



Fundação Oswaldo Cruz
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães
Departamento de Saúde Coletiva

Curso de Especialização em Gestão e Política de
Recursos Humanos para o SUS

EVOLUÇÃO DA POLÍTICA DE RECURSOS HUMANOS
A PARTIR DA ANÁLISE DAS CONFERÊNCIAS
NACIONAIS DE SAÚDE (CNS)

Michelyne Antônia Leôncio Ferreira
Alda Alice Gomes de Moura

Recife, 2006

EVOLUÇÃO DA POLÍTICA DE RECURSOS HUMANOS A PARTIR DA ANÁLISE DAS CONFERÊNCIAS NACIONAIS DE SAÚDE (CNS).

EVOLUTION OF THE RESOURCES HUMAN POLITICS FROM THE ANALYSIS OF NATIONAL CONFERENCE OF HEALTH (NCH).

Michelyne Antônia Leôncio Ferreira¹

Aluