recursos Humanos, Brasília, 2002. Parte do conteúdo deste texto está no artigo da autora, publicado na Revista de Administração Pública "Gestão do Trabalho em Saúde no Contexto de Mudanças" v. 34, n. 4, p. 133-146, 2000.

instituições, a terceirização, cada vez mais freqüente, de inúmeros serviços. Por outro lado, o processo de trabalho e o mundo de trabalho estão deslocando-se de espaços públicos, amplos e coletivos para espaços privados, domésticos, reduzidos a nichos individuais.

O sistema de saúde brasileiro não tem buscado adequar-se a essa nova ordem sócio-política, de elevar a questão de recursos humanos como “estratégia institucional”. É sobre este tema que vamos falar.

Em tempo de mudança

As transformações ocorridas no Sistema de Saúde brasileiro têm exigido a construção de uma nova ordem de agenda política no campo das políticas de RH, na política sindical, na produção e oferta de serviços de saúde e na gestão. Vários são os dilemas que se impõem neste cenário de mudanças, especialmente para aqueles que gerenciam o sistema – os gestores – e os que negociam as condições de trabalho dos que produzem neste sistema – os sindicalistas. Destacam-se alguns:

- 1) Como definir a **essencialidade do trabalho em saúde**, quando, cada vez mais, se expande a composição da equipe? O debate sobre a composição de uma equipe técnica para prestar assistência à população é um dilema de nossos tempos. Não é uma questão fácil de se resolver, especialmente em uma arena política na qual todos reivindicam prerrogativas monopolistas de reserva de mercado: médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais, odontólogos, terapeutas, fonoaudiólogos.
- 2) A **saúde tem uma grife própria**. Profissionais especiais, que oferecem serviços essenciais à população em estado de especial fragilidade, precisam manter e preservar a boa relação consumidor-produtor que pressupõe uma estreita relação moral de ética +confiança+intimidade+segredo com o cliente. Por outro lado, a manutenção da boa relação não pode continuar sendo de responsabilidade somente do profissional que executa os serviços. Ela deve ser de todos e, muito especialmente, dos gestores, garantindo ambiente adequado e condições de trabalho compatíveis para estes profissionais. A perda da confiança da clientela no profissional é um fato. O usuário está-se tornando mais reivindicativo, pressionando os profissionais a executarem serviços de melhor qualidade. Organizados em associações (aidéticos, safenados, deficientes físicos, crônicos renais, etc.), os usuários passam a controlar os serviços médicos prestados, comparando condutas, medicamentos adotados, etc. Nos tempos atuais, os profissionais de saúde têm sido vistos, em muitos casos, como técnicos que operam equipamentos sofisticados, interpretam exames computadorizados e imagens de alta precisão, cada vez mais racionais, distantes do cliente, desprovidos de afeto, gentileza e atenção especial.
- 3) Ao longo da história, os profissionais de saúde produziram um complexo aparato organizacional, definindo **políticas antimercado**: monopólio e controle de clientela e de preços (remuneração dos serviços) e controle de mercado. Esse é dos um dos temas mais importantes que deverá ser priorizado na agenda política de RH dos gestores, dos sindicalistas e dos usuários. Aliar direitos e prerrogativas legais das profissões à

democratização do acesso e consumo dos serviços prestados é uma questão a ser negociada, com vistas ao controle social.

- 4) A idéia de que o profissional de saúde adquire seu **passaporte profissional** definitivo para atuar no mercado (diploma ou certificado profissional) não corresponde mais a uma adequada premissa de qualidade da prestação de serviços. A recapacitação técnica dos que lidam com a vida de seres humanos, com responsabilidade civil sobre seus atos, não pode ser fruto da vontade pessoal de cada profissional, mas sim da decisão política dos gestores, com apoio das instituições acadêmicas. A saúde é um setor de risco: risco de errar, de prestar assistência de má qualidade técnica, de praticar atos pouco éticos, etc. A saúde é uma área de serviços essenciais que exige de seus profissionais qualificação formal para atuarem. A regulação da formação dos profissionais de saúde deverá estar associada às necessidades da população e ao modelo assistencial. A especialização, fruto da modernidade, deverá ser revisitada dialogicamente. O acúmulo de conhecimento e prática acadêmicos precisa ser compartilhado com o mundo real dos serviços, para se ter uma efetiva política voltada às necessidades de profissionais e especialistas de saúde no País. O boom de escolas de profissionais de saúde de nível superior é um fato que merece, por parte do Governo Federal, uma revisão imediata. É necessário buscar nova correlação entre números de profissionais/ano e necessidades da população e não número de escolas e regiões do País e/ou público x privado. Por outro lado, o Brasil não se preocupa com aqueles profissionais de nível médio, os quais exercem funções relevantes em nossas instituições de saúde, muitas vezes, acima de suas capacidades técnicas. Afirmam os autores: “nesse panorama, no qual o exercício de uma política de formação continuada/permanente ainda não se faz presente na agenda do setor saúde, os trabalhadores de nível técnico e auxiliar, em sua maioria, estão sendo formados por uma grande rede de instituições privadas, ainda descolada do projeto político do setor saúde, o que tem como conseqüência demandar, sobre os serviços, a responsabilidade de melhor preparar esse pessoal através de treinamentos, quase sempre pontuais e descontínuos. No caso dos trabalhadores de nível elementar, já é tradicional a incorporação freqüente de mão-de-obra com baixa escolarização e sem qualquer processo de qualificação prévia, sendo que estes compõem, nacionalmente, parcela significativa dos trabalhadores do sistema e, principalmente, da enfermagem brasileira” (Vieira, Amâncio Filho, Machado & Moysés (orgs.), 1998:19)². As atividades profissionais que absorvem mão-de-obra de baixa escolarização, com conhecimento restrito a uma determinada área, têm-se tornado áreas de severas críticas por aqueles que formulam políticas de recursos humanos. A concepção do trabalho vem-se alterando muito, exigindo a formação de equipes de trabalho em saúde que respondem pelo conjunto de atividades referentes a uma determinada área da produção. No caso específico citado, as exigências por mais qualificação profissional do corpo de enfermagem levou a própria corporação a tentar regularizar a situação dos atendentes,

²VIEIRA, A.L., Amâncio Filho, A., Machado, M.H & Moysés, N. (orgs.), *Trabalhadores de Saúde em Números*, Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 1998.

exigindo, legalmente, qualificação formal para as atividades até então desempenhadas por estes profissionais sem nenhum pré-requisito técnico. No entanto, a inclusão recente de “agentes de saúde” no PSF, por meio da política do Governo Federal, tem-nos levado a crer que estes profissionais, sem nenhuma qualificação formal em saúde, incorporem atividades periféricas da enfermagem, assumindo assim, progressivamente, o lugar dos atendentes. O papel das escolas de saúde de nível médio existentes no País deverá ser revisto, impondo às estas escolas um papel preponderante na formulação e implementação de uma política de formação deste enorme contingente. As escolas técnicas de saúde deverão ser o suporte para a formação de trabalhadores de saúde para o SUS. Este é um dos pontos mais preocupantes hoje na agenda política de recursos humanos.

- 5) A **revolução tecnológica** mudou o perfil e as exigências dos profissionais como também da própria clientela. Produziu efeitos positivos, ou seja, mais esclarecimento, mais segurança e a possibilidade de melhoria da qualidade de vida. Efeitos negativos também são observados. Por exemplo, o processo de trabalho em saúde tornou-se mais complexo e os serviços altamente custosos, dificultando em muito o acesso. Observa-se também a expansão de profissionais na composição da equipe supostamente moderna. O processo de trabalho tornou-se mais complexo, por vezes desnecessariamente fragmentado em ocupações, profissões, especialidades, subespecialidades; fracionando em demasia o conhecimento e a prática³. Ocorreu também uma visível transformação da clientela, ou seja, ela se tornou mais informada, mais esclarecida, mais institucionalizada, mais organizada e mais cidadã. A ignorância do cliente não é mais a categoria-chave do poder dos profissionais de saúde. Os clientes estão menos tolerantes com os erros médicos e dos demais profissionais. Essa tensão entre direitos dos pacientes e prerrogativas monopolistas dos profissionais precisa ser enfrentada pelo gestor como um dos pontos mais delicados e centrais da boa assistência à saúde, defendida por todos nós. O controle social é uma realidade positiva no setor saúde.

Agenda de RH: prioridades

O século XXI impõe grandes desafios em todas as esferas da sociedade, seja no campo da ciência, da economia, da política ou no campo social. O desafio do setor saúde será esclarecer e superar alguns mitos na construção de uma agenda que formule políticas de recursos humanos para este setor de prestação de serviços. É preciso salientar, no entanto, que o atual cenário nacional não nos fornece um quadro animador no que se refere às ações no campo social, especialmente no setor saúde.

A minimização das funções do Estado, a redução do financiamento para as áreas sociais, o forte apelo e poder da área econômica em detrimento às áreas sociais, a dependência não só econômica mas também política de agências internacionais (BIRD, Banco Mundial, e FMI), o processo de privatizações com fortes repercussões na área social (segurança,

³MACHADO, Maria Helena et al. Os médicos no Brasil - um retrato da realidade. Rio de Janeiro, ed. FIOCRUZ, 1997.

saúde, educação) são marcas registradas de um Estado com ajustes neoliberais. O encolhimento da esfera pública do Estado é sentido nos vários setores e, em especial, na área da saúde.

Vejam alguns dados:

- O relatório da OMS de 2000 e a Pesquisa Nacional de Saneamento Básico de março de 2002 mostram que 47,8% dos municípios brasileiros não têm rede de esgoto, contribuindo para que 21% das mortes de crianças até cinco anos sejam causadas por doenças infecciosas e parasitárias;
- 10 milhões de brasileiros têm esquistossomose;
- A doença de Chagas continua endêmica no Nordeste;
- Apenas seis países no mundo ainda têm hanseníase, o Brasil ocupa o segundo lugar, só perdendo para a Índia;
- O Brasil continua registrando, em média, 80.000 novos casos/ano de tuberculose;
- Nos últimos anos, a Malária registrou pico de 630 mil casos, mantendo índices elevados acima de 600 mil;
- Nos últimos anos, a Dengue passou a ser a epidemia de maior relevância na saúde pública. Apesar de não se ter acesso às informações, pode-se afirmar que, em 2002, foram notificados no Brasil aproximadamente um milhão de casos, com dezenas de mortes. Note-se que estes dados são subestimados, o que vale dizer que os números, provavelmente, são ainda maiores;
- O investimento para o controle das doenças transmissíveis ficou abaixo de 3%.

Mesmo com todo esforço já realizado, o Ministério da Saúde não diminuiu as diferenças regionais da aplicação dos recursos, mantendo as desigualdades. Enfim, vivemos uma clara transição epidemiológica, mas convivemos com um quadro de doenças que nos remontam ao século XIX. É preciso um olhar especial no que se refere à qualificação dos profissionais que vão lidar com estas duas realidades.

Voltando a área de RH, podemos notar que os ajustes neoliberais ocorridos nesta última década atingem de forma preponderante as políticas de RH. A precarização do trabalho, a tercerização dos serviços de saúde, a perda do sentido de carreira profissional e a desregulação do mercado são algumas das conseqüências deste processo de encolhimento da esfera pública do Estado.

Um setor que gera em torno de dois milhões de empregos diretos e outros milhões indiretos não pode ser tratado com negligência e sem explícita política de recursos humanos. Desta forma, precisamos ater-nos cuidadosamente na demolição de alguns **mitos** que nos rondam.

Primeiro, o mito de que os serviços prestados pelas instituições públicas são de má qualidade, realizados por profissionais desqualificados e, portanto, prescindíveis. Ao contrário, são serviços de excelência, com uso de equipamentos e tecnologia de ponta e executados por profissionais qualificados que, na sua segunda jornada de trabalho, exercem atividades semelhantes em instituições privadas.

Segundo, o mito que não fazemos C&T. Ao contrário, nossas instituições acadêmicas de ensino e pesquisa, a maioria pública, desenvolvem programas de excelência técnico-

científicos, responsáveis por quase todos os cursos *lato e strictu sensu* oferecidos para a formação de nossos profissionais. São nessas instituições públicas que se produz C&T em saúde. Portanto, os investimentos e a infra-estrutura dessas instituições não podem ser negligenciados pelo Governo Federal. Negligenciá-las ou não provê-las de equipamentos técnico-científicos modernos, além de não manter seu *staff* em permanente atualização com o mundo científico internacional, significa correr o risco de liquidar com a escassa produção técnico-científico que dispomos, se comparada à produção mundial. Dois exemplos se fazem necessário mencionar. As respeitadas instituições Fiocruz e INCA, instituições de excelência em ciência e tecnologia e assistência em saúde do Ministério da Saúde, receberam nos últimos anos pouca atenção do governo na renovação de seus quadros técnicos, criando uma enorme defasagem de profissionais qualificados. Na FIOCRUZ, quase 50% de seu pessoal trabalha na condição de prestador de serviço, sem estabilidade no emprego, direitos trabalhistas e, pior, possibilidade de continuidade das atividades na área de ciência e tecnologia em saúde. Em Farmanguinhos, responsável pela fabricação de medicamentos, a situação chega a 85%. Hoje o déficit de pessoal ultrapassa mil profissionais e, nestes últimos anos, o Governo Federal só resolveu 30%, com acanhado concurso público realizado em 2002. A situação do INCA é ainda pior, por ser uma instituição de referência nacional na pesquisa e no tratamento de câncer, atuando assim diretamente na assistência a milhões de pacientes acometidos pela doença. O INCA apresenta um déficit de mais de 1.500 profissionais, tendo em torno de 45% de profissionais contratados também de forma precarizada.

Terceiro, que o SUS se faz sem o setor privado. Ao contrário, é neste setor que são produzidas boa parte dos atos hospitalares, uma vez que a maioria absoluta dos leitos hospitalares é de propriedade privada. Desnecessário dizer que o SUS é estruturado por estas duas importantes redes de assistência à saúde: a pública e a privada, além das instituições filantrópicas. O setor privado é um subsetor do Sistema de Saúde, funcionando complementarmente ao subsetor público e financiado fortemente por fontes públicas. Qualquer agenda política que de fato busque a melhoria da qualidade da assistência, deverá manter um espírito dialógico com este setor, reservando a prerrogativa de fazer o controle deste subsetor.

Quarto, o mito do PCCS. A reivindicação sindical de um Plano de Cargos, Carreiras e Salários não pode continuar sendo considerado o algoz do sistema, responsável pelo “engessamento” da gestão. Essa questão não deve continuar sendo tratada com tão pouca seriedade pelos gestores públicos. Da mesma forma, é incorreto associar o PCCS à noção de atraso gerencial, à inoperância administrativa, como muitos “modernos administradores” tentam influenciar-nos. Ao contrário, o PCCS, se bem estruturado e corretamente executado com a devida flexibilidade que a realidade nos impõe, é uma garantia de que o trabalhador terá o direito de vislumbrar uma vida profissional ativa, na qual a qualidade técnica e produtividade sejam variáveis-chaves para a construção de um sistema exequível.

Quinto, a descentralização e a municipalização como símbolos de desobrigação institucional do poder federal precisam ser desfeitos. Repor mão-de-obra qualificada, manter as instituições públicas de alta complexidade, especialmente os hospitais gerais, em bom estado de conservação e de funcionamento, garantindo o acesso e a qualidade da assistência à população, assegurar que os profissionais não serão negligenciados não é uma tarefa que o

Governo Federal poderá omitir-se. A minimização do poder público federal nas questões do SUS deverá ser reconsiderada em aliança com os poderes municipal e estadual.

Sexto, o mito da educação continuada. Devemos estar atentos e críticos à forma pouca generosa como as instituições acadêmicas se relacionam com as instituições de serviços de saúde; precisamos também estar atentos e críticos à forma “predatória” como os “serviços” tratam aqueles que lá trabalham. De modo geral, não se têm infra-estrutura que permita o desenvolvimento de programas elementares de educação continuada, sejam estes em qualquer nível de complexidade. Nessas instituições públicas e, mais ainda, nas instituições privadas, não há uma efetiva política de desenvolvimento de recursos humanos que contemple as necessidades técnico-científicas dos que lá trabalham. É necessário formular, conjuntamente serviços e academia, um efetivo e duradouro Programa de Educação Continuada, vinculado a um Plano de Cargos e Carreiras e Salários que contemple os ganhos desta educação continuada. Este é um enorme desafio a ser enfrentado. É urgente resolver, definitivamente, esta enorme e desastrosa dicotomia e fragmentação das ações de formação e educação continuada.

Sétimo, a idéia de que o SUS não precisa de reformas é falsa. A realidade dos serviços de saúde aponta para a necessidade de reestruturação do SUS, adequando-se às necessidades municipais que urgem por mudanças. Os novos programas divulgados e difundidos pelo Ministério da Saúde, especialmente o Programa de Saúde da Família é uma resposta às questões que mencionamos acima. No entanto, deve ser vista com cautela, uma vez que assistência simplificada não responde à complexidade das necessidades humanas de uma sociedade de fim de século. A especialização não é uma evidência empírica dispensável ou supérflua. É necessário que se definam modelos assistenciais compatíveis com a população usuária. Esses modelos precisam adequar-se à diversidade de nosso País, ajustando, simplificação com especialização.

Oitavo, o mito que é possível fazer saúde com profissionais recrutados de qualquer maneira e pagos por tarefa cumprida deverá ser desfeito. A adoção de uma “política de cortadores de cana”, que recebem por produção e de forma sazonal, implantada no setor saúde nestes últimos anos, é absolutamente incompatível com um Estado responsável pela saúde da população e, claro, pelos profissionais que produzem este bem precioso. O sentimento de vida contrariada imposta aos trabalhadores da saúde no Brasil precisa ser removido. O prazer pelo trabalho, a dedicação ao paciente e o compromisso pela saúde da população terão que ser resgatados. O ambiente de trabalho destes profissionais precisa ser reestruturados, tornando-se menos inadequados à boa prática da saúde. A tecnologia, a gerência racional, as organizações de saúde pouco estruturadas, a violência urbana e até mesmo a violência nos ambientes de trabalho, os salários baixos e a ausência de carreira profissional fortalecem este estado de vida contrariada de nossos profissionais de saúde. Da mesma forma que devemos nos sensibilizar com o combate à fome no País, precisamos, sem exageros, combater a cultura de “desumanização” do trabalho dos profissionais de saúde. Este deverá ser um grande programa nacional de humanização dos RH.

Nono, o mito de que RH é importante nos documentos e desimportante na vida real da gestão deverá ser desfeito. RH precisa ser considerado como peça fundamental da estrutura

do SUS, como uma questão técnica essencial na agenda política dos que governam. Não se concebe e não se estrutura o SUS sem profissionais adequados, qualificados e satisfeitos para executarem os serviços. Da mesma forma que a saúde é um bem público, seus produtores também o são. Fazer política de RH é uma necessidade prioritária dos gestores e sindicalistas, que são, direta ou indiretamente, responsáveis pela mão-de-obra que atua nos serviços de saúde. Para uma gestão nacional estratégica de RH, com reflexos positivos para os níveis estadual e municipal, é preciso, urgentemente, recompor esta equipe de gestão de RH, fazendo dois movimentos cruciais: primeiro, reformular o papel, o lugar e a importância da área de RH no Ministério de Saúde, desfazendo a enorme dicotomia hoje existente; segundo, reforçando uma gestão nacional colegiada com ampla participação das instâncias de RH já existentes. A Câmara Técnica de RH do CONASS, a Comissão Intersetorial de RH do Conselho Nacional de Saúde e a Mesa Nacional de Negociação do SUS são instâncias que asseguram participação dos gestores, dos usuários e dos trabalhadores e formam o tripé de uma gestão participativa e comprometida com a melhoria do nosso SUS. São fóruns privilegiados de formulação de políticas de RH para o SUS.

José da Silva Guedes

Volnei Gonçalves Pedrosa

Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo, Brasil.

Política de Recursos Humanos: Construção e Perspectiva

1. Introdução

No período de 1995 a 2002, tivemos a oportunidade de construir a política pública de saúde no estado de São Paulo, que aponta para grandes avanços na perspectiva de cumprir as diretrizes preconizadas pelo Sistema Único de Saúde - SUS, mas que ainda tem-se muito a fazer para a sua consolidação. E para que esta ocorra, entendemos que algumas prioridades precisam estar nas nossas agendas de trabalho, das quais destacamos a necessidade de mais recursos para o sistema e o aprimoramento e a garantia dos pactos financeiros entre os agentes (governos: Federal/Estadual/Municipal), a prestadores e a sociedade civil como parceiros e responsáveis pelo efetivo controle social; e a questão da valorização e investimento no potencial humano, seja na área de planejamento, gestão, bem como na de desenvolvimento de recursos humanos.

A trajetória histórica que gostaríamos de destacar nesse debate são as iniciativas nas quais tivemos a oportunidade de implementar na Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo, numa perspectiva de apontarmos caminhos e alternativas para a gestão de recursos humanos em saúde. Logo, optamos em trabalhar a problemática dos servidores estaduais, por estar dentro da nossa governabilidade. O quadro de pessoal da Secretaria é de aproximadamente 70.000 (setenta mil servidores), exigindo, assim, ações voltadas para o desenvolvimento institucional, para a gestão de pessoas, para o planejamento de recursos humanos, e para tanto consideramos o papel e a responsabilidade da Secretaria, enquanto instância gestora do sistema estadual e executora dos serviços de saúde, principalmente as ações caracterizadas de média e alta complexidade, bem como as ações decorrentes dos processos de formação e capacitação de recursos humanos por meio dos quais destacamos a preocupação com os profissionais de nível operacional, nível médio, nível superior e nível gerencial.

Enquanto experiência em desenvolvimento institucional destacamos o projeto de revisão das estruturas organizacionais da SES, que realizamos em dois momentos: sendo que o

primeiro ocorreu em 1995, quando assumimos a gestão estadual, transformando 65 Escritórios Regionais de Saúde em 24 Direções Regionais de Saúde; e, no segundo, iniciado em 1997, quando implementamos estruturas mais racionais e menos hierarquizadas. Na lógica do planejamento de recursos humanos, trabalhamos o projeto de dimensionamento de recursos humanos, através de fixação de Padrão de Lotação e o projeto de Fixação de Plantões Extras para os profissionais médicos. No campo da gestão de pessoas, destacamos os projetos de redução de jornada de trabalho sem redução de salário, implantação de Prêmio de Incentivo e Produtividade, estabelecimento de instrumento de cessão de pessoal, instrumento para pagamento de hora-aula, e implantação da mesa estadual de negociação.

Os projetos de Formação e Capacitação de Recursos Humanos implementados pela Coordenadoria de Recursos Humanos mudaram o perfil e os seus paradigmas transformado-a numa área técnica competente e possibilitando na gestão de pessoal, a implantação do que chamamos guichê “Sim”. Essas mudanças de paradigmas da área de recursos humanos da SES só foram possíveis graças ao empenho e dedicação do time de técnicos, que se utilizou do planejamento estratégico com o instrumento de trabalho, consolidados na agenda da Coordenadoria de Recursos Humanos/CRH - 2002.

Neste ano em que comemoramos o centenário do escritor Carlos Drummond de Andrade, aproveitamos para citar, um de seus poemas em que diz: “... no meio do caminho tem uma pedra, tem uma pedra no meio do caminho...”, que reflete bem as dificuldades que tivemos no caminhar da política de recursos humanos. Uma das dificuldades que enfrentamos foram a decorrente do impacto da Reforma do Estado no tocante às questões de recursos humanos, a outra, está na dicotomia que estas ações significaram em face das políticas de recursos humanos propostas pelo governo para o conjunto do funcionalismo estadual.

Finalmente, a preocupação e a implementação de políticas de recursos humanos poderão representar o resgate do trabalho em saúde, da dignidade e da cidadania dos profissionais de saúde, viabilizando assim a consolidação do SUS, para e que essas experiências sirvam de norte e referencial vivenciado por um gestor que teve a ousadia de torná-la, realidade.

Relacionando o tema dessa mesa, “Trabalho, Ética e Necessidades Sociais em Saúde”, com as experiências de desenho de política de recursos humanos concebidas e implantada pela SES/SP, concluímos que por intermédio da vontade política, do compromisso, da seriedade, será possível construir um novo tempo para as políticas de recursos humanos para o SUS.

2. Projetos de desenvolvimento institucional

2.1. Revisão das estruturas organizacionais da SES

Justificativa

Considerando que o paradigma gerencial previsto no plano Diretor da Reforma do Estado está fundamentado nos princípios de confiança e descentralização da decisão, exigindo

formas flexíveis de gestão, horizontalização de estruturas, descentralização de funções e incentivos à criatividade; e

Considerando que as normas emanadas pelo Ministério da Saúde e a demanda natural por modernização dos serviços indicam a necessidade de reorganizar e organizar o processo de trabalho e aplicá-lo às novas unidades;

A SES, ao orientar seus projetos de organização e reorganização, tem encontrado a oportunidade de valorizar os recursos humanos, pautando suas diretrizes na construção de uma geometria onde os profissionais envolvidos com um mesmo tipo de trabalho sejam agrupados, ou seja, cada um dos novos departamentos, divisões ou serviços seja composto por equipes multiprofissionais estimuladas a construir o planejamento, envolvendo a maioria dos trabalhadores.

Tal orientação tem permitido maior compromisso dos trabalhadores de saúde, que ao realizar os serviços da unidade, identificam as suas tarefas e que a instituição além de produtora de saúde ou de educação para o público seja vista também como produtora de crescimento pessoal e coletivo.

Objetivo

Organizar e reorganizar as estruturas com ênfase na qualidade e na produtividade do serviço público e na profissionalização do servidor, com foco no cidadão, para buscar o fortalecimento das funções de regulação, garantindo maior governança.

Os projetos de reorganização das estruturas administrativas da SES passaram por dois momentos importantes: em 1995, quando foram extintos 65 Escritórios Regionais de Saúde e criadas 24 Direções Regionais de Saúde; e em 1997, quando experimentamos uma nova proposta organizacional para os hospitais foi experimentada.

3. Planejamento de Recursos Humanos

3.1. Dimensionamento de Recursos Humanos

Justificativa

A ausência de critérios para definir quantitativa e qualitativamente recursos humanos para as unidades da SES culminou na elaboração por um grupo de trabalho do documento “Parâmetros para o Planejamento e Dimensionamento de Recursos Humanos em Hospitais Gerais”.

Convém ressaltar que o documento deve ser revisto sistematicamente, em face da dinâmica dos serviços de saúde. Nesta direção, os autores efetuaram sua revisão, considerando sugestões e críticas das áreas técnicas dos Conselhos do Ministério da Saúde e da SES.

Diante da relevância do assunto, e por abordar de forma ampla a questão do planejamento e dimensionamento dos recursos humanos, esse documento encontra-se em processo de negociação e publicação oficial.

Os autores do documento mencionado têm consciência de não terem produzido um texto definitivo e irretocável. Dessa forma, espera-se que todos que utilizarem dessa metodologia possam criticar e contribuir para o aprimoramento e o aperfeiçoamento do instrumento.

Objetivo

Orientar tecnicamente os gerentes dos serviços de saúde no planejamento de recursos humanos, facilitando seus trabalhos com vistas a superar as dificuldades na organização dos serviços e considerando a capacidade instalada, vocação da instituição e perfil epidemiológico da população assistida.

Com a edição das Leis Complementares 674/92, que institui plano de cargos, vencimentos e salários para a Secretaria da Saúde e Autarquias e 712/93, que institui o plano de cargos e salários para os profissionais administrativos, foi previsto o estabelecimento de Padrões de Lotação para as unidades integrantes da estrutura organizacional da SES, de forma quantitativa e qualitativa, concretizado por decreto, e também garantida a reposição automática de pessoal. O documento “Parâmetros para o Planejamento e Dimensionamento de Recursos Humanos” foi aplicado nos 42 hospitais da SES, em três momentos: no primeiro, ele foi utilizado somente para os profissionais da área de saúde; no segundo ampliou-se para área administrativa e de apoio técnico; e no terceiro momento, consideraram-se as características dos serviços, no tocante à terceirização e base tecnológica de seus equipamentos.

Esse projeto compõe a Agenda de Trabalho da CRH, bem como encontra-se em tramitação anteprojetado para o dimensionamento de recursos humanos para as 24 Direções Regionais de Saúde, para unidades da Vigilâncias Sanitária e Epidemiológica e demais unidades caracterizadas como administrativas (sede das coordenadorias e gabinete do secretário).

A fixação de critérios para o dimensionamento não pode ser entendida como um processo estático mas, sim, dinâmico para acompanhar as alterações, ampliações e mudanças da produção dos serviços de saúde e suas características.

O planejamento e investimento no capital humano possibilitam que as instituições atinjam níveis de excelência, tornando-as competitivas e propiciando o bem-estar e a auto-estima dos profissionais que a compõem.

3.2. Fixação de plantões extras

Justificativa

Resultante de estudos realizados pelos órgãos técnicos da Secretaria do Governo e Gestão Estratégica e Secretaria da Saúde, a instituição de plantões extras e plantões à distancia para os profissionais Médico, Médico-Sanitarista e Cirurgião Dentista, teve como propósito a melhoria da qualidade do atendimento prestado à população, a medida que o profissional, além do cumprimento da sua jornada normal de trabalho, pode constar de escala de plantões extras com remuneração própria, ampliando o número de horas disponíveis ao paciente, que necessita de um atendimento prolongado, bem como supra a necessidade de médicos, principalmente nos finais de semana e feriados e em unidades de difícil acesso.

Caracterização

Os plantões e plantões à distância caracterizam-se pela prestação de 12 horas consecutivas de trabalho em unidades hospitalares, centrais reguladoras e unidades cujos serviços são prestados durante 24 horas por dia.

O plantão à distância é caracterizado pela prestação de atendimento especializado, onde o profissional permanece à disposição da unidade, devendo comparecer quando acionado.

Regulamentação

Foi regulamentado pelo Decreto n.º 42.830, de 22 de janeiro de 1998, que fixou o número de Plantões e Plantões à Distância para as unidades da Secretaria da Saúde e Autarquias à ela vinculadas bem como para a Secretaria da Administração Penitenciária, integrada ao Sistema Único de Saúde – SUS/SP.

Limite da unidade

Para a Secretaria da Saúde e Secretaria da Administração Penitenciária foi fixado o limite máximo de 12.000 plantões e 1.200 plantões à distância e para as Autarquias e 10.431 plantões e 1.043 plantões à distância;

Foi estabelecido uma Reserva Técnica para cada unidade controladora (Coordenadoria de Saúde), que poderá ser repassada, mediante solicitações de autorização, para as unidades à ela vinculadas, quando do surgimento de situações peculiares caracterizadas como de emergência.

Critérios

Para a fixação e alteração dos limites, caso se faça necessário, são utilizados os seguintes critérios:

I – Qualitativos

- a) produção de serviços e análise de demandas;
- b) perfil e organização de processo de trabalho;
- c) tipo e grau de complexidade das unidades;
- d) capacidade operacional instalada;
- e) dificuldade de fixação de profissional;
- f) qualidade e disponibilidade de incorporação tecnológica;
- g) capacidade técnica operacional.

II – Quantitativos

- a) padrão de lotação;
- b) quantidade de servidores classificados na unidade;
- c) quantidade de servidores por postos de trabalho, por especialidades nos serviços que funcionam 24 horas/dia.

Limite por servidor

O servidor poderá cumprir, no máximo, 12 plantões e 12 plantões à distância/mês, por vínculo empregatício, além do cumprimento da sua jornada de trabalho.

Convocação

Serão convocados, preferencialmente, os servidores classificados na própria unidade e, excepcionalmente, os servidores com exercício em outras unidades, mediante manifestação favorável do dirigente da unidade cedente. Os servidores deverão manifestar por escrito à autoridade competente seu interesse em cumprir os plantões.

Valor

Médico, Médico Sanitarista e Cirurgião - Dentista

Plantão - R\$ 250,72 cada plantão de 12 horas

Plantão à Distância - R\$ 84,20 cada plantão de 12 horas

Observação

As importâncias pagas a título de plantão e plantão à distância não se incorporam ao salário, não sofrem incidência sobre nenhuma vantagem e não sofrem os descontos previdenciários e de assistência médica.

Considerações Finais

Após a implantação da sistemática de plantões extras, as unidades da Secretaria, que funcionam 24 horas, nunca mais tiveram problemas com ausência de médicos nos finais de semanas e feriados prolongados.

4. Gestão de pessoas

4.1 Redução da jornada de trabalho sem redução de salário

Justificativa

Da qualidade de vida dos servidores depende o seu bom desempenho e, conseqüentemente, a qualidade dos serviços prestados à população. Algumas das profissões de saúde têm sua jornada de trabalho definida pelas leis que as regulamentam.

O dispositivo legal que trata da Administração de Pessoal no Estado de São Paulo, até o ano de 1997, tinha definido três jornadas de trabalho, a saber: Jornada Completa de Trabalho, caracterizada pela exigência do cumprimento de 40 (quarenta) horas semanais de trabalho, Jornada Comum, caracterizada pela exigência do cumprimento de 30 (trinta) horas semanais de trabalho ou 20 (vinte) horas semanais de trabalho. Estas duas últimas aplicáveis unicamente às classes de médico.

Relativamente às classes que contam com jornada máxima definida - 30 (trinta) ou 24 (vinte e quatro) horas semanais, por legislação específica do exercício profissional, estas vinham cumprindo suas jornadas em consonância com os aludidos dispositivos e complementando a jornada firmada pela administração em outras atividades correlatas.

Entretanto, a consciência de que o trabalho em saúde guarda característica estressante já impera há alguns anos no âmbito da Secretaria, e vinha sendo discutida em suas interfaces

e organismos de controle, levando-se em conta o alto índice de insatisfação e comprometimento da qualidade. Foi considerando a condição das atividades em saúde que se desencadearam os estudos que culminaram com a adequação da jornada de sensível parcela do quadro funcional.

A princípio, os estudos englobavam todos os servidores da saúde, independente da natureza de sua atribuição. Vale dizer que os profissionais cujas classes são específicas de saúde são regidos pelo sistema retributivo estatuído na Lei Complementar n.º 674, de 8 de abril de 1992, e os considerados administrativos, regidos pela Lei Complementar n.º 712, de 12 de abril de 1993. Estas últimas são classes cuja denominação se encontra em toda a Administração Pública Estadual que, todavia, no âmbito dos serviços de saúde, têm atribuições que guardam sensível diferença com as demais áreas do Estado, o que, por si, demanda minudente cotejo que defina essa diferença.

A aparente igualdade residente nas classes (administrativas) regidas pela Lei Complementar n.º 712/93 das diversas Secretarias do Estado inviabilizou o alcance de resultado nessa área. O avanço se deu relativamente às classes específicas da área saúde cujo maior contingente se encontra na Secretaria.

Daí é que, após alguns meses de estudos e discussões sobre a matéria e sensibilização do governo, alcançamos a redução da jornada de trabalho dos profissionais específicos da área saúde com a edição da Lei Complementar n.º 840, de 31 de dezembro de 1997, publicada no D.O.E. de 01 de janeiro de 1998, vigente a partir da data da publicação, sem redução de salário.

Com esse dispositivo, foram instituídas as **Jornada Básica de Trabalho**, caracterizada pela exigência do cumprimento de 30 (trinta) horas semanais de trabalho, **Jornada Básica de Trabalho Médico-Odontológica**, caracterizada pela exigência do cumprimento de 20 (vinte) horas semanais, e **Jornada Reduzida de Trabalho Médico-Odontológica**, caracterizada pela exigência do cumprimento de 12 (doze) horas semanais de trabalho, sendo as duas últimas aplicáveis exclusivamente às classes de Médico e Cirurgião Dentista.

A investidura de profissionais das classes de Médico ou Cirurgião Dentista em cargos ou funções públicas se dão em **Jornada Básica de Trabalho Médico-Odontológica** (20 horas), podendo esses profissionais optar pela redução dessa jornada, oportunidade em que passam a integrar a **Jornada Reduzida de Trabalho Médico-Odontológica**, com vencimentos proporcionais. Dessa opção, que poderá ocorrer uma única vez durante a vida funcional, podem os profissionais se retratar após um ano de exercício nessa jornada, retornando à **Jornada Básica de Trabalho Médico-Odontológica**.

Ainda no ano de 1998, com a edição da Lei Complementar n.º 848, de 19 de novembro de 1998, foi revista a jornada de trabalho das classes de Técnico de Radiologia, Auxiliar de Radiologia, Técnico de Laboratório, Auxiliar de Laboratório e Auxiliar de Análises Clínicas, fixada para estas a jornada máxima de 20 (vinte) horas semanais de trabalho, em função da lei do exercício profissional dessas categorias.

Inviabilizada a adequação da jornada de trabalho dos servidores administrativos que desempenham suas atividades na área saúde, em razão do óbice constitucional, o que desenvolvemos, e que se encontra em tramitação, é a constituição de um Plano de Cargos

e Salário para classes de Apoio, cujas atribuições serão definidas levando-se em conta o cunho administrativo acrescido da especificidade dada pela atuação em área de saúde, de modo a consolidar a igualdade de condições de trabalho nesse âmbito.

4.2 Prêmio de Incentivo

Justificativa

Com a implantação da sistemática de concessão do Prêmio de Incentivo, foi possível premiar os servidores em exercício na Secretaria Estadual de Saúde, de acordo com o seu desempenho, o que contribui para a melhoria da qualidade dos serviços de saúde prestados à população.

Representando para os gestores um instrumento de gerência e para os servidores a oportunidade de rever as condições de trabalho, o prêmio deve refletir no aprimoramento do planejamento local e regional.

Objetivo

Incrementar a produtividade e aprimorar a qualidade dos serviços e das ações executadas pela SES, mediante avaliação dos seguintes fatores:

- I. integralidade da assistência ministrada;
- II. grau de resolutividade da assistência ministrada;
- III. universalidade do acesso e igualdade do atendimento;
- IV. racionalidade dos recursos para manutenção e funcionamento dos serviços;
- V. crescente melhoria do Sistema Único de saúde – SUS/SP.

Critérios

O Prêmio de Incentivo foi instituído pela Lei n.º 8975, de 25/11/1994, (30% da arrecadação do FUNDES), alterada pelas Leis n.º 9185 de 21/11/1995 e 9463 de 19/12/96, regulamentadas pelos Decretos n.ºs 41.794, de 1/05/1997, alterado pelo Decreto n.º 42955 de 23/03/1998.

- 1 - Todos os funcionários/servidores fazem jus a 50% do Prêmio, independente de avaliação e desde que estejam em exercício na SES.
- 2 - Não farão jus ao Prêmio integral os funcionários que no período de avaliação:
 - Tiverem 1 (uma) ou mais falta injustificada.
 - Estiverem em licença para tratamento de saúde ou afastados por período superior a 15 dias, inclusive falta IAMSPE.
 - Na avaliação individual obteve resultado inferior à pontuação mínima.
 - Na avaliação institucional obteve resultado inferior à pontuação mínima.
 - Nomeados/admitidos que tenham menos de 45 dias de exercício dentro do período de avaliação.
- 3 - Não fazem jus ao Prêmio de incentivo:
 - Funcionários da Prefeitura, INAMPS e de autarquias, afastados na Secretaria da Saúde.

- Funcionários que prestam serviços em unidades municipalizadas ou afastados em outras Secretarias, ou Autarquias, mesmo vinculadas à SES.

Avaliação

É feita trimestralmente e o pagamento, mensal, considerando a seguinte composição percentual máxima:

- 50% - do Prêmio são pagos a todos os funcionário/servidores em exercício na SES;
- 20% - do Prêmio são pagos a todos os funcionário/servidores que na avaliação individual alcançaram a quantidade de pontos necessários.
- 30% - do Prêmio são pagos a todos os funcionário/servidores que na avaliação institucional alcançou a quantidade de pontos necessários.

Poderão ser avaliados normalmente:

- Funcionários em Licença Acidente do trabalho;
- Funcionários em Licença Prêmio;
- Funcionários em Licença gestante.

Tipos de avaliação

Avaliação individual:

Avaliação de acordo com o desempenho de cada funcionários/servidor:

- Assiduidade;
- Interesse;
- Cooperação/responsabilidade;
- Eficiência no trabalho;
- Controle;
- Liderança;
- Relacionamento;
- Organização e orientação do trabalho.

Avaliação institucional:

Avaliação de acordo com as características dos serviços prestados pelas unidades das SES.

Exemplo:

Em uma unidade Hospitalar os seguintes itens são avaliados:

- ▶ Taxa de ocupação média do último trimestre;
- ▶ Existência formal de comissões;
 - Comissão de Prontuários Médicos com revisão de óbitos,
 - Comissão de Farmácia Hospitalar,
 - Comissão de Infecção Hospitalar,
 - Comissão Interna de Prevenção de Acidentes,
 - Comissão Científica/Ensino e Pesquisa,

- Comissão de Ética,
 - Comissão de Biosegurança;
- Existência de mecanismo de referência e contra referência com os municípios ou unidades de sua abrangência.

Prêmio de Incentivo Especial por Produtividade

Por meio das resoluções SS/SAM n.º 3, de 17/05/1998, SS/SGGE n.º 118, de 28/07/2000, e SS n.º 146, de 14/12/2001, foi concedido Prêmio de Incentivo Especial por produtividade aos Médicos/Médicos Sanitaristas e Cirurgiões Dentistas, em exercício nas UBS, Ambulatórios e Hospitais.

Critério de avaliação:

Os mesmos estabelecidos para pagamento normal do Prêmio de Incentivo.

Critério de pagamento:

Atribuído com base na quantidade mensal de consultas, cirurgias, partos efetuados, conforme segue:

| Especialidade | Valor Unitário | Quantidade limite de ponto/consulta/procedimento |
|----------------------|-----------------------|---------------------------------------------------------|
| Psiquiátrico | R\$ 2,67 | 264 |
| Ambulatório | R\$ 2,00 | 352 |
| Anestesia | R\$ 20,00 | 50 |
| Intensivista | R\$ 2,00 | 500 |

| Especialidade | Valor Unitário | Quantidade limite de ponto/consulta/procedimento |
|----------------------------|-----------------------|---------------------------------------------------------|
| Neonatologia | R\$ 2,00 | 500 |
| Hemoterapeuta | R\$ 2,00 | 352 |
| Ultrassonografia | R\$ 2,00 | 352 |
| Tomografia | R\$ 4,00 | 176 |
| Endoscopia | R\$ 6,00 | 117 |
| Colonografia | R\$ 8,00 | 53 |
| Hemodiálise | R\$ 4,00 | 176 |
| Urologia | R\$ 6,00 | 117 |
| Anatomia Patologica | R\$ 2,00 | 352 |
| Eletrocardiograma | R\$ 2,00 | 352 |
| Teste Ergo. Punção Mama | R\$ 4,00 | 176 |
| Retossigmoidoscopia | R\$ 8,00 | 88 |

4.3 Projeto: honorários de hora-aula da Secretaria da Saúde

Justificativa

Necessidade de permanentemente, serem desenvolvidas, no âmbito da Secretaria da Saúde, atividades de formação, atualização e desenvolvimento de recursos humanos.

Objetivos

Desenvolver atividades de formação, atualização e desenvolvimento de recursos humanos, para a melhoria do desempenho profissional dos servidores, proporcionando uma maior qualidade nos serviços prestados pela Secretaria da Saúde.

Critérios

Critérios para o recebimento dos honorários de hora-aula:

- a) nos órgãos setoriais e subsetoriais de recursos humanos e nas áreas específicas relacionadas à assistência a saúde, aqueles profissionais que apresentarem Certificado de Qualificação como Instrutor/Monitor/Coordenador de treinamento ou experiência comprovada por currículo, certificado, diploma ou documentação que comprove a habilitação do profissional, além de formação profissional compatível;
- b) nos Centros Formadores de Pessoal de Nível Médio, aqueles profissionais que apresentarem Certificado de Capacitação Pedagógica para Instrutor/Supervisor/Projeto Larga Escala, Licenciatura para o Ensino Fundamental e Médio, Autorização Especial para Docência em Nível Médio das Diretorias de Ensino, além de formação profissional compatível e experiência comprovada por currículo, certificado, diploma ou documentação que comprove a habilitação do profissional;
- c) nas Telesalas, aqueles profissionais que apresentarem Certificado de Orientador de Aprendizagem para o Telecurso-2000 e forem selecionados pelo Setorial de Recursos Humanos para atuarem como Orientadores do Telecurso 2000;
- d) o limite máximo de honorários corresponde a 10 (dez) horas-aulas semanais e 40 (quarenta) horas-aulas mensais;
- e) as atividades de coordenação devem obedecer um limite máximo de 15 horas-aula, desde que o curso tenha carga horária igual ou superior a 80 horas-aula;
- f) as atividades de planejamento são remuneradas desde que não sejam inerentes às atribuições do servidor na sua unidade.

Quantidade de cursos/ano

- 12 cursos/1997;
- 48 cursos/1998;
- 29 cursos/1999;
- 37 cursos/2000;
- 62 cursos/2001;
- 70 cursos/2002 (cursos realizados até setembro/2002).

Gastos com honorário/ano

- R\$ 463.488,57/1997;
- R\$ 1.551.954,74/1998;
- R\$ 797.887,50/1999;
- R\$ 1.229.229,32/2000;
- R\$ 2.308.465,11/2001;
- R\$ 1.750.060,60/2002 (até setembro/2002).

Legislação

Decreto n.º 41.830, publicado em 02 de junho de 1997, e Instrução C.R.H. n.01/98 de 25, de junho de 1998.

Quantidade de funcionários treinados/ ano

- 1997;
- 3.820 treinandos 1998;
- 4.142 treinandos 1999;
- 3.200 treinandos 2000;
- 8.809 treinandos 2001;*
- 10.455 treinandos 2002 (até setembro/2002)*

*Cursos do Centro de Vigilância Epidemiológica – C.V.E. provocaram um aumento considerável no número de treinandos.

4.4 Instrumento de cessão e orientação para o gerenciamento de pessoal**Justificativa**

Municipalizar é o ato pelo qual o município, por meio de seus atores, assume competências, para definir e gerir as políticas de saúde em seu território.

A experiência mostra que num país tão grande como o Brasil, é impossível os Governos Federal e Estadual ficarem responsáveis pelos serviços de saúde em cada município. São tantas as diferenças entre os municípios que só o próprio município pode decidir a sua política de saúde, além de agilizar a decisão e a execução de suas ações.

Partindo dessa premissa, e dada a necessidade de conjugação de recursos desde os anos 80, o Estado de São Paulo implementou as Ações Integradas de Saúde, já com o envolvimento da União, Estado e Municípios e envidou todos os esforços no sentido de municipalizar os serviços e ações de saúde, ações que culminaram e coincidiram com a concretização do Sistema Único de Saúde - SUS. Já imbuído da necessidade de integração das três esferas de Governo, o processo de municipalização tornou-se mais fácil com a formalização de uma política já adotada no âmbito estadual. Essa política, que já previa a colaboração dos três níveis governamentais, foi coroada pela concretização do SUS, com a promulgação da Constituição Federal de 1988. Esse processo, até então informal, ganhou um grande impulso com a sua formalização, inobstante os obstáculos políticos encontrados para a sua total concretização, em face da insensibilidade de alguns municípios que, por questões partidárias,

impunham resistência na adesão ao Convênio. Com a formalização dos níveis de atribuições estabelecidos pela Constituição, os municípios passaram a assumir ações até então exclusivas do Estado, o que colaborou para a viabilização do processo.

Objetivo

A agilização na cessão de recursos materiais e humanos, tanto da esfera federal para a estadual quanto desta para os municípios, foi de fundamental importância para o estreitamento da relação de confiança necessária em processos dessa natureza. Na área de recursos humanos, essa conjugação de esforços demanda uma adaptação decorrente da origem de cada servidor, eis que algumas unidades de saúde contam com servidores dos níveis federal, estadual e municipal com diferentes regimes retributórios e legislações diversas que os amparam. A cessão do servidor, feita no momento da assinatura do Termo de Convênio entre as partes, independe da manifestação prévia do mesmo, considerado o princípio que orienta a conjugação de recursos para implementação do Sistema Único de Saúde/SUS.

Orientação e disciplina

A necessidade de disciplina para o processo de gestão de pessoal ensejou a edição de instrumento regulamentador no âmbito estadual, o que se deu, a princípio, com a Resolução SS n.º 126, de 16 de maio de 1990, posteriormente revista mediante a Resolução SS n.º 201, de 24 de março de 1994 e, atualmente, regido pelos termos da Resolução SS n.º 85, de 21 de junho de 2002. Tal dispositivo, além de autorizar a movimentação de pessoal do Estado para os Municípios integrantes do SUS, orienta a forma de gerenciamento desses servidores em consonância com as disposições legais a que estão sujeitos, dada a vinculação funcional com o Estado.

A resolução autoriza os servidores cedidos aos municípios a receber eventuais gratificações arbitradas por aqueles entes estatais, benefício esse que não se incorporará aos vencimentos ou salários, por se tratarem de sistemas retributórios integrantes de dotações orçamentárias distintas. Atribui ao gestor municipal o controle da frequência, da pontualidade, a concessão de férias anuais, bem como a decisão nos casos de afastamentos previstos em lei. Os servidores declarados à disposição do Município, por força do Convênio SUS, poderão ser indicados pela unidade gestora para responder pelo exercício de função de comando ou assistência da estrutura municipal, respeitadas as exigências legais e, no caso de retribuição pecuniária, esta deverá onerar recursos próprios do município, sendo certo que tais pagamentos não se incorporarão aos vencimentos, nem serão computados para cálculo de quaisquer benefícios decorrentes do cargo ou função no Estado. Os servidores cedidos aos municípios ficam subordinados a sua administração, especialmente quanto aos deveres e obrigações, de acordo com a legislação em vigor. Todavia, mantêm com o órgão setorial de recursos humanos do Estado a responsabilidade pela expedição dos atos necessários e registro das ocorrências na vida funcional de cada servidor.

Enquanto gestor do sistema, o Estado garante a formação e capacitação dos recursos humanos, bem como a implementação de diversos programas e diretrizes emanadas do

SUS, como PACS, PSF, NOAS-SUS etc. Além disso, o Estado mantém um curso permanente de capacitação de gestores municipais, num intercâmbio com as Universidades Paulistas, oferecido a todos os dirigentes de unidades municipalizadas.

5. Formação e desenvolvimento

5.1 Qualificação e capacitação

Introdução

A década de 90 caracterizou-se por mudanças nos paradigmas da Saúde, da Educação e do Mercado de Trabalho, que refletiram nas práticas de gestão de Recursos Humanos e na qualificação dos trabalhadores.

Na Secretaria de Estado da Saúde, a área de Recursos Humanos enfatizava a Administração de Pessoal, enquanto que a qualificação estava dispersa em várias instâncias técnicas.

A partir da integração do CEDRHU (Centro Estadual para o Desenvolvimento de Recursos Humanos), que era o órgão responsável pela formação de Recursos Humanos para o SUS, à Coordenadoria de Recursos Humanos, a área adquire um novo perfil, onde a Formação e o Desenvolvimento inserem-se estrategicamente no Sistema de Saúde. Somada às mudanças no Mercado de Trabalho e do Controle Social nos Serviços de Saúde, essa inserção se reflete na qualificação dos trabalhadores, onde à dimensão técnica, devem ser acrescentados aspectos éticos, políticos, de comunicação e de inter-relações pessoais.

Podemos dizer que no período de 1995 a 2002, o CSDRH tem trabalhado com esse eixo-referência, na constituição das parcerias, no estudo de demandas, na construção e execução de projetos.

Categorias de análise

Para analisarmos as atividades de educação profissional desenvolvidas pelo CSDRH, no período de 1995 a 2002, agrupamos os resultados em:

Parte I

Cursos integrantes do Sistema de Ensino com exigências legais: Especialização, Programa de Aprimoramento Profissional, Qualificação e Habilitação Profissional de Nível Médio, Complementação de Ensino Fundamental e Telecurso.

Parte II

Cursos que atendem as demandas específicas dos serviços, sem exigências predeterminantes de escolaridade: Desenvolvimento Profissional, Desenvolvimento Pessoal e Administração de Pessoal.

Atividades realizadas

Parte I – Cursos integrantes do Sistema de Ensino com Exigências Legais

Quadro I – Alunos matriculados e concluintes do Curso de Qualificação Profissional Auxiliar de Enfermagem, nos CEFORS, de 1995 a 2002.

Total

| | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | | 2002 | | Totais |
|--------------|------|------|------|------|------|------|--------|--------|------|------|-------------|
| | | | | | | | PROFAE | PROFAE | | | |
| Matriculados | 2585 | 1266 | 1038 | 588 | 549 | 272 | 50 | 2337 | 75 | | 8760 |
| Concluintes | 2420 | 2100 | 651 | 755 | 355 | 443 | 247 | | | 1357 | 8328 |

Fonte: NA-CSDRH e CEFORS / SES

Nota: Existem 9 turmas em processo de conclusão, que correspondem a 196 alunos

Quadro II – Alunos matriculados e concluintes dos Cursos de Qualificação e Habilitação Profissional em Saúde Bucal, nos CEFORS, de 1995 a 2002

Atendente de Consultório Dentário

| | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | Totais |
|--------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------------|
| Matriculados | 94 | 80 | 107 | 42 | 268 | 31 | 20 | 0 | 642 |
| Concluintes | 66 | 94 | 89 | 95 | 61 | 221 | 26 | 17 | 669 |

Técnico em Higiene Bucal

| | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | Totais |
|--------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------------|
| Matriculados | 57 | 34 | 0 | 20 | 19 | 19 | 0 | 0 | 149 |
| Concluintes | 59 | 57 | 14 | 0 | 19 | 0 | 19 | 0 | 168 |

Fonte: NA-CSDRH e CEFORS/SES

Quadro III – Alunos matriculados e concluintes por área de Qualificação/Habilitação Profissional, por CEFOR, de 1995 a 2002.

Técnico em Patologia Clínica

| | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | Totais |
|--------------|------|------|------|------|------|------|------|------|-----------|
| Matriculados | 26 | 0 | 20 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 46 |
| Concluintes | 16 | 63 | 0 | 20 | 0 | 0 | 0 | 0 | 99 |

Técnico em Radiologia

| | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | Totais |
|--------------|------|------|------|------|------|------|------|------|-----------|
| Matriculados | 0 | 0 | 25 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 25 |
| Concluintes | 0 | 0 | 0 | 24 | 0 | 0 | 0 | 0 | 24 |

Suprimento em Hematologia

| | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | Totais |
|--------------|------|------|------|------|------|------|------|------|-----------|
| Matriculados | 0 | 0 | 27 | 10 | 0 | 0 | 0 | 0 | 37 |
| Concluintes | 0 | 0 | 0 | 20 | 10 | 0 | 0 | 0 | 30 |

Auxiliar de Registro de Saúde

| | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | Totais |
|--------------|------|------|------|------|------|------|------|------|-----------|
| Matriculados | 0 | 0 | 0 | 24 | 0 | 0 | 0 | 0 | 24 |
| Concluintes | 0 | 0 | 0 | 0 | 24 | 0 | 0 | 0 | 24 |

Citologia

| | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | Totais |
|--------------|------|------|------|------|------|------|------|------|-----------|
| Matriculados | 0 | 22 | 0 | 0 | 31 | 0 | 0 | 0 | 53 |
| Concluintes | 19 | 0 | 18 | 0 | 0 | 26 | 0 | 0 | 63 |

Fonte: NA-CSDRH e CEFORS/SES

Quadro IV – Síntese do Programa de Educação à Distância – Telecurso 2000 – SES

| Ano | Teleposto (Nº) | Orientador (Nº) | Turmas | | | Aprovados em exames supletivos (SESI/SENAI) (Nº) |
|------|-------------------|--------------------|-----------------------|-----------------|---------------------------|--------------------------------------------------------|
| | | | Ensino Fundamental | Ensino Médio | Total de Participantes | |
| 1996 | 3 | 14 | 6 | - | 137 | - |
| 1997 | 22 | 67 | 35 | 5 | 781 | 26 |
| 1998 | 26 | 67 | 36 | 9 | 783 | 261 |
| 1999 | 19 | 52 | 20 | 18 | 766 | 158 |

Fonte: GTTD - CRH

Nota: Programa iniciado em 1996 e encerrado em 1999.

Quadro V – Alunos matriculados e concluintes do Curso de Complementação do Ensino Fundamental – modalidade Educação de Jovens e Adultos em parceria com o MS (PROFAE), em 2001 e 2002.

| Ano | Matriculados | Concluintes |
|-------------|--------------|-------------|
| 2001 | 676 | - |
| 2002 | - | 340 |

Fonte: NA-CSDRH e CEFORS/SES

Quadro VI – Número de Bolsas do Programa de Aprimoramento Profissional Secretaria de Estado da Saúde, no período de 1995 a 2002.

| Ano | Bolsas Autorizadas | Bolsas Utilizadas | Alunos Concluintes* |
|-------------|--------------------|-------------------|---------------------|
| 1995 | 1231 | 1108 | 653 |
| 1996 | 1111 | 1063 | 631 |
| 1997 | 1104 | 1016 | 602 |
| 1998 | 1100 | 1054 | 597 |
| 1999 | 1100 | 1076 | 652 |
| 2000 | 1100 | 1091 | 638 |
| 2001 | 1231 | 1178 | 723 |
| 2002 | 1176 | 1155 | ** |

Fonte: FUNDAP / SES

Notas: * dados referentes a alunos concluintes de programas com duração de um a dois anos

** conclusão do programa em fevereiro/março de 2003

Obs.: A conclusão do programa pode se dar no ano seguinte ou no segundo ano após a utilização da Bolsa.

Quadro VII – Turmas e alunos por Curso de Especialização, no período de 1998 a 2002.

| Curso | Turmas (Nº) | Total de Alunos |
|------------------------------------------------------------------|--------------------|------------------------|
| Especialização em Gestão de Serviços de Saúde | 7 | 245 |
| Capacitação em Desenvolvimento de RH de Saúde - CADRHU | 6 | 162 |
| Especialização em Equipe Gestora de Serviços e Sistemas de Saúde | 11 | 385 |
| Total | 24 | 782 |

Fonte: CRH/ Instituições Parceiras nos Projetos.

Parte II - Cursos que atendem às demandas específicas dos serviços**Quadro VIII – Número de participantes em Cursos, Palestras e Treinamentos a Servidores que desempenham atividades Técnicas e Administrativas de 1997 a 2002.**

| Cursos / Palestras / Treinamentos | Nº de Participantes/Ano | | | | | |
|------------------------------------------|--------------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|-------------|
| | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 |
| Desenvolvimento Profissional | 547 | 516 | 544 | 513 | 764 | 126 |
| Administração de Pessoal | 212 | 390 | 676 | 592 | - | - |
| Desenvolvimento Pessoal | 062 | 391 | 891 | 271 | 623 | - |
| Qualificação em Informática | 50 | 620 | 680 | 691 | 962 | 679 |
| Total | 871 | 1.917 | 2.791 | 1.987 | 2.349 | 780 |

Fonte: GTTD/CRH

Quadro IX – Número de participantes por Curso em Urgência e Emergência, em 2001 e 2002.

| Curso | Participantes/Ano | |
|-----------------------------------------------------------------------|--------------------------|-------------|
| | 2001 | 2002 |
| Primeiros Socorros e Direção Defensiva para Motoristas | 37 | 98 |
| Emergências Médicas | 9 | - |
| Suporte Básico e Avançado de Vida | 24 | - |
| Atualização em Emergência Pré e Intra Hospitalar para Aux. Enfermagem | 66 | 21 |
| Atendimento Avançado em Emergência para Enfermeiros | 144 | - |
| Suporte Básico de Vida em Reanimação Cárdio-Respiratória | 63 | 121 |
| Urgência e Emergência para Enfermeiros | - | 34 |
| Total | 343 | 274 |

Fonte: CSDRH – CRH

Quadro X – Turmas e alunos concluintes da Capacitação e Atualização em Gestão Municipal na área de Saúde, em parceria com o MS, COSEMS e Instituições de Ensino Superior, em 2001 e 2002.

| Nº de Turmas | Nº de alunos concluintes |
|---------------------|---------------------------------|
| 30 | 625 |

Fonte: CRH/Inst. de Ensino

Conclusão

Apesar de os dados acima representarem uma produtividade já conectada com os novos paradigmas da Saúde (advindos da implantação do SUS e sua regulamentação), da Educação (nova LDB e sua regulamentação) e do mundo do Trabalho, há necessidade de sistematização/aquisição de referencial teórico e técnico-pedagógico e de gestão por parte da equipe técnica e administrativa do CSDRH.

Outra questão que merece atenção é a necessidade de consolidar a integração com as demais instâncias intra e extra-SES, para definição de prioridades no financiamento, na ordenação de capacitação e formação profissional.

6. Mesa Estadual de Negociação

Justificativa

Com o processo de democratização que passou a vigorar no país após o regime militar e com a garantia de sindicalização dos servidores públicos, inscrita na Constituição do País de 1.988, o movimento sindical reorganizou-se no Brasil, pois até então os servidores públicos organizavam-se em associações, quase sempre por locais de trabalho. Em São Paulo, estima-se a existência, na época (1.978/1983), de mais de 70 (setenta) entidades, formadas a partir de categorias ou funções exercidas no serviço público estadual, no Judiciário e em secretarias como a da Saúde e a da Educação. Essas entidades tuteladas pelo regime militar e de caráter recreativo e assistencial foram vendo surgir em seu meio grupos de oposição. Esses dirigentes organizados num Comando Geral Permanente (CGP) estiveram à frente das greves unificadas do funcionalismo público estadual que marcaram os anos de 1.978 e 1.979. O ano de 1.979 foi marcado por uma grande vitória desse movimento, que foi a conquista de uma gratificação Cr\$ 2.000,00. Como o piso salarial era de Cr\$ 1.800,00, tal gratificação representava, para muitos, aumento superior a 100%. O governador da época, promoveu forte repressão ao movimento, sendo uma das mais significativas a suspensão da consignação em folha das mensalidades dos associados da Associação dos Professores do Ensino Oficial do Estado de São Paulo (Apeoesp) e da Associação dos Funcionários do Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual (Afiamspe), entre outras.

Findo o período da ditadura militar e com a eleição de Franco Montoro como Governador de São Paulo, bem como o momento político por que passava o país, com o movimento das “Diretas Já”, a expectativa do funcionalismo quanto à possibilidade de melhorias das condições de trabalho e de aumento de salários se exacerbou. Por outro lado, as divergências no funcionalismo, em especial no meio sindical, eram relativas ao relacionamento governo-sindicato, pois as organizações eram muitas e, caso as negociações fossem feitas uma a uma, estabelecer-se-iam negociações diversas e muitos dirigentes temiam que essa dispersão nos processos de negociação redundasse em diminuição do poder de conquista, enquanto que do lado do governo temia-se que tais negociações fossem feitas com representantes sem muita legitimidade.

Esse impasse deu origem à Plenária Estadual de Associações, conhecida como o Grupo dos 13 pelo lado das Associações, enquanto o Governo Estadual criou uma Comissão de Política Salarial, da qual participava todo o seu secretariado, tendo como coordenador Almir Pazzianoto, então Secretário de Relações do Trabalho.

Mensalmente, as associações de classes eram convocadas pela Plenária, por meio de circulares ou pela Imprensa, ficando o Grupo dos 13 responsável pelas negociações com o governo estadual, como também pela organização desses eventos.

Objetivos

Com a edição da Lei Complementar nº 674, de 8 de abril de 1.992, criando uma escala de vencimentos específica para a Secretaria da Saúde, com um plano de cargos, vencimentos e salários, o processo de negociação passou a ser feito diretamente com o sindicato da categoria, pois que a Constituição de 1.988 instituiu o direito de sindicalização aos servidores públicos, passando o Sindsaúde a representar os trabalhadores públicos da saúde no estado de São Paulo. Inobstante a criação da carreira específica da área da saúde tenha trazido grandes progressos nas relações sindicato/administração pública, a não inclusão dos servidores administrativos nessa carreira criou alguns óbices no relacionamento desses atores, já que esse servidores permeiam todas as Secretarias de Estado, fazendo parte de uma mesma escala de vencimentos e as reivindicações, que dizem respeito a essas classes, devem sempre ser discutidas num fórum mais amplo, ponto que envolve todo o funcionalismo público estadual. Nesse sentido, existe um acordo tácito entre as partes que a pauta de reivindicações apresentada deve trazer questões específicas da Secretaria da Saúde, já que as questões que ultrapassam interesses da Pasta exigem uma discussão mais ampliada.

Instalação da mesa

A Secretaria da Saúde, acompanhando esse processo de negociação, que passa a ser implantado de acordo com as demandas institucionais e sindicais, procurou desempenhar suas atividades, alavancando reuniões e criando um relacionamento sindical, bem como instituindo uma Mesa de Negociação com dirigentes sindicais e técnicos da Coordenadoria de Recursos Humanos, à qual compete avaliar as reivindicações e, em caso de impasse, submetê-las ao Dirigente da Pasta.

Critérios

A partir de 1.995, com a posse do Governador Mário Covas, político oriundo do movimento político oposicionista e com uma postura de diálogo, aberto às reivindicações dos movimentos populares, instalou-se verdadeiramente um processo de negociação entre os representantes da Administração e a representação sindical. Somente a partir desse momento, o Sindicato passou a ser reconhecido como autêntico representante das aspirações da classe, e pela primeira vez, passou a ser recebido pelas autoridades responsáveis da área de recursos humanos quanto por dirigentes de unidades de saúde, Secretários de Estado e também pelo Governador quando as negociações chegavam ao clímax, sem qualquer possibilidade de acordo.

Inicialmente, os processos negociais emperravam devido à extensão das pautas de reivindicações apresentadas anualmente, que englobavam desde assuntos específicos da área da saúde com as demais reivindicações que diziam respeito ao funcionalismo público em geral, que não podiam ser discutidos no âmbito da Pasta, exigindo um fórum mais amplo de decisão. Nesse sentido, estabeleceu-se um acordo de redução dos itens de pauta, com a separação daqueles específicos da Secretaria da Saúde.

Enquanto isso, no âmbito da Secretaria, a área de recursos humanos procura um modelo de gestão de negociação, estabelecendo as bases desse processo, em parceria com o próprio sindicato, indicando os objetivos e as finalidades a que se propõem as partes, fixando um conjunto de princípios éticos e legais que devem nortear as relações dos participantes e a forma de funcionamento desse modelo. A finalidade de tal modelo foi definida por acordo entre as partes como sendo a prestação e o atendimento, com qualidade, eficácia e resolutividade dos serviços de saúde, em seu benefício e em benefício da coletividade. O objetivo a ser perseguido foi estabelecido como sendo o de dar tratamento privilegiado aos conflitos existentes.

O modelo aprovado e instituído como Mesa de Negociação Permanente passou a ser adotado com reuniões quinzenais tendo como primeiro tema a instituição do Prêmio de Incentivo, estabelecendo-se uma agenda de negociações que culminou com a participação de membros do sindicato na comissão que estabelece critérios para concessão desse benefício, bem como as alterações que possam vir a ocorrer no valor do pagamento, havendo, então, uma maior integração no processo negocial. Criou-se assim, uma mesa permanente de negociação que perdura até os dias atuais, com discussões e negociações do processo de municipalização, que gerou, de início, uma série de problemas administrativos quando de sua implantação, abrindo uma pauta de negociação para os demais assuntos pendentes de solução como o pagamento do Adicional de Insalubridade e problemas relacionados às atividades dos servidores nas unidades de saúde. O processo de negociação tem, no âmbito da SES, a participação de todos os responsáveis pelas áreas onde os problemas ocorrem, para que haja uma responsabilidade compartilhada, eis que seu gerente pode melhor caracterizar o problema e colaborar para a sua solução. Em síntese, a Mesa de Negociação é vista não como uma panacéia para solução de todos os males, mas sim de uma comunhão de princípios democráticos de gestão pública e vontade política na busca de resultados por meio da negociação, intenção que deve ser perseguida por ambas as partes.

**Heloiza Machado de Souza,
Célia Regina Rodrigues Gil,
Maria Angélica Curia Cerveira,
Zelma Francisca Torres**

Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, Brasil.

Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente para o Programa Saúde da Família

O Programa Saúde da Família - PSF está inserido em um contexto de decisão política e institucional de fortalecimento da Atenção Básica no âmbito do Sistema Único de Saúde, cujos princípios posicionam o Brasil ao lado de países que pautam seus sistemas em valores de solidariedade e de cidadania, como a universalização e a adoção do conceito de saúde como direito de todos e dever do Estado.

As condições iniciais, desfavoráveis à implantação do PSF, não somente no campo do financiamento, mas também na ausência de uma política adequada de formação de recursos humanos e na própria descrença da sua capacidade de induzir mudanças no modelo assistencial, sofreram transformações ao longo da sua trajetória. O PSF conseguiu reunir importantes atores do serviço, da academia e de organismos de apoio, que agregaram contribuições de muito valor nesses oito anos de sua implantação.

Elevado à condição de estratégia estruturante dos sistemas municipais de saúde, o PSF tem demonstrado potencialidade para provocar um importante movimento de reordenamento do modelo de atenção vigente. Suas diretrizes apontam para uma nova dinâmica na forma de organização dos serviços e ações de saúde, proporcionando mais racionalidade na utilização dos níveis de maior complexidade assistencial e resultados favoráveis nos indicadores de saúde da população assistida. O princípio operacional do PSF de adscrição de clientela proporciona vínculo das unidades básicas de saúde com a população, o que tem possibilitado o resgate da relação de compromisso e de co-responsabilidade entre profissionais de saúde e usuários dos serviços. Isso tem-se constituído como grande diferenciador do modelo tradicional de prestação de serviços de saúde.

Além disso, o PSF muda o enfoque de assistência à doença para promoção da saúde e, portanto, da qualidade de vida, exigindo do setor saúde uma atuação articulada com outros setores da administração pública e com setores organizados da sociedade. As equipes de saúde da família induzem e potencializam essa articulação com as demais políticas públicas,

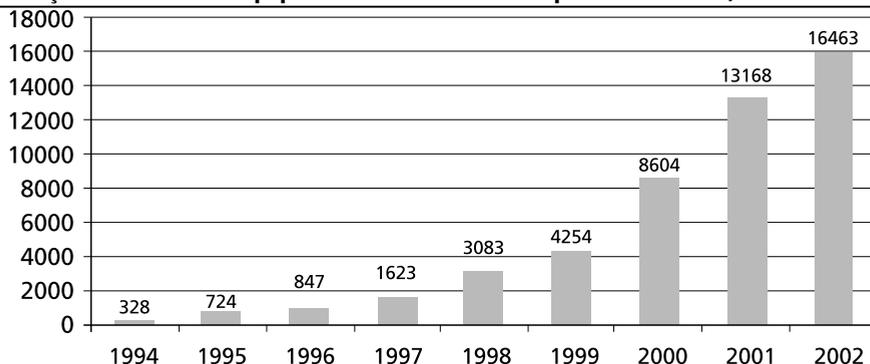
necessárias para a construção de sistemas solidários que buscam a integralidade e a equidade da atenção à saúde das pessoas. Ao incentivar a participação das lideranças em todas as fases de operacionalização do PSF, as equipes valorizam as potencialidades locais e contribuem para a elevação do capital social das populações assistidas.

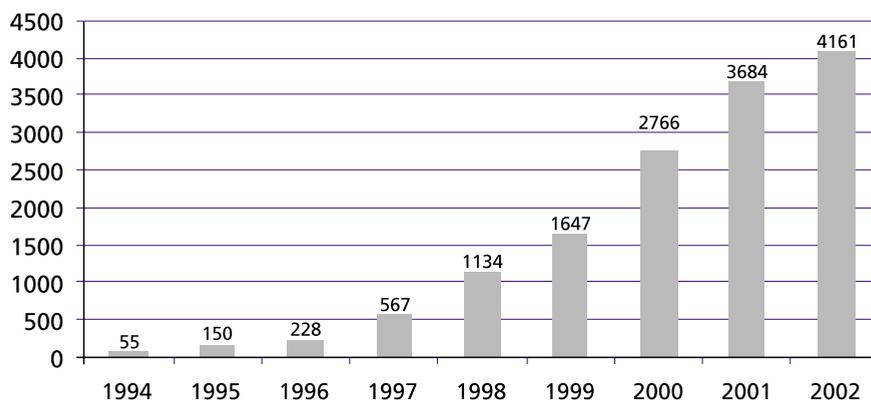
Para o Dr. Jacobo FinKelman, representante da Organização Pan-Americana da Saúde no Brasil, “o Programa Saúde da Família do Brasil não é uma simples agregação do trabalho do médico, do enfermeiro, dos auxiliares de enfermagem e dos agentes comunitários; é uma força inovadora que, com o trabalho em equipe, está reformulando os paradigmas da Atenção Básica, ao combinar pelo menos quatro áreas específicas de intervenção – a epidemiologia, a prevenção e o controle de doenças prioritárias, o atendimento clínico e a promoção da saúde – o que cria uma sinergia cujos resultados se encontram acima de simples esforços individuais. Na prática, o PSF tem-se convertido em uma das principais forças motrizes para que o SUS se consolide, dentro dos princípios assinalados na Constituição Brasileira, como um serviço de saúde universal, solidário e integral e como um direito do cidadão e um dever do Estado”.

A inserção do PSF de forma sistêmica nos serviços de saúde fortalece a atenção básica e coloca o Brasil em consonância com experiências internacionais, as quais demonstram que um sistema de saúde com forte base em atenção primária torna-se mais eficiente e equânime, mesmo em situações de grande iniquidade social.

Iniciado em 1994, o PSF apresenta um impulso expressivo no seu crescimento, principalmente nos dois últimos anos, quando o número de equipes obteve um acréscimo de aproximadamente 90%. Atualmente, existem mais de 16 mil equipes atuando em mais de quatro mil municípios. Em termos de cobertura populacional, o PSF atingiu, neste período, cerca de 51 milhões de pessoas, ou 29% da população brasileira, concentradas principalmente nos municípios de pequeno ou médio porte. Apesar de recente, também é importante o movimento de expansão do PSF para grandes cidades, a exemplo de São Paulo, Belo Horizonte ou Manaus, onde já existe um número considerável de equipes em atuação.

Evolução do número de equipes de Saúde da Família implantadas. Brasil, 1994 a set/2002



**Evolução do número de municípios que implantaram a estratégia de Saúde da Família.
Brasil, 1994 a set /2002**

Fonte: Ministério da Saúde / Departamento de Atenção Básica

É possível afirmar que há, apesar da coexistência de inúmeros desafios ainda não superados, uma série de pontos favoráveis ao desenvolvimento e consolidação do PSF no Brasil neste momento. Elementos que passam:

- pela inclusão do PSF no Plano Plurianual - Avança Brasil, com recursos orçamentários previstos para o alcance da meta de 24 mil equipes de saúde da família para o ano 2003, o que significa a possibilidade de atingir neste período a cobertura de aproximadamente 50% da população brasileira;
- pelo espaço político e institucional ocupado não mais como “programa” na concepção tradicional, mas como estratégia estruturante da atenção básica com capacidade de provocar ou contribuir para a reorganização dos sistemas locais de saúde;
- pela oportunidade de implantação da Norma Operacional de Assistência Social - NOAS que incorpora mais resolubilidade à atenção básica e possibilita a integralidade da assistência por meio da organização de redes de serviços regionalizados e hierarquizados;
- pela possibilidade de um incremento significativo de recursos por meio de financiamento externo, disponível para execução a partir de 2003, em complementação aos recursos orçamentários federais, nos quais haverá ênfase na expansão do Programa nos grandes centros urbanos, nas ações de capacitação dos profissionais que compõem as equipes e no processo de avaliação;
- pela adesão significativa não somente dos gestores municipais e estaduais, mas também das instituições de ensino superior como parceiras na missão de qualificar os profissionais para esse novo modelo e de avaliar as estratégias adotadas.

O que se observa é que a estratégia de Saúde da Família vem-se colocando, cada vez mais, como estruturante para a reorganização dos serviços de atenção básica e de reorientação das práticas em saúde, na tentativa de inverter a concepção atual do modelo tradicional vigente, imprimindo-lhe a concepção da saúde como um produto social, no qual a equipe de saúde estabelece vínculos de cooperação com os indivíduos, famílias e comunidade.

A estratégia da Saúde da Família traz um novo paradigma para a organização do trabalho em saúde, pautado no trabalho de todos os profissionais de saúde em tempo integral; na remuneração diferenciada; na delimitação mais precisa e radical do território de atuação das equipes; no trabalho em equipe; na incorporação da participação da comunidade no trabalho da equipe; no vínculo dos profissionais com os indivíduos, famílias e comunidades; na incorporação mais efetiva dos instrumentos de planejamento; e na necessidade de incorporação de outros saberes em saúde: o social, o pedagógico e o psicológico, que devem somar-se ao conhecimento e à competência clínica. Esse novo paradigma aponta claramente para a insuficiência dos processos de formação e desenvolvimento de recursos humanos que não são recentes, mas que o momento atual evidencia e explicita de maneira mais radical as contradições existentes nesse processo.

A consolidação do PSF sempre esteve condicionada, entre outros fatores, à existência de profissionais com conhecimentos, atitudes e habilidades adequados ao novo modelo. Profissionais que não estão disponíveis no mercado de trabalho, porque tradicionalmente foram formados e preparados para atuar no modelo tradicional. Modelo centrado no assistencialismo individual e curativo, com ênfase no atendimento hospitalar e respaldado por uma tecnologia altamente sofisticada, muitas vezes usada de forma acrítica, sem resolver os problemas de saúde da população, além de não gerar bons níveis de satisfação – nem para a população nem para os trabalhadores da saúde.

Para o enfrentamento dessa realidade, em 1996, o Ministério da Saúde propôs aos serviços e as instituições de ensino o estabelecimento de parcerias para que o processo de capacitação das equipes de Saúde da Família pudesse ser concretizado e fosse ainda possível influenciar no processo de formação desses profissionais. Assim, foram criados os Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente para o Programa Saúde da Família.

Os Pólos são definidos como a articulação de uma ou mais instituição voltada para a formação e educação permanente de recursos humanos em saúde. São vinculadas às universidades ou instituições isoladas de educação superior que se consorciam ou celebram convênios com Secretarias de Estado e/ou Secretarias Municipais de Saúde, para implementarem programas direcionados aos profissionais da equipe de Saúde da Família em um ou mais municípios. Trata-se, portanto, de uma rede de instituições comprometidas com a integração ensino-serviço, voltada para atender a demanda de pessoal preparado para o desenvolvimento da estratégia de Saúde da Família no âmbito do SUS.

Os Pólos, entendidos como estratégia operacional para a adequação e o desenvolvimento de habilidades dos profissionais de saúde da família para a abordagem da atenção integral, foram concebidos para desenvolverem ações que contemplem suas três vertentes: capacitação, formação e educação permanente. O que se pretende é gerar iniciativas autônomas que articulem, simultaneamente, instituições de ensino superior e o Sistema Único de Saúde nos níveis municipal e estadual.

Os compromissos estabelecidos entre as instituições de ensino e serviços que compõem os Pólos estão dirigidos para ações de curto, médio e longo prazos. Nas ações de curto prazo estão a oferta do curso introdutório para as equipes de Saúde da Família e cursos de atualização e aperfeiçoamento destinados às abordagens da saúde coletiva e clínica individual,

objetivando a permanente melhoria da resolubilidade das equipes.

As ações de médio e longo prazo são: implantar programas de educação permanente destinados aos profissionais da equipe de Saúde da Família, utilizando cursos curtos presenciais, educação à distância ou modalidades associadas; implantar cursos de especialização e residência em Saúde da Família ou outras formas de pós-graduação para médicos, enfermeiros, odontólogos e outros profissionais; e desenvolver iniciativas destinadas a introduzir inovações curriculares nos cursos de graduação.

Atualmente, existem Pólos implantados em todas as Unidades da Federação, com o envolvimento de 116 instituições de ensino superior, além de cinco Escolas de Saúde Pública das SES. No período entre 1998 e 2001, o Ministério da Saúde investiu recursos que permitiram aos Pólos de Capacitação a realização de quase 10 mil capacitações em áreas de intervenção prioritárias, com mais de 170 mil egressos.

Apesar de todos os esforços despendidos pelos Pólos na oferta dos cursos, inclusive na maioria das vezes ultrapassando as metas programadas quando da elaboração anual dos Planos de Trabalho, constata-se, na realidade, que a oferta de capacitações está sendo insuficiente para a velocidade da expansão das equipes e para a necessidade de seus profissionais.

Em 1999, o Ministério da Saúde solicitou ao Núcleo de Recursos Humanos para o SUS/Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ uma avaliação do perfil dos médicos e enfermeiros do PSF no Brasil. Naquele momento, o PSF contava com cerca de cinco mil equipes implantadas e a meta de alcançar 20 mil equipes em 2002. Essa pesquisa constituiu-se em importante diagnóstico para subsidiar a reavaliação de estratégias voltadas para a qualificação, gestão e regulação dos recursos humanos inseridos no PSF.

Constatou-se, por exemplo, que, apesar de muitos profissionais referirem ao acesso a informações atualizadas, quase a totalidade expressava necessidade de maior aprimoramento técnico científico. As principais modalidades sugeridas foram: curso de especialização (28%); cursos de curta duração (24%); mestrado/doutorado (19%) e cursos à distância (2,5%). Apenas 39,5% dos médicos e 35,4% dos enfermeiros tinham algum curso de especialização.

Com a disponibilização dessas informações, o Ministério da Saúde lançou, em 2000, uma convocatória para as Instituições de Ensino Superior visando a oferta de cursos de pós-graduação Lato Sensu, na modalidade de Especialização e Residência Multiprofissional em Saúde da Família. Atualmente estão sendo financiados, por meio de recurso internacional do Projeto REFORSUS, 50 cursos de especialização e 25 de residências multiprofissionais.

Com a expansão dos Pólos, considerou-se indispensável a realização de um processo avaliativo que pudesse verificar o grau de aproximação ou distanciamento da prática com os princípios e a missão por eles definidos. Assim, foi realizado no período de 2000 a 2002, pelo Núcleo de Estudos de Políticas Públicas da UNICAMP, uma avaliação dos Pólos de Capacitação.

Essa avaliação, somada à ausculta dos integrantes dos Pólos e dos gestores estaduais e municipais, além das informações geradas por um amplo processo de avaliação da implantação das equipes do PSF, executado pelo DAB/SPS/MS, em 2001/2002, tem gerado

subsídios para a formulação de propostas que possam aperfeiçoar o processo de trabalho dos Pólos e conseqüentemente melhorar a qualificação das equipes.

A observação e os resultados verificados demonstram que:

- é adequada a estratégia dos Pólos, porque tem impulsionado um importante movimento reflexivo para dentro das instituições de ensino superior e tem estimulado as instituições a compartilhar com o serviço a responsabilidade da qualificação de seus profissionais;
- é heterogênea a conformação dos Pólos de Capacitação, sendo que a maioria deles não foi formalmente instituída;
- há atualmente um descompasso entre a necessidade do serviço e a capacidade de oferta das instituições de ensino parceiras;
- existe, em alguns casos, inadequação dos conteúdos de capacitação com as necessidades locais.

Dessa forma, ao longo deste ano, elaborou-se uma proposta para fortalecimento dos Pólos e enfrentamento dos problemas identificados. A proposta está baseada nos seguintes eixos de ação:

1ª- Institucionalização dos Pólos Estaduais de Capacitação de Recursos Humanos para a Saúde da Família:

Considerando sua institucionalização como estruturante para a proposta de implementação dos Pólos de Capacitação, deve ser acompanhada de uma redefinição de responsabilidades e reorientação do processo de articulação entre as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e Instituições de Ensino Superior, além da inclusão das escolas de ensino médio (escolas técnicas), mediante a elaboração e pactuação de uma agenda de capacitação que melhor atenda às necessidades de saúde de cada Estado.

2ª- Implantação dos Pólos Regionais de Capacitação com Coordenação Única nas Unidades Federadas:

Atualmente, os Estados contam com um Pólo Estadual que planeja e executa as capacitações necessárias às equipes. Para potencializar a oferta das capacitações, a proposta é implantar Pólos Regionais que deverão, na sua composição, orientar-se pela mesma lógica de articulação ensino-serviço. Ou seja, agregar no âmbito loco-regional instituições gestoras do SUS, instituições de ensino superior que possuam minimamente os cursos de graduação em medicina, enfermagem ou odontologia e, onde houver, instituições de ensino técnico em algumas dessas áreas. Caberia ao Pólo Estadual a coordenação e articulação dos planos regionais, cuja somatória conformaria um plano estadual de capacitação para as equipes de saúde da família.

3ª- Descentralização de Recursos aos Municípios para o Desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde da Família:

Para potencializar o processo de capacitação das equipes de Saúde da Família e implementar as ações mínimas apontadas como prioridades para a atenção básica, este eixo propõe a descentralização de recursos aos grandes municípios, como forma de agilizar as capacitações de grandes quantitativos de equipes. As propostas deveriam, necessariamente, estar inseridas nos planos regionais de capacitação.

4ª- Ampliação do Quadro de Instrutores para a Capacitação de Recursos Humanos em Saúde da Família:

Para apoiar o desenvolvimento das capacitações de forma descentralizada, faz-se necessário ampliar a formação de profissionais que atuem como instrutores dos cursos. Esses instrutores deverão estar aptos e comprometidos com o desenvolvimento dos cursos introdutórios e com os processos de educação permanente em seus respectivos Estados.

Esses eixos demonstram que o recorte e a prioridade estão voltados para a busca de mecanismos que contribuam para descentralizar e agilizar os processos de capacitação, mas também para permitir algum direcionamento que torne possível melhorar o desempenho da atenção básica e, conseqüentemente, produzir efeitos positivos nos indicadores que refletem as condições de saúde da população coberta pelo PSF.

Uma questão importante para viabilizar a operacionalização de qualquer estratégia de ampliação e aperfeiçoamento das atividades inerentes aos Pólos de Capacitação diz respeito ao financiamento de suas ações. É preciso avançar não somente no sentido de garantir que a transferência dos recursos ocorra de forma regular e permanente, mas também no sentido de ampliar as possibilidades de recursos com maior participação dos governos estaduais.

É importante destacar que existe um processo bastante mobilizador dos próprios Pólos de Capacitação. Inovações e experiências exitosas podem ser observadas em muitos deles, a exemplo do Pólo do Maranhão que, por intermédio da Universidade Federal do Maranhão e com apoio dos ministérios da Educação, por meio do programa e Proinfo, e da Saúde, acaba de inaugurar seu núcleo de educação à distância. Cabe ressaltar que há outras iniciativas em andamento no Ministério da Saúde visando implementar os processos de mudanças curriculares, que também vão ao encontro da estratégia de articulação entre o aparelho formador e os serviços de saúde e, portanto, potencializam a iniciativa dos Pólos de Capacitação.

Nesse sentido, vale destacar o Projeto de Incentivo às Mudanças Curriculares nas Escolas Médicas - PROMED e, ainda em elaboração, o Projeto de Incentivo às Mudanças Curriculares nas Escolas de Enfermagem - PROENF, que certamente estão sendo apresentados e debatidos em outras mesas deste evento. Essas duas iniciativas, que incorporam a parceria com o Ministério da Educação, poderão representar um avanço significativo para o encurtamento da distância existente entre a academia e os serviços de saúde.

Outra importante experiência que envolve a articulação ensino-serviço é o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde que está entrando em seu segundo ano consecutivo. O PITS tem como objetivo ampliar o acesso aos serviços de saúde para as populações mais desassistidas do país, implantando equipes de Saúde da Família nos municípios cujos indicadores de qualidade de vida e saúde são bastante críticos. Para desenvolver tal estratégia, uma das medidas propostas foi ofertar aos profissionais médicos e enfermeiros selecionados para o Programa cursos de especialização em Saúde da Família. Esses cursos foram ofertados também pelas instituições de ensino que estão participando dos Pólos de Capacitação.

A oportunidade de participar da construção do PSF no Brasil, nesses últimos anos, nos estimula a afirmar que, apesar de inúmeros desafios (muitos deles de origem estrutural, que ganham mais visibilidade com a implantação do PSF), o cenário atual apresenta

diversos pontos facilitadores para a implementação dos processos de articulação ensino-serviço.

Partindo do movimento da academia para os serviços, podem-se destacar:

- as atuais diretrizes curriculares, que estão mais flexíveis e sensíveis às necessidades dos serviços e de saúde da população, favorecendo a abertura de espaços para mudanças mais profundas e efetivas no ensino da graduação;
- a existência, no Brasil, de algumas experiências concretas de inovações curriculares nos cursos da área de saúde, que permitem a construção de acúmulos e reflexões sobre as mudanças no ensino que podem contribuir para a implementação do SUS;
- a existência de um corpo de atores sociais no campo do ensino das profissões de saúde que são comprometidos com o processo da Reforma Sanitária Brasileira e com a construção do SUS, como a Rede UNIDA; e
- a adesão e participação de muitas universidades nas atividades de capacitação e formação dos profissionais das equipes de Saúde da Família, inclusive no PITS.

Partindo do movimento dos serviços para a academia, podem-se destacar:

- a iniciativa do Ministério da Saúde de criação dos Pólos de Capacitação, acompanhada de recursos financeiros destinados especificamente para a parceria ensino-serviço no desenvolvimento das capacitações das equipes de saúde da família;
- a criação dos diferentes cursos de Especialização em Saúde da Família: para o Programa PITS, para os profissionais das equipes, na modalidade de EAD, com recursos destinados às instituições de ensino;
- a criação de Cursos de Especialização na modalidade de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, com recursos destinados à participação das instituições formadoras;
- a criação, por parte do Ministério da Saúde, do incentivo financeiro para estímulo às mudanças curriculares nos cursos de graduação em medicina e enfermagem;
- a elaboração do Plano que propõe a institucionalização e a ampliação da rede de Pólos;
- a maior sensibilização dos gestores, principalmente os municipais, para a importância da articulação entre instituições de ensino e serviços.

No entanto, para avançar na direção da sustentabilidade das transformações do modelo de atenção, é preciso que os elementos facilitadores sejam potencializados com:

- processos mais efetivos de gestão;
- medidas que visem a fixação das equipes em seus municípios;
- ampliação de recursos, com responsabilidade tripartite;
- políticas de recursos humanos que promovam a valorização social do trabalho dos profissionais que trabalham na área da saúde pública, com destaque para os que compõem as equipes de Saúde da Família;
- ousadia das instituições de ensino para inovar na formação de seus profissionais.

Uma pergunta precisa ser respondida:

“Até quando a sociedade vai poder pagar para ter profissionais que não correspondem às necessidades de saúde de um grande contingente da população e nem atendem às necessidades de organização dos serviços?”

Qualquer que seja o caminho em busca da construção de um modelo de atenção voltado às necessidades da população, pautado pelos princípios da promoção da saúde e comprometido com a humanização do atendimento, requer mudança na postura seus profissionais. Esse desafio e esse caminho só poderão ser trilhados de forma compartilhada, fortalecendo a articulação ensino-serviço.

O fortalecimento do processo de construção de um sistema de saúde mais justo e equânime só poderá acontecer quando os profissionais de saúde saírem de suas instituições formadoras interessados e preparados para atuar na atenção básica com a mesma disposição que saem hoje para atuar num centro de alta tecnologia e especialização. Por outro lado, estes profissionais, recém-egressos, deverão encontrar serviços de atenção básica valorizados e reconhecidos socialmente e com capacidade de garantir a manutenção da opção feita pelos profissionais, fazendo-os sentirem-se dignos de prestar serviços de atenção básica às pessoas, famílias e comunidades.

PROMED - Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares nas Escolas Médicas

I. Introdução

A política de inclusão social que vem sendo implementada no Brasil tem expressões concretas nas áreas sociais do Governo, especialmente na saúde e na educação. Na área da saúde, há um consistente esforço para reorganizar e incentivar a atenção básica, como estratégia privilegiada de substituição do modelo tradicional de organização do cuidado em saúde, historicamente centrado na doença e no atendimento hospitalar.

Uma das importantes interseções entre saúde e educação diz respeito aos "produtos" acadêmicos - perfil dos graduandos, conhecimentos produzidos e serviços de saúde prestados às pessoas e à população. Situações que ainda estão longe da ideal.

As Instituições de Ensino Superior - IES seguem, na maioria das vezes, sua lógica própria, reafirmando a tradição de autonomia. Se, por um lado, essa tradição foi positiva, livrando as universidades de imposições conjunturais, por outro, propiciou o afastamento de seu constituinte principal, que é a sociedade, da discussão sobre a relevância e a pertinência da produção de conhecimento e formação profissional. Uma das traduções negativas dessa autonomia tem sido fortemente expressa nos perfis da formação dos médicos, cuja tendência, ao longo das últimas décadas, foi de especialização e prática centrada na atenção hospitalar.

Apesar disso, as IES seguem perseguindo, como missão institucional, a formação do médico generalista. As diretrizes curriculares propostas para os cursos de medicina também apontam nessa direção, porém a tradução dessas orientações na organização e prática educativa requer transformações estruturais da escola e da prática de docentes e estudantes. Requer, ainda, mudanças na prática médica, uma vez que a própria ideologia da categoria e a organização tanto dos serviços de saúde como do trabalho médico imprimem um movimento em direção às especialidades, ao hospital como único cenário qualificador e ao consultório privado como ideal do trabalho liberal.

A formação médica tradicional, organizada segundo disciplinas/departamentos desarticulados, ciclos básico e clínico separados, utilização da prática unicamente como aplicação da teoria sempre precedente, e planejada de acordo com objetivos educacionais predominantemente cognitivos, tem-se mostrado incapaz produzir transformações na educação médica.

Os objetivos estabelecidos no Artigo 3^a das Diretrizes Curriculares em vigor permitem inferir os nós críticos que devem ser enfrentados pelas escolas cuja missão inclua responsabilidade social e luta pela melhoria da qualidade de saúde e vida das pessoas. Nesse artigo, encontram-se explicitadas as competências gerais que a sociedade do século XXI espera e deseja para a formação de profissionais médicos:

- postura ética, visão humanística, senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania;
- orientação para a proteção, promoção da saúde e prevenção das doenças;
- capacidade de compreensão, integração e aplicação dos conhecimentos básicos na prática profissional;
- orientação para atuar em nível primário e secundário da atenção e resolver com qualidade os problemas prevalentes de saúde;
- capacidade para o primeiro atendimento das urgências e emergências;
- capacidade para comunicar-se e lidar com os múltiplos aspectos da relação médico-paciente;
- capacidade de aprendizagem contínua durante toda a vida profissional e de auditoria do próprio desempenho;
- capacidade de atuação e eventual liderança na equipe de saúde.

Para alcançarmos esses objetivos na educação médica, são necessárias transformações da escola e da prática educativa, por um lado, e da prática profissional e da organização do trabalho, por outro. Dessa forma, uma parceria entre os Ministérios da Saúde/Secretaria de Políticas de Saúde; da Educação/Secretaria de Educação Superior e Organização Pan-Americana da Saúde vem-se mostrando como forte fator indutor desse processo de mudanças.

O Ministério da Educação vem buscando o fortalecimento da educação básica e a melhoria da qualidade do ensino no país. Particularmente, em relação ao ensino superior, a flexibilização possibilitada pela nova LDB, a substituição dos currículos mínimos pelas diretrizes nacionais, a instituição das avaliações das condições de oferta e o exame nacional de cursos favorecem a discussão da relevância da formação acadêmica. Embora esse processo esteja, ainda, em construção, uma vez que formatos e indicadores estão sendo testados e discutidos, o mérito dessas iniciativas e a necessidade de se avaliar as escolas e apresentar para a sociedade os resultados dessas avaliações são inquestionáveis.

O Ministério da Saúde tem como uma de suas prioridades essenciais a atenção básica, mediante a qual pretende ordenar a formação de recursos humanos para a saúde. Tal proposta, no entanto, defronta-se com a precária disponibilidade de profissionais com formação geral, dotados de visão ético-humanística e preparados para acolher as necessidades de saúde das pessoas e da população e prestar cuidados contínuos e resolutivos visando à melhoria da qualidade de vida.

Os Pólos de Capacitação da Saúde da Família têm prestado significativa contribuição na situação emergencial da capacitação das Equipes de Saúde da Família e nos cursos de especialização. É necessário, entretanto, que sejam implementadas ações de médio e longo prazos voltadas à melhoria da formação profissional e, portanto, envolvendo as IES de forma ativa e protagônica. Essas ações, evidentemente, devem estar intimamente coordenadas com a ação dos Pólos e articuladas com os serviços de saúde do SUS, considerados como parte interessada e parceira na construção de um novo perfil para os profissionais de saúde.

Nesse contexto, foi particularmente oportuna a proposição de um programa de incentivos às instituições acadêmicas que se dispusessem a transformar a formação profissional de forma coerente com as diretrizes nacionais e voltada às necessidades das pessoas, das coletividades e do SUS - Sistema Único de Saúde.

Numa primeira etapa, o programa de incentivos foi dirigido às escolas médicas, já que essa categoria profissional representa um segmento determinante na organização do modelo de atenção e apresenta um acúmulo histórico na problematização e avaliação dos problemas gerados pela abordagem pedagógica tradicional, fragmentação dos ciclos básico e clínico e especialização precoce. As experiências da Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico - Cinaem, da avaliação das condições de oferta e do exame nacional de cursos do MEC são exemplos de movimentos nacionais que contribuíram para a seleção das escolas médicas como piloto para desenvolvimento de um programa abrangente que objetiva envolver as demais carreiras da saúde.

II. O PROMED: uma nova escola médica para um novo Sistema de Saúde

O objetivo do PROMED é a reorientação da formação médica, com ênfase nas mudanças do modelo de atenção à saúde, voltadas ao fortalecimento da atenção básica, de forma a:

- estabelecer, de maneira sustentável e sistemática, protocolos de cooperação entre os gestores do SUS e as escolas médicas;
- deslocar, para uma noção integralizadora do processo saúde/doença e para a promoção da saúde, o eixo central da formação médica, tradicionalmente orientada para as doenças;
- propiciar a ampliação/diversificação dos cenários de desenvolvimento da prática profissional, dando ênfase aos serviços de atenção primária;
- favorecer a adoção de metodologias pedagógicas ativas e centradas nos estudantes, visando prepará-los para a auto-educação permanente.

Para o alcance das mudanças propostas, o PROMED sinaliza três eixos principais que, potencial e articuladamente, representam áreas estratégias para a transformação das práticas educativa e profissional. Cada eixo conta com vetores que especificam as áreas de atuação:

- Eixo A - Orientação Teórica:
 - vetor 1: produção de conhecimento segundo as necessidades do SUS,
 - vetor 2: pós-graduação e educação permanente,
- Eixo B - Abordagem Pedagógica:

- vetor 3: mudança pedagógica,
- vetor 4: integração ciclo básico/ciclo profissional,
- Eixo C - Cenário de Práticas:
 - vetor 5: diversificação de cenários do processo de ensino,
 - vetor 6: abertura dos serviços universitários às necessidades do SUS.

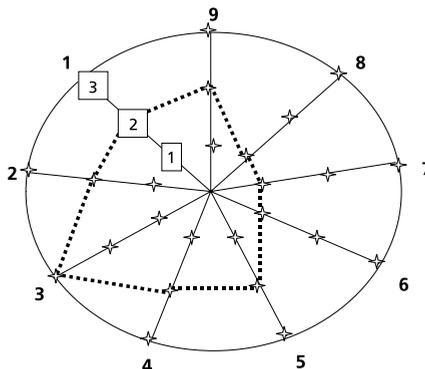
O eixo "orientação teórica" diz respeito à relevância social da escola, considerando o conhecimento produzido e as ofertas de formação em relação às necessidades das pessoas, das comunidades e do Sistema Único de Saúde. A produção ou a construção de conhecimento (inclusive graduação) devem estar orientadas para um modelo de vigilância à saúde, que contemple o processo saúde/doença e não somente a doença.

O eixo "abordagem pedagógica" diz respeito às concepções pedagógicas que fundamentam a prática educacional, considerando qual a melhor maneira de aprender e quais as melhores opções para o desenvolvimento das capacidades de aprender a aprender e de reflexão crítica. Neste eixo, há o indicativo de mudança do referencial da pedagogia da transmissão para metodologias ativas de ensino-aprendizagem, em pequenos grupos e com avaliação formativa, além da necessidade de integração básico/clínica e teoria/prática. Nessa perspectiva, a prática passa a ser entendida como um dos eixos fundamentais da construção do conhecimento ao longo de toda a formação e não somente como campo de aplicação da teoria.

O eixo "cenários de práticas" diz respeito à concepção de saúde, à compreensão da prática dentro do processo de formação e ao compromisso da escola com o sistema de saúde. Nesse sentido, os cenários de prática representam todos os cenários em que se produzem cuidados à saúde e que são ambientes relevantes de aprendizagem e desenvolvimento de competências profissionais. Há, também, um indicativo da necessidade da escola médica ser parte integrante do sistema de saúde, objetivando qualidade, integridade, equidade e continuidade da atenção.

A situação atual das escolas médicas proponentes pode ser avaliada em relação aos três eixos. A figura a seguir mostra o exemplo de uma situação atual, na qual cada vetor é analisado em relação ao seu desenvolvimento em três estágios, sendo o terceiro mais próximo ao desejado.

Figura 1



III. Atividades desenvolvidas pelo PROMED

Estabelecida a parceria entre Ministério da Saúde, Ministério da Educação e OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde, com o apoio da ABEM - Associação Brasileira de Educação Médica e da Rede UNIDA, gerou-se o documento de referência, lançando o Programa para o conjunto de Escolas Médicas e Gestores do SUS, em dezembro de 2001.

Foi formada uma equipe de consultores da área da saúde, indicados pelas instituições parceiras, para apoio ao desenvolvimento do PROMED. Os consultores, profissionais da saúde com experiência em processos de mudança educacional, gestão curricular e/ou projetos inovadores de cuidado à saúde, participaram de várias oficinas para capacitação e formulação do papel do consultor.

A convocação das IES para apresentação de propostas ocorreu em março de 2002, sendo que a análise e a seleção das propostas enviadas foram realizadas em maio de 2002. A partir dessa seleção, foram oferecidos e realizados, nos meses de junho e julho de 2002, quatro seminários regionais com as 48 IES pré-selecionadas. Os relatórios dos quatro seminários, com as respectivas delegações das escolas participantes e os produtos apresentados em plenária foram disponibilizados no site do Ministério da Saúde.

Paralelamente, foram construídos os critérios de avaliação e qualificação das propostas que compuseram o edital de convocação das escolas médicas, publicado em setembro de 2002. Foram, ainda, disponibilizados o e-mail da coordenação executiva, as apresentações, sob a forma de conferências, e os encontros com delegações para esclarecimento de dúvidas em relação ao PROMED e ao edital, nos meses de setembro/outubro de 2002. Todas as respostas às dúvidas e o agendamento das conferências e encontros foram divulgados pelo PROMED no site do Ministério da Saúde.

No dia 25 de outubro, foram enviadas/entregues 48 propostas definitivas. O processo de seleção ficou sob a responsabilidade de 5 avaliadores indicados, que não participaram das atividades de apoio às escolas. A seleção de 20 IES ocorreu no início de novembro de 2002.

IV. Resultados alcançados

Foram convidadas as 88 escolas médicas habilitadas a participar do Programa. Dessas, 55 enviaram pré-propostas, das quais 48 preencheram os requisitos básicos. A análise inicial das pré-propostas mostrou grande variabilidade tanto no entendimento dos eixos como na própria capacidade de elaboração e apresentação do projeto (análise da situação atual, estratégias e imagem objetivo).

Nos seminários regionais, considerados espaços democrático de socialização e apoio para a melhoria dos projetos das escolas, os objetivos e os eixos do PROMED (orientação teórica, abordagem pedagógica e cenários de prática) foram trabalhados com os representantes das delegações das escolas previamente selecionadas. As delegações eram formadas por dois docentes, um representante discente e outro dos serviços de saúde. Houve espaço

para troca de experiência entre os representantes das diferentes escolas, no tocante às discussões sobre o entendimento de cada eixo, e assessoria específica para cada delegação, respeitando o sigilo dos projetos. Os consultores tentaram problematizar as pré-propostas e estimular a capacidade das delegações de analisarem a situação atual e construir estratégias de adesão, com potencial para atingir a imagem objetivo desejada.

O relatório dos seminários, elaborado pelo grupo de consultores que realizou a oficina, sintetizou todo material produzido para as plenárias. Os resultados foram bastante diversos e reproduziram as avaliações iniciais das pré-propostas, indicando que muitas escolas ainda precisam de subsídios para a elaboração de projetos com maior consistência interna.

A apresentação do edital de convocação para as escolas médicas, no XL Congresso da ABEM em setembro de 2002, teve grande relevância, pela adesão e interesse dos representantes docentes e discentes das escolas presentes. As dúvidas mais frequentes das consultas subsequentes à publicação e apresentação do edital referem-se ao entendimento dos critérios de avaliação para seleção das propostas.

V. Desafios e perspectivas

A adesão e o envolvimento das escolas na preparação de projetos de mudança na formação de médicos, mobilizando gestores, docentes e representações de profissionais de saúde e discentes; a possibilidade concreta do estabelecimento de parcerias com os serviços de saúde do SUS; e a aproximação dos mundos do ensino e do trabalho representam os fatores mais relevantes desse programa de incentivos, além de ser inédito na América Latina pela abrangência e pelo papel do Estado como impulsionador desse processo.

A pouca tradição da direção das escolas médicas na elaboração e gestão de projetos dessa envergadura, que requerem o envolvimento diversos atores para a construção social da proposta; a formalização de parcerias interinstitucionais; e o redirecionamento da missão das escolas para as necessidades da sociedade constituem-se nas principais dificuldades a serem enfrentadas. Nesse sentido, o papel da secretaria executiva e dos consultores tem sido direcionado para a minimização dessas fragilidades.

Dado ao fato e ao movimento político criados pelo PROMED, a continuidade desse Programa e a previsão de recursos para sua execução e possível ampliação representam um compromisso já assumido pelo Governo e referendado, pela sua relevância, por todos aqueles que se sentem comprometidos com a melhoria da qualidade da formação e prestação de cuidados à saúde das pessoas e da população.

Relatórios de grupo

Pressupostos para a Formulação de Políticas de RH nos Sistemas Nacionais de Saúde

Os paradigmas contemporâneos de gestão organizacional apontam para a primazia das pessoas na busca da excelência na produção de bens e serviços e para a viabilização da transformação institucional. Assim, as políticas de Recursos Humanos (RH) representam, hoje, um papel de suma importância tanto para os formuladores como para os gestores de saúde, na consecução de um Sistema Único de Saúde democrático, equitativo e eficiente. No entanto, essas políticas, mais do que mecanismos de vinculação e distribuição de RH, devem-se constituir como formas democráticas de responsabilização e mobilização que propiciem mais adesão às novas missões desempenhadas pelo SUS.

Este relatório procura traduzir (1) as discussões e proposições travadas no Seminário Internacional: Política de Recursos Humanos em Saúde, no que tange aos aspectos da gestão dos recursos humanos em saúde, discutidos nos painéis referentes aos Pressupostos para a Formulação de Políticas de RH nos Sistemas Nacionais de Saúde; (2) os impactos decorrentes dos processos de reforma setorial; (3) e as questões relativas a trabalho, ética e necessidades sociais em saúde. Nessa perspectiva, foi desenvolvido um processo de análise e discussão, que culminou com a caracterização dos cenários e dos problemas identificados nos diversos campos da gestão, suas possibilidades de intervenção, algumas propostas e as perspectivas abertas com a implementação das políticas atuais.

Apesar do reconhecimento, o desenvolvimento das políticas de Recursos Humanos no âmbito do SUS foi considerado ainda limitado. Limite advindo do alto grau de conflito existente na área, que exige, portanto, posturas políticas mais efetivas. Foi destacado o fato da ordenação da formação dos recursos humanos ser atribuição constitucional do SUS, questão que perpassou parte das discussões.

O campo de RH foi definido como dialético e conflitante no que se refere a educação e trabalho e os processos de reforma do setor saúde existentes nos países latino-americanos, com diferentes incidências sobre os recursos humanos do setor, não homogêneos. Considerou-se ainda que esses campos de intervenção, necessários à construção das políticas

de recursos humanos, se colocam nas inter-relações entre os mundos do trabalho e da formação, intermediados pela ação reguladora e pela função do planejamento.

Pontuou-se, também, que a construção das políticas se dá no contexto de realidades e demandas sociais, que têm historicidade e temporalidade. Estas se exemplificam por meio das mudanças no modelo de atenção, voltado para o enfoque da promoção de saúde e seus desdobramentos no campo da gestão; da exigência de um novo profissional, munido de nova ética; das novas diretrizes impostas pelo processo de reforma setorial do Estado, que traz radical descentralização das responsabilidades, ações e serviços de saúde para Estados e municípios; e também das novas formas organizacionais e de parceria com as Organizações Sociais de Interesse Público (OSCIPs).

Assim, os princípios e diretrizes que norteariam uma política de RH, consonantes com os objetivos do SUS, deveriam apresentar as seguintes características: ter alcance nacional; ser coerente com as políticas de organização do sistema, fortalecendo a descentralização e a regionalização pactuadas; ser democrática, equitativa, eficaz, descentralizada, flexível e diversificada.

Outro aspecto levantado relacionou-se ao fato dos recursos humanos não se constituírem como um dos núcleos determinantes dos processos de reforma setorial da saúde, estando, mesmo, ausente da agenda política dos decision makers dos processos de reformas, bem como dos objetivos dos organismos internacionais de financiamento. Observou-se que a capacidade de gestão da relação de trabalho, no âmbito macro da gestão setorial do governo ou no micro da gerência das organizações e serviços, se encontra severamente comprometida pelo sistema de relações de trabalho vigentes.

A persistência de problemas – como baixos salários; desequilíbrios na força de trabalho; baixa gestão de desempenho e incentivos; fragmentação do trabalho; baixo impacto da capacitação; desmotivação, debilidade técnica e rigidez normativa – alia-se a dificuldades emergentes – como gestão complexa de múltiplos regimes de trabalho, gestão descentralizada, qualidade e produtividade, flexibilidade laboral, trabalho precário, gestão de sistemas de incentivos, educação permanente das equipes de trabalho e gestão orientada aos usuários. Mudanças na composição da força de trabalho, nos processos de formação e regulação profissional, nas regras de contratação e remuneração, cada vez mais evidentes, constituem-se desafios para o acompanhamento e a avaliação das políticas de recursos humanos no setor saúde.

Para enfrentá-los, apontou-se, entre outras questões, a necessidade de desenvolvimento de metodologias e estudos que permitam aos gestores conhecer e identificar tendências e dimensionar a importância e a amplitude dessas mudanças e suas conseqüências. A partir da constatação de que a produção dos serviços de saúde é um processo perpassado por múltiplos interesses, questões como ética e gestão do trabalho tornam-se fundamentais para os equacionamentos desejáveis no atendimento das necessidades da população e para os objetivos institucionais.

Os desafios colocados para a gestão de recursos humanos determinam a necessidade de formatação jurídico-normativa flexível para o setor. No âmbito da gestão setorial, os dirigentes governamentais do setor saúde carecem de mandato para influir nos processos

de definição das diretrizes nacionais de regulação da relação de trabalho. Por seu turno, a gerência dos serviços de saúde tem sua autonomia limitada pela rigidez do sistema de relação de trabalho e emprego não-negociável, centralizado e excessivamente formal e legalista. Essa situação, particularmente no contexto de restrição orçamentária, tem proliferado o número de alternativas de contratação de serviços semiformais situadas, não raras vezes, nas franjas da ilegalidade.

Para enfrentar esses problemas, foram propostas iniciativas como mesas de negociação coletiva que permitam a articulação entre trabalhadores, gestores e conselhos de saúde; pacto das relações de trabalho entre os diversos interesses envolvidos, dentro dos preceitos éticos e legais; resgate da importância e da oportunidade do Plano de Cargos Carreiras e Salários - PCCS, como instrumento de gestão, ressaltando, contudo, que deve contemplar mecanismos flexíveis e modernos no desempenho do trabalho; e valorização do concurso público como organizador do trabalho. Ressaltou-se também que é preciso que a força de trabalho das instituições de saúde seja estável, motivada e preparada, para que possa atender às necessidades de saúde.

Na plenária final do evento, as discussões enfocaram os três eixos definidos para a discussão. Foram apresentadas algumas recomendações e proposições acerca do temário debatido no decorrer dos trabalhos. No que tange ao eixo da gestão, discutiu-se a necessidade da construção de uma agenda propositiva para o campo, que pontue para aonde vamos e para aonde podemos ir. Em relação aos recursos humanos existentes, apontou-se a necessidade do gestor saber o que espera dos profissionais em cada nível de atenção, qual o tipo de atenção, quais os recursos e quais os resultados esperados.

A estrutura dessa agenda apresenta como indicativo o fato de não se ter diagnóstico de recursos humanos no País, a necessidade de se contar com um sistema de informação que estabeleça uma rede de conexão com os gestores e a necessidade de se traçar metas e indicadores de recursos humanos. Como uma ferramenta indispensável à gestão de recursos humanos, a construção de um sistema de informação confiável, consistente e dinâmico, que permita uma visão integrativa tanto do ponto de vista da oferta como da demanda do sistema, possibilitando formulação de políticas e tomada de decisões por parte dos gestores, foi apresentada como ponto de partida para a definição clara do que se quer e de onde se quer chegar, no sentido de se obter um diagnóstico mais preciso dos recursos humanos existentes. Esse sistema, alimentado constantemente, serviria para determinar a oferta e a reposição da força de trabalho, sendo utilizado como mecanismo de comunicação e estabelecimento de parcerias e como instrumento de elaboração tanto de concursos públicos quanto do PCCS.

Foi reconhecido o avanço da NOB-RH, pontuando-se, contudo, a necessidade de revisão e discussão em fórum amplo, a partir do seu desenho de gestão. Apesar do reconhecimento do papel da NOB - RH como referencial de política de RH para o SUS, ficou também evidenciada a impossibilidade do estabelecimento de uma política única para todo o País, dadas as diversidades regionais e locais existentes. Vislumbrou-se a necessidade de se pensar a política de recursos humanos em caráter regional, à semelhança do ocorrido com a proposta de regionalização expressa na NOAS.

O PCCS foi discutido, não como instrumento de consolidação corporativa, mas como instrumento flexível, que permite evidenciar possibilidades, estimular talentos e visualizar as pessoas, possibilitando o crescimento destas. O enfoque seria dado pela diferenciação entre tarefas e cargos, privilegiando talentos e competências.

A diferenciação presente e crescente dos processos de trabalho tem levado ao denominado "desvio de função", exigindo também que a discussão caminhe para a definição de competências e não mais de perfis. A necessidade de se ter, na avaliação de desempenho, um instrumento de avaliação permanente, também foi pontuada na plenária, ressaltando-se a importância da mobilização e responsabilização dos trabalhadores.

A coexistência de profissionais detentores de diferentes vínculos institucionais e situações funcionais (cargos em extinção) apresenta-se como nós críticos na gestão de RH, pelo fato de permitir a convivência, num mesmo local de trabalho, de pessoas com formas de remuneração, avaliação e, até mesmo, carga horária diferenciadas. Em relação à política de recursos humanos no Programa Saúde da Família, PSF, discutiu-se que a precarização do trabalho apresenta-se como importante problema tanto para o trabalhador como para o gestor. Apontou-se a necessidade de regulamentação da inserção de profissionais no Programa, de modo a evitar desvios e possível desvirtuação da proposta (rotatividade, diminuição de carga horária, etc).

A partir da constatação de que nem sempre o gestor dos serviços de saúde tem governabilidade sobre a gestão de recursos humanos, o estabelecimento de uma interface com instâncias como as Secretarias de Administração e Fazenda, no sentido de melhor sensibilizá-las, foi apontado como necessária e urgente.

Algumas Propostas da Plenária:

- Construção de uma agenda propositiva de Recursos Humanos;
- Mais visibilidade e atuação da Câmara Técnica de Recursos Humanos do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde - CONASS;
- Criação de fóruns de discussão que permitam o levantamento de propostas e a identificação de experiências exitosas na gestão de RH;
- Elaboração de um sistema de informação;
- Conhecimento e revisão da NOB - RH;
- Reconhecimento da importância da parceria firmada com as universidades, por meio dos Pólos de Capacitação;
- Revisão do papel dos Recursos Humanos no Ministério da Saúde e nos Estados;
- Discussão do PCCS avaliando as diferentes realidades e estruturas municipais existentes;
- Elaboração de parâmetros e estabelecimento de metas para a fixação dos profissionais no PSF;
- Necessidade de regulação da inserção dos trabalhadores no PSF;
- Discussão de RH na agenda de prioridade dos gestores;
- Pactuação dos problemas dentro dos preceitos éticos e legais - mesa de negociação coletiva.

**Laura Camargo Macruz Feuerwerker
Valeria Vernaschi de Lima**

Os Paradigmas da Atenção à Saúde e da Formação de Recursos Humanos

A formação e a gestão de Recursos Humanos em saúde, face aos desafios para a transformação das práticas profissionais e a consolidação do Sistema Único de Saúde - SUS, foram o foco dos debates realizados durante o seminário. Os aspectos relacionados a questões paradigmáticas da atenção à saúde e da formação, as iniciativas já desenvolvidas no sentido da transformação dos modelos hegemônicos e os desafios enfrentados nessas mudanças foram abordados neste relatório.

1. As questões paradigmáticas

A incapacidade do conhecimento atual e das práticas hegemônicas de responderem aos novos problemas e necessidades nas áreas da saúde e da educação gera importantes contradições. Algumas das quais estão ligadas aos processos mais gerais de transformação do mundo do trabalho e das relações entre pessoas e segmentos sociais e entre produção e consumo de bens e serviços, decorrentes das inovações tecnológicas, das novas relações estabelecidas pelo capital internacional e das novas maneiras de organizar e gerenciar o processo de produção.

Essas transformações devem ser entendidas dentro do contexto da globalização, que traz conseqüências não somente econômicas, mas políticas, sociais e culturais. A nova divisão internacional do trabalho tem levado à adoção de políticas que impõem mudanças em relação ao tamanho e atribuições do Estado; favorecem a desregulamentação das economias nacionais; enfatizam o papel do mercado no estabelecimento de "novos equilíbrios"; e preconizam amplos programas de privatização do setor público, inclusive nas áreas de saúde e educação, como alternativa para diminuir os gastos do Estado.

O modelo atual de organização da produção apóia-se na flexibilidade dos processos de trabalho, dos mercados de trabalho, dos produtos e dos padrões de consumo. Há setores de

produção inteiramente novos, novas maneiras de fornecimento de serviços, novos mercados e nova dinâmica, muito mais intensa, de inovação comercial, tecnológica e organizacional. Surgem também os fenômenos paradoxais de ampliação do trabalho informal e precário, ao lado da emergência de um trabalho revalorizado, em que o trabalhador polivalente, multiquificado, deve exercer funções mais abstratas e intelectuais, menos trabalho manual e mais manipulação simbólica. Também são exigidas desse trabalhador capacidades de diagnóstico, de solução de problemas, de tomada de decisões, de intervenção no processo de trabalho, de trabalho em equipe, de auto-organização e de enfrentamento de situações em constante mudança.

Todo esse processo de transformação determina crises que se revelam nas políticas e nas estruturas da sociedade. No campo da saúde, a crise se explicita principalmente na contradição entre o paradigma dominante e o paradigma da construção social da saúde. O primeiro vê a saúde de um ponto de vista biológico, centrado na doença, na hegemonia médica, na atenção individual e na utilização intensiva de tecnologia. O segundo baseia-se na construção social da saúde, apoiada no fortalecimento do cuidado e da promoção à saúde, na ação intersetorial e na crescente autonomia das pessoas e populações em relação à saúde. Este novo paradigma pretende ser capaz de reorientar as relações entre profissionais de saúde e população e de redefinir o peso e o papel do setor de prestação de serviços de saúde na construção da saúde.

A crise paradigmática se revela em vários âmbitos, sendo o principal deles a incapacidade da maioria das sociedades de promover e proteger sua saúde, considerando as circunstâncias históricas e os recursos disponíveis. Essa incapacidade se expressa pela ineficácia e ineficiência dos sistemas e do modelo assistencial predominante, pelas dificuldades estruturais para financiá-los e pela crescente insatisfação da população na sua relação com os serviços e os profissionais de saúde.

Na educação, a crise se revela na contraposição entre a concepção hegemônica tradicional e a concepção crítica reflexiva. A primeira utiliza a pedagogia da transmissão, a prática pedagógica centrada no professor e a aquisição de conhecimentos de maneira desvinculada da realidade. A segunda se fundamenta na construção do conhecimento a partir da problematização da realidade, na articulação teoria e prática e na participação ativa do estudante no processo ensino-aprendizagem.

No âmbito da organização social, existem mudanças importantes no papel que cada segmento da sociedade civil organizada vem desempenhando na conquista e defesa de direitos. Há uma tendência de questionamento da democracia representativa e de revalorização da democracia participativa. Ao lado disso, há incertezas em relação ao futuro, principalmente no que diz respeito à garantia de trabalho, acesso a bens e serviços, e segurança. Há também um posicionamento mais explícito da sociedade na cobrança de certificação da qualidade dos profissionais que estão e dos que entram no mercado. Além disso, vive-se uma crise dos valores que definem o cotidiano da vida e das relações sociais, levando a questionamentos acerca da solidariedade, da relação indivíduo-coletividade e do próprio exercício da cidadania.

2. As iniciativas para favorecer as mudanças

Historicamente, a relação entre a universidade (mundo da aprendizagem) e os serviços de saúde (mundo do trabalho) tem traduzido movimentos contraditórios de reprodução e de transformação da realidade social. Essas contradições variam entre dois extremos: formação de indivíduos adaptados ao mercado de trabalho e de sujeitos críticos, ativos, éticos, responsáveis, compromissados com o direito das pessoas e, portanto, capazes de transformar a realidade.

Atualmente, face à necessidade de mudanças profundas nos referenciais que orientam a própria universidade e os serviços de saúde, ambos se encontram desafiados em sua missão e capacidade de produzir resultados.

A mudança na universidade, entretanto, é um fator crítico para a transformação das práticas e a construção do SUS, uma vez que seu papel é fundamental na formação dos profissionais de saúde, na produção de conhecimentos em saúde e na educação dos profissionais de saúde após a graduação. Torna-se necessária a transformação do lugar social ocupado pela universidade, de suas relações de cooperação, de suas prioridades de ação, sua relevância social. Por conseguinte, é fundamental que as iniciativas de mudança nesse campo contem com o apoio dos distintos segmentos sociais interessados.

Como, no Brasil, o setor saúde vem sendo submetido a um processo democrático e significativo de reforma, protagonizado por importantes segmentos sociais e políticos, seu papel na mudança da universidade é fundamental. Considera-se, então, que a mudança da universidade e, em especial, do processo de formação profissional tem de fazer parte da agenda dos gestores do SUS em todo os seus âmbitos. Reconhece-se, assim, que as várias instâncias do SUS cumprem, ou deveriam cumprir, um papel indutor no sentido das mudanças, tanto no campo das práticas de saúde como no campo da formação profissional.

Embora haja forte consenso sobre as inadequações dos modelos hegemônicos de formação e de organização dos serviços de saúde e forte crescimento do investimento em capacitação dos profissionais de saúde, as iniciativas e incentivos para a transformação dessas práticas ainda são limitados e enfrentam grandes desafios.

Programas como Interiorização do Trabalho em Saúde, Incentivos às Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina, Saúde da Família, PROFAE, entre outros, caminham nessa direção, mas têm de enfrentar, em sua própria concepção e desenvolvimento, o desafio de transformar e não apenas reproduzir ou travestir os modelos hegemônicos de formação e cuidado à saúde.

2.1. Alguns aspectos conceituais relevantes

A formação tradicional em saúde, baseada na organização disciplinar e nas especialidades, conduz ao estudo fragmentado dos problemas de saúde das pessoas e das sociedades, levando à formação de especialistas que não conseguem lidar com totalidades ou realidades complexas. Formam-se profissionais que dominam diversos tipos de tecnologias, mas cada vez mais incapazes de lidar com a subjetividade das pessoas e com questões complexas

como a dificuldade de adesão ao tratamento; o autocuidado; a educação em saúde; o enfrentamento da dor, da perda, da morte; o direito das pessoas à saúde; ou a necessidade de ampliar a autonomia dos pacientes.

Ainda no modelo tradicional, o papel do professor é estabelecer tudo que o aluno deve aprender, transmitir as informações consideradas relevantes (não necessariamente a partir de critérios baseados na realidade de saúde e dos serviços de saúde) e avaliar a capacidade dos estudantes de reter e reproduzir as informações apresentadas. A teoria é abordada antes da prática no intuito de preparar os estudantes para a aplicação dos conteúdos nos campos de estágio e, futuramente, na vida profissional. Essa abordagem pedagógica vem sofrendo fortes críticas pela excessiva valorização do conteúdo (que atualmente é fugaz) e pela baixa eficácia (conteúdos distantes da realidade e das necessidades de aprendizagem que levam ao desperdício de tempo, de esforços e à necessidade de requalificação).

Em contraposição, a concepção pedagógica fundamentada na aprendizagem significativa requer articulação dos papéis da academia e dos serviços de saúde, sugerindo cooperação na seleção dos conteúdos, na produção de conhecimentos e no desenvolvimento de competência profissional.

Na aprendizagem significativa, educador e estudante têm papéis diferentes dos tradicionais. O professor não é mais a fonte principal da informação (conteúdos), mas o facilitador do processo ensino-aprendizagem, que deve estimular o estudante a ter postura ativa, crítica e reflexiva durante o processo de construção do conhecimento. Necessariamente, os conteúdos trabalhados devem ter potencial significativo (funcionalidade e relevância para a prática profissional) e, também, responder a uma significação psicológica, de modo a valorizar elementos pertinentes e relacionáveis dentro da estrutura cognitiva do estudante (conhecimentos prévios). Para que a aprendizagem seja significativa, há que se trabalhar com uma pedagogia diferenciada, que considere cada sujeito com seus potenciais e dificuldades, que esteja voltada à construção de significados, abrindo, assim, caminhos para a transformação e não para a reprodução acrítica da realidade social.

No mundo do trabalho, a responsabilidade dos serviços de saúde no processo de transformação das práticas profissionais e do modelo de atenção à saúde levou ao desenvolvimento da proposta da educação permanente, considerada um recurso estratégico para a gestão de Recursos Humanos.

A educação permanente também parte do pressuposto da aprendizagem significativa e propõe que a transformação das práticas profissionais deva estar baseada na problematização, na reflexão crítica sobre as práticas **reais**, de profissionais **reais**, em ação na rede de serviços. Propõe-se, portanto, que os processos de capacitação dos profissionais formados sejam estruturados a partir de problemas/dificuldades identificados em seu processo de trabalho e tenham como objetivo a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, tomando como referencial as necessidades de saúde das pessoas. A atualização técnico-científica é apenas um dos aspectos da transformação das práticas e não seu foco central.

Segundo a proposta da educação permanente, a mudança do modelo de atenção terá de ser construída na prática concreta das equipes. As demandas para capacitação não se

definem a partir de uma lista de necessidades individuais de atualização, nem das orientações dos níveis centrais, mas sim a partir dos problemas de organização do trabalho, considerando a necessidade de prestar atenção relevante e qualidade. A partir da problematização do processo e da qualidade de trabalho em cada serviço de saúde, são identificadas as necessidades de capacitação, garantindo, assim, a aplicabilidade e a relevância dos conteúdos estabelecidos.

A lógica da educação permanente é descentralizada, ascendente e transdisciplinar. Essa abordagem pode promover a democratização da instituição; a capacidade de aprender a aprender e de trabalhar com problemas e em equipe; a melhoria da qualidade do cuidado à saúde; bem como a constituição de sujeitos ativos, críticos e éticos.

Desse modo, a formação e gestão de recursos humanos não podem ser consideradas questões simplesmente técnicas, já que envolvem mudanças nas relações, nos processos, nos produtos e principalmente nas pessoas. São questões técnico-políticas e implicam na articulação de ações dentro e fora das instituições de saúde. Para ser possível, a educação permanente requer ações no âmbito da graduação, da pós-graduação, da organização do trabalho, do modelo de cuidado à saúde e do controle social.

2.2 Aspectos críticos das iniciativas no campo da formação profissional

Os serviços de saúde têm assumido papel mais ativo na reorientação do modelo de cuidado à saúde e têm sido capazes de provocar repercussões no modelo formador.

A Saúde da Família

O Programa Saúde da Família, desenvolvido como estratégia para fortalecimento da atenção primária à saúde e inversão dos atuais paradigmas de atenção à saúde, já provocou impacto nos indicadores de saúde e tem o potencial de contribuir, decisivamente, para as mudanças da atenção e da formação.

Os Pólos de Capacitação em Saúde da Família têm sido a principal estratégia utilizada pelo Ministério da Saúde para enfrentar o problema da formação de profissionais adequados, nessa nova modalidade de organização da atenção. Têm como tarefa fundamental a capacitação dos profissionais que já estão atuando no mercado, mas também se constituem potencialmente como porta de entrada para uma ação estratégica junto às escolas, com o objetivo de incentivar as necessárias mudanças na formação de graduação.

Os Pólos de Capacitação envolvem trabalho articulado entre serviços e universidades. Essa articulação, vale mencionar, é um princípio essencial para a construção das novas alternativas, uma vez que nenhum dos dois parceiros detém todas as ferramentas necessárias para inovar a formação dos profissionais para as novas práticas sanitárias. Para responder às expectativas de mudança, as relações entre universidades e serviços têm de ser construídas sobre novas bases: relações mais horizontais, de mão dupla, em que as demandas dos serviços sejam realmente levadas em conta pelas universidades e as decisões tomadas em conjunto e haja ganhos concretos para todos os parceiros.

No entanto, muitos Pólos reproduziram relações unilaterais, ou seja, as universidades tomam as decisões levando em conta muito mais suas questões e disponibilidades internas

do que as necessidades dos serviços de saúde. Adicionalmente, os Pólos têm tido baixa capacidade de interferir no processo de formação de graduação dos profissionais de saúde, particularmente de médicos.

Para superar esses problemas, seria importante, por um lado, que a participação das universidades nos Pólos de Capacitação fosse capaz de propiciar a articulação e o diálogo entre atores e saberes da clínica e da saúde coletiva. Seria necessário trabalhar os elementos que conferem à saúde da família forte capacidade de impacto sobre a atenção à saúde e são essenciais para a superação de limites da formação e das práticas clínicas tradicionais. Mais que o título "Saúde da Família", os elementos que caracterizam a nova prática devem ser fortalecidos e levados para dentro da graduação: vínculo, responsabilização, integralidade da atenção, clínica ampliada, conhecimento sobre a realidade, trabalho em equipe multiprofissional. Vista desse modo, a Saúde da Família se converteria, então, num espaço privilegiado, num dos raros espaços, aliás, que possibilita levar tais diretrizes à prática. A Saúde da Família pode incidir na formação de graduação por conter elementos estratégicos e não simplesmente por ser uma estratégia.

Por outro lado, é importante que os Pólos deixem de trabalhar orientados essencialmente para responder às demandas dos cursos introdutórios. Essa pressão de demanda tem levado à produção de respostas insatisfatórias e, em vários casos, à reprodução de modelos tradicionais de formação em saúde pública ou coletiva. Como a Saúde da Família poderia favorecer a reflexão crítica sobre o modelo de formação e de saúde se, dentro dos próprios pólos, são reproduzidas as práticas tradicionais? Mesmo quando se utilizam metodologias ativas de ensino-aprendizagem, a falta de tempo tem dificultado a criação de espaços para reflexão crítica, elaboração coletiva e convocação de novos atores. Elementos essenciais para construir novas práticas e conceitos, para influir mais amplamente nas escolas e nas práticas sanitárias.

Outro aspecto importante é compreender como acontecerá o processo de mudança do modelo de atenção. Há elementos de política e de financiamento do setor saúde que cumprem um papel fundamental na criação de condições favoráveis para a transformação. Assim, a disponibilidade de recursos para financiar e estimular a constituição de equipes de saúde da família, a possibilidade de contratação regular das equipes, bem como a efetiva articulação entre a atenção básica e os demais níveis de atenção constituem-se em ferramentas poderosas de indução.

No entanto, essas ferramentas têm baixo poder de transformação sobre as práticas sanitárias concretas. Ou seja, vínculo e responsabilização, trabalho em equipe multiprofissional, maior ênfase na promoção à saúde, capacidade de articular atenção individual e coletiva são atributos dos sujeitos que exercem a prática. E devem, portanto, ser construídos no espaço concreto de cada equipe de saúde da família, e os profissionais devem ser sujeitos da construção dessas alternativas.

A principal estratégia utilizada para atingir esses profissionais tem sido as capacitações, porém a maior parte é desenvolvida de maneira bastante tradicional. Os resultados, entretanto, têm sido bastante limitados, especialmente, porque em boa parte dos casos as dificuldades não se devem à falta de informação, mas a divergências de concepções e

valores. E certamente não será por meio de medidas de convencimento, quer dizer, repetindo até a exaustão aos profissionais o modelo do "dever ser", que se transformarão suas concepções e valores.

As múltiplas iniciativas de capacitação

Além da Saúde da Família, houve também um enorme crescimento das atividades de capacitação para profissionais da saúde, majoritariamente definidas no âmbito central, praticamente sem levar em conta as necessidades locais e suas particularidades. Existe um consenso sobre a atual sobrecarga, repetição e fragmentação dos cursos de capacitação impostos a partir de uma lógica verticalizada e programática (temática). No geral, esse processo aumenta a frustração dos profissionais que, ao retornarem aos seus serviços, não conseguem aplicar o que "aprenderam" ou constatam que o que "aprenderam" não lhes fornece elementos para enfrentar as problemáticas da realidade concreta.

O modelo de educação continuada, constituído pelos cursos clássicos de atualização profissional, com enfoque em temas que reproduzem a abordagem disciplinar ou das especialidades (conteúdos fragmentados), baseados unicamente na atualização técnica-científica, na pedagogia da transmissão e na memorização de conhecimentos, acaba por reproduzir todos os vieses negativos da formação tradicional. Além disso, reduzem à falta de conhecimento (domínio cognitivo) toda a explicação para as impossibilidades de transformação das práticas. Dessa forma, supõe-se que os profissionais não atuam de modo diferente porque não têm conhecimento, ou que, por exemplo, o fato de conhecerem os princípios do SUS ou os pressupostos da saúde da família os habilita a exercerem, com competência, um papel ativo na construção de uma prática clínica voltada às necessidades sociais de saúde e que integre as dimensões biológica, psicológica e social das pessoas.

Associar estratégias inovadoras no âmbito da atenção aos pressupostos da educação continuada representa acelerar por um lado e frear por outro. Se a universidade e os serviços de saúde continuarem oferecendo processos educativos centrados nos conteúdos e baseados em abordagem pedagógica tradicional, ao invés de favorecerem as mudanças das práticas de saúde estarão contribuindo para a reprodução dos modelos hegemônicos.

Os programas de incentivo à mudança da formação profissional:

PROMED e PROFAE

O PROMED é um programa de incentivos às mudanças curriculares nos cursos de medicina, iniciativa do Ministério da Educação e do Ministério da Saúde, mas coordenada e financiada pela área da saúde. Seu objetivo é oferecer apoio técnico e financeiro para as escolas médicas que se dispuserem iniciar processos de mudança que conduzam ao trabalho articulado com os serviços de saúde; à adoção de metodologias ativas de ensino-aprendizagem e à formação geral, crítica e humanista.

O Programa lançou um convite às escolas médicas para que apresentassem projetos, construídos em conjunto com os serviços de saúde, com o objetivo de acelerar o processo de mudança das escolas médicas no campo das relações com os serviços de saúde (produção do conhecimento, compromisso com a educação permanente) e no campo da formação

profissional (aprendizagem ativa, conteúdos integrados e baseados na realidade, prática em todos os cenários desde o início da carreira).

É importante reconhecer a complexidade das mudanças que as escolas terão de promover, já que implicam em transformação não somente de concepções e práticas, mas também de relações de poder dentro das universidades e dos serviços de saúde e também no sistema de saúde como um todo.

A base das propostas de mudança em questão é a democratização, um produto social que se constrói por meio da intervenção deliberada de sujeitos e que depende da correlação de forças, da mudança dos poderes instituídos e da capacidade de se construir espaços de poder compartilhado. A mudança institucional, portanto, começa já no próprio processo de construção da proposta de transformação, uma vez que deve envolver do maior número possível de professores e alunos, ao maior número de áreas e departamentos.

É, também, fundamental que a decisão de mudança seja institucional. Nesse sentido, a proposta deve representar um compromisso do núcleo central de poder, da direção da escola. Isso torna possível que se utilize, pelo menos em parte, os recursos de poder necessários para viabilizar a mudança e que se amplie o acesso e a capacidade de mobilização dos professores. São elementos fundamentais para minimizar o peso de determinados entraves burocráticos e quebrar as barreiras do poder estabelecido.

Pressupõe-se também que a condução de um processo de mudança seja estratégica e leve em conta a necessidade de acumular ativamente poder a favor e diminuir a capacidade de ação das forças contrárias. Por essa mesma razão, as transformações não são definições a priori. Devem ser construídas no cotidiano da prática pedagógica e não simplesmente no papel; na prática clínica concreta e não somente "em laboratório" ou "ambientes especiais"; enfim, em todos os cenários onde se dá a prática profissional e o enfrentamento dos problemas que se apresentam na realidade.

É indispensável a mobilização de professores e estudantes, mas não há estratégias fixas, portanto, o importante é descobrir como levar as pessoas à reflexão crítica sobre as práticas tradicionais no contexto de cada escola. A concepção pedagógica e as metodologias de ensino-aprendizagem são um dos eixos do programa e não podem ser tratadas de maneira superficial e não profissional. Existe muito conhecimento acumulado sobre aprendizagem de adultos que deve necessariamente ser incorporado quando se trabalha com formação profissional e com educação permanente.

Até o momento, o PROMED foi coerente com todos esses pressupostos, levou em conta as experiências dos movimentos de mudança e foi capaz de produzir grande mobilização das escolas médicas, possibilitando avanço inusitado na construção de suas perspectivas, propostas e caminhos para a mudança. O programa reconhece a complexidade dos processos de mudança e pretende contribuir para instrumentalizar os coletivos para enfrentá-los mediante o acompanhamento dos projetos e da oferta de suporte técnico e político, além dos recursos financeiros.

O PROFAE foi o principal programa de capacitação dirigido aos profissionais de nível médio, construído com base em elementos avançados da educação de adultos, das metodologias ativas de aprendizagem, dos princípios de integração entre educação e trabalho

e da construção de competências profissionais.

Para sua operacionalização, foram mobilizados amplos contingentes de profissionais dos serviços de saúde e de docentes das escolas de enfermagem, havendo a possibilidade de multiplicação da capacidade de docência com base na aprendizagem reflexiva. Apesar da excelência na elaboração conceitual que orientou o Programa, ela ocorreu de forma concentrada, ou seja, faltaram espaços coletivos de debate, que possibilitassem o acesso e a participação mais amplos na construção de conceitos, instrumentos e propostas metodológicas.

Também seria importante que essa proposta metodológica fosse utilizada para a formação de outros profissionais de nível médio além da enfermagem, já que há grande necessidade de qualificação profissional. Abranger outros segmentos possibilitaria trabalhar com oportunidades mais amplas de inserção profissional, pois no quadro atual ocorre o risco da capacitação maciça, concentrada na área da enfermagem, levar a uma sobre-oferta de profissionais.

3. Principais desafios para o futuro

As instituições de ensino superior brasileiras, particularmente as escolas médicas e de enfermagem, têm-se mostrado de algum modo sensíveis à necessidade de transformação do processo de formação. Isso se comprova pela existência de vigorosos movimentos em prol da mudança e pela adesão aos programas de incentivos.

No entanto, para construir cenários favoráveis à mudança, para que seja generalizada e sustentável, não bastam as ações internas às instituições, pois há potentes fatores externos que influem diretamente na organização das práticas profissionais, na conformação do perfil profissional, na orientação das linhas de investigação etc e que interferem claramente na possibilidade de mudar. São necessárias, então, ações estratégicas no plano das políticas.

Nesse campo, ocupa papel central a reorganização do modelo de atenção. É indispensável a superação do modelo centrado no hospital, na atenção médica especializada, no consumo intensivo de tecnologia e na desumanização das relações entre profissionais e população por razões de eficiência, eficácia, equidade e satisfação do usuário. Esse processo de superação passa, necessariamente, por uma reorientação do financiamento das ações de saúde e das modalidades em que ele opera, mobilizando recursos em proporções muito mais significativas. Essa reorientação será fundamental para criar um mercado de trabalho real, capaz de absorver dignamente profissionais com o mencionado perfil de formação.

A reorganização da atenção e a reorientação da formação profissional vão implicar em mudanças no papel social das várias especialidades e, portanto, nas relações de poder dentro das várias categorias profissionais. Isso certamente não vai acontecer sem conflitos e tensões. Haverá embates inevitáveis e deve-se preparar para enfrentá-los.

A participação, nesse processo, de atores externos à comunidade interna das escolas e às corporações profissionais cumpre um papel essencial. Na verdade, "forças externas" às escolas atuam de maneira muito forte por meio dos interesses corporativos e de interesses

econômicos de natureza variada. Esses interesses têm sido estruturantes em relação à conformação dos atuais arranjos de poder dentro das instituições universitárias.

Por isso, é importante redefinir e ampliar o espaço de interação entre universidades e serviços de saúde, de modo a inserir a questão da formação profissional na agenda das diferentes instâncias do SUS e a reforma sanitária na agenda das escolas. Mais que propor, é fundamental agir politicamente, em termos nacionais e regionais, para facilitar e estimular esse processo de interação. Nesse sentido, a ampliação dos programas de incentivo a mudanças curriculares para mais escolas e outras carreiras, de forma articulada, bem como a criação de outros programas com objetivos similares são estratégias que podem impulsionar esse processo.

É fundamental estabelecer mecanismos que favoreçam a coerência entre as políticas de saúde e educação, envolvendo desde a criação de linhas de apoio à investigação voltada para a solução de problemas do SUS e da população, à política de bolsas e de estímulo à especialização, de acordo com as necessidades de transformação da formação. E, sobretudo, pensar a formação profissional como um todo, quer dizer, articulando graduação e pós-graduação em suas várias modalidades, construindo elementos que possibilitem a formulação de uma política para formação de recursos humanos em saúde articulada, que mobilize recursos da saúde e da educação para implementá-la.

É preciso definir o papel da especialização na formação profissional e suas relações com graduação, pós-graduação e educação permanente; estabelecer o perfil e as competências profissionais desejados em cada área de acordo com as necessidades da saúde e as características do modelo de atenção; fixar os critérios para a determinação do número de vagas para especialização em cada área, considerando as características dos mercados, os interesses profissionais e os da população; além de construir claramente as possibilidades do Estado cumprir seu papel regulador.

A formulação de uma política de formação e de gestão de recursos humanos em saúde no país é uma necessidade premente. Sua construção deve ocorrer em um processo participativo, com o envolvimento dos movimentos por mudança e de todos os atores interessados, de modo a possibilitar a mobilização de poderes e a negociação de distintos interesses à luz das necessidades sociais de saúde.

É preciso pensar a formação para todos os profissionais, articulando requalificação com a construção de novas práticas de saúde na perspectiva da educação permanente. É preciso superar a fragmentação das iniciativas e avançar na coerência de metodologias, processos e propósitos.

O Ministério da Saúde deve ser a instância de fomento e articulação dessa política em seus vários aspectos, responsável por ações estratégicas que impulsionem a mudança e a construção de possibilidade de capacitação. Deve também protagonizar um processo de descentralização dos recursos e das iniciativas de capacitação, de modo que seja possível considerar a diversidade dos serviços de saúde nos diferentes contextos, assegurar a aprendizagem significativa e a educação permanente. Somente assim será possível efetivamente aproximar o SUS da perspectiva de transformação das práticas em saúde.

Desafios e Estratégias para a Interiorização do Trabalho em Saúde

I - Introdução

As estratégias para a interiorização do trabalho em saúde, assim como os desafios para sua implantação, têm sido alvo de discussão em vários países. A má distribuição de profissionais não é uma situação exclusiva de países pouco desenvolvidos. O tema tornou-se relevante a partir da constatação de grande concentração de profissionais de saúde e de escolas médicas nos grandes centros urbanos; tornando, portanto, difícil a provisão de serviços em áreas rurais e isoladas ou ainda em comunidades de pequeno e médio portes. Essa situação caracteriza um quadro de exclusão social¹ que reforça as desigualdades e compromete a cidadania.

A heterogeneidade, como característica de uma determinada sociedade, se traduz, na maioria das vezes, pela separação espacial entre pobres e ricos, centro e periferia, urbano e rural. Nesses espaços, manifestam-se necessidades individuais e coletivas que exigem ser atendidas com respeito e dignidade. Atender a essas exigências pode constituir-se um grande desafio.

Para os Sistemas de Saúde, um desses grandes desafios representa a garantia da equidade como um dos seus princípios organizacionais. Por uma série de razões, relacionadas à falta de estímulos funcionais e sociais para os profissionais de saúde se contrapondo a vantagens e diferenciais financeiros vigentes nas grandes cidades, a gestão dos serviços de saúde tem encontrado dificuldades para alocar e manter profissionais em locais distantes dos centros urbanos.

¹ O termo exclusão social é considerado aqui para designar situações sócioeconômicas desfavoráveis de indivíduos e grupos sociais que se revelam de várias formas nas quais se destacam: o não-reconhecimento do outro como portador de direitos, a ruptura na coesão e vínculo sociais e o não-acesso a políticas sociais como saúde, educação previdência, entre outras.

Este relatório apresenta, de forma sucinta, as discussões sobre o tema Desafios e Estratégias para a Interiorização dos Serviços de Saúde, ocorridas no Seminário Internacional de Recursos Humanos em Saúde, realizado em Brasília/Brasil, no período de 04 a 07 de novembro de 2002. O referido tema foi discutido em painel com expositores do Brasil, Austrália e Tailândia; debates em plenário; e em grupo de trabalho.

II - Experiências apresentadas

As experiências apresentadas pelos expositores da Tailândia, Austrália e Brasil demonstraram que o problema da distribuição não equitativa de recursos humanos em saúde, ocasionando a baixa oferta de serviços em áreas mais distantes das zonas urbanas é um fenômeno de ordem mundial, apesar das especificidades relacionadas às diferentes realidades. As apresentações destacaram a situação em cada país, enfocando as conseqüências no quadro sanitário e as políticas e estratégias voltadas para o incentivo do trabalho em saúde nas áreas desfavorecidas.

A Tailândia desenvolve, há quatro décadas, uma série de iniciativas, com o objetivo de superar o grave problema da má distribuição dos médicos. Os determinantes desse problema são analisados considerando suas várias dimensões: econômica, social, educativa e da própria organização da rede de serviços de saúde públicos e privados. Nos últimos quarenta anos, o País implementou várias estratégias integradas, na tentativa de diminuir o desequilíbrio entre o número de médicos das áreas urbanas e rurais, tais como:

- desenvolvimento da infra-estrutura do sistema de saúde rural;
- ações educativas direcionadas ao estímulo e à valorização do trabalho na área rural;
- incentivos financeiros;
- ações sociais;
- suporte logístico e gerenciamento de pessoal.

Não obstante as políticas indutoras em marcha, o problema ainda persiste. Os médicos atuam nas áreas rurais por curtos períodos e 50% deles ainda estão cumprindo contrato compulsório.

O representante da Austrália ressaltou que 24% da população australiana localiza-se em áreas rurais, com características de pobreza e precárias condições de saúde; portanto, foi considerado imprescindível que a rede de serviços de saúde se estendesse até essa população. As estratégias adotadas para alocar profissionais para essas regiões iniciam com a atração de estudantes de origem rural, considerando que a origem das pessoas influencia na sua adaptação ao local de trabalho.

No Brasil, a experiência do Programa Saúde da Família atinge cerca de 70% dos municípios brasileiros; possibilitando, dessa forma, o acesso à assistência básica de saúde de aproximadamente 50 milhões de habitantes, que representa 30% da população do país. No entanto, apesar desses números, ressalta a professora Regina Stella, a distribuição, sobretudo dos médicos, por Estados da Federação é muito desigual. E nos Estados é evidente a diferença entre o quantitativo de médicos residentes na capital e no interior. Por outro

lado, as escolas médicas e de enfermagem também estão concentradas nos grandes centros urbanos, favorecendo a concentração de profissionais nesses centros. Agregam-se, a esse contexto, as precárias condições de vários municípios brasileiros, particularmente aqueles de pequeno porte, sem estrutura econômica e social. Delineia-se assim o quadro de dificuldades para alocação e manutenção de profissionais no interior do país.

Nos últimos anos, o Ministério da Saúde, em parceria com o Ministério da Educação, vem formulando políticas no sentido de promover mudanças na formação e distribuição dos profissionais de saúde. Entre essas políticas de caráter indutor, destaca-se o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde, concebido para atender às populações de municípios desprovidos ou com precários serviços de atenção à saúde. Esse Programa tem como um dos objetivos impulsionar a reorganização da atenção básica de saúde no país, tendo como eixo estruturador a estratégia do Programa Saúde da Família.

Com o propósito de estimular a adesão dos profissionais ao Programa, foram estabelecidos vários incentivos de ordem financeira, educativa, material e social. Apesar do pouco tempo de implantação, o Programa vem sendo monitorado e avaliado, de forma contínua, com a utilização de instrumentos diferenciados. Os resultados apontam para mais adesão de enfermeiros do que de médicos. Há ainda *déficit* de profissionais em algumas Regiões, principalmente na Região Norte do País. Um dado importante é que 90% dos profissionais inseridos no primeiro ano do Programa optaram por continuar no segundo ano.

O Programa, de acordo com a professora Regina Stella, consiste em uma “intervenção objetiva que visa garantir resultados concretos a curto e médio prazos. O caráter transitório de suas ações e a indução para que Estados e municípios organizem seus serviços, valendo-se, para tanto, da estratégia do Programa Saúde da Família, configuram o modelo e as características essenciais do Programa”.

III - Problemas e proposições

O fortalecimento de iniciativas que garantam a interiorização do trabalho em saúde foi ponto de consenso nos debates em plenário e nos grupos de trabalho. O desafio ressaltado foi pactuar agendas que favoreçam a implementação e conseqüente melhoria da eficácia, eficiência, efetividade e equidade dos serviços de saúde.

Os principais problemas e proposições discutidos nos debates, enfocando a experiência brasileira, foram:

Problemas

- Ausência ou insuficiência de profissionais em alguns municípios brasileiros, em especial, naqueles de pequeno porte;
- Precárias condições socioeconômicas de alguns municípios, tornando-os pouco atrativos para a fixação dos profissionais;
- Deterioração dos contatos de trabalho, utilizada como prática rotineira em vários municípios do país;

- Inexistência de processos de educação permanente;
- Forma prescritiva como a Academia se relaciona com os serviços de saúde;
- Dificuldade de garantir a participação dos professores universitários em cursos descentralizados para os municípios mais distantes e com condições precárias.

Proposições

- Recrutamento - Dois pontos foram bastante ressaltados: O primeiro, refere-se à necessidade de avaliar o atual sistema de recrutamento; o segundo, diz respeito à atração de candidatos de origens locais. Esse pode ser o caminho que garante a permanência do profissional por mais tempo na área. Entretanto, foi enfatizado que as atuais condições sociais, econômicas e sanitárias de diversos municípios brasileiros contribuem para a alta rotatividade dos profissionais.
- Formação - É necessária e urgente a ruptura com a estrutura de ensino fragmentada e centrada no professor, assim como é imprescindível repensar o papel da Academia como parceira do serviço de saúde na produção e construção de conhecimento. Nessa perspectiva, é preciso que a universidade assuma sua responsabilidade social, amplie seus vínculos e responda às demandas hoje colocadas frente à diversidade e complexidade dos campos de atuação dos profissionais de saúde. Sobre isso, Feuerwerker (2002) afirma: “a universidade não vai adquirir compromisso e relevância social sem se abrir para o mundo do trabalho e para o mundo da vida: os serviços não vão transformar-se no sentido desejado se não se abrirem para a população, para seus interesses e objetivos concretos”. Dessa forma, é de suma importância a “terminalidade” dos cursos de graduação, com um perfil que atenda aos padrões de qualidade e às necessidades sociais. Para isso, a integração ensino-trabalho-comunidade e a inserção do aluno e do professor na zona rural são elementos recomendados, devendo ser induzidos por políticas apropriadas.
- Educação Permanente - Foram apresentadas as seguintes sugestões: incorporar metodologias centradas na resolução de problemas, de forma presencial e a distância; superar o clássico problema de desarticulação e inadequação de processos de capacitação às reais necessidades dos serviços de saúde; adotar agendas pactuadas entre o ensino e o serviço para a articulação dos processos de capacitação; investir na tecnologia de educação a distância, apoiando a construção de salas de teleconferências; estabelecer parceria entre as universidades e a gestão dos serviços de saúde municipais, na perspectiva de formularem e assumirem políticas de educação permanente; garantir que os processos sejam de cunho inclusivo, beneficiando todos os profissionais que trabalham nas áreas rurais.
- Serviço Compulsório ou Voluntário na Zona Rural - Os favoráveis ao voluntarismo se fundamentam na tese de que a coerção não soluciona o problema, infringindo a democracia e a liberdade. Os defensores da obrigatoriedade acham que o assunto deve ser mais bem avaliado e apontam a opção de ouvir a opinião dos médicos e enfermeiros envolvidos, para uma tomada de decisão mais participativa.
- Precariedade das Relações de Trabalho - Estabelecer pacto entre os gestores municipais,

no sentido de criar movimentos que rompam com a precariedade do contrato de trabalho; realizar estudos que discutam formas de superação desse problema.

- Plano de Cargos, Carreiras e Salários: Estabelecer incentivos, no PCCS, à interiorização do trabalho.
- Divulgar o relatório do Seminário Internacional de Recursos Humanos para os gestores municipais e estaduais.

IV - Considerações finais

A partir de experiências concretas, no seminário foi possível discutir e analisar questões presentes no campo da interiorização do trabalho em saúde, que representam obstáculos para a consolidação de um sistema de saúde equitativo, e também apresentar proposições.

Como foi ressaltado anteriormente, em vários países, a distribuição espacial dos serviços e dos profissionais de saúde é muito desigual, particularmente nos locais com precárias condições socioeconômicas. Estudo realizado recentemente no Brasil, a partir do banco de dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios de 1998 (LIMA et al, 2002), confirma as marcantes diferenças nas taxas de utilização de serviços de saúde dentro das regiões brasileiras e, também, entre os diferentes grupos de renda, o que caracteriza um quadro de grande desigualdade no acesso e utilização dos serviços de saúde.

Vários países vêm formulando e implementando políticas indutoras visando minimizar os problemas da desigual distribuição dos serviços de saúde, corrigindo o mercado de trabalho por meio da geração de outro mercado. A parceria entre as universidades e a gestão dos serviços de saúde municipais, na perspectiva de formularem e assumirem políticas de educação permanente foi ressaltada como incentivo para a interiorização. E que esse processo seja de cunho inclusivo, beneficiando todos os profissionais que trabalham nas áreas rurais.

No Brasil, um dos mecanismos indutor é o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde que, apesar do pouco tempo de funcionamento, apresenta resultados positivos. As avaliações realizadas comprovam o seu êxito, mesmo sem ter resolvido de forma efetiva toda a problemática. Para isso, são necessárias outras iniciativas de intervenção articuladas, envolvendo políticas econômicas, educativas e sociais.

Bibliografia

CAMERON, Ian. **Increasing recruitment and retention of doctors in rural and remote area – Australia as a case study**. Exposição apresentada no Seminário Internacional de Recursos Humanos em Saúde. Brasília, 4 a 7 de novembro de 2002.

FEUERWERKER, L. C. M. **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.

GIOVANELLA, Lígia et al. Equidade em saúde no Brasil. **Saúde em Debate**. Londrina, n.49/50,dez.1995/mar.1996.

LIMA, C.de J. **Desigualdades no acesso e utilização dos serviços de saúde no Brasil. Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v.26.n.60.jan/abr. 2002.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Políticas Públicas. **Programa de interiorização do trabalho em saúde**. Brasília, outubro, 2001.

STELLA, R. C. de R. **Desafios e estratégias para interiorização do trabalho em saúde**. Exposição apresentada no Seminário de Recursos Humanos em Saúde. Brasília, 4 a 7 de novembro de 2002.

WIBULPOLPRASERT, Suwit. **Integrated strategies to tackle inequitable distribution of doctors in Thailand: four decades of experiences**. Exposição apresentada no Seminário Internacional de Recursos Humanos em Saúde. Brasília, 4 a 7 de novembro de 2002.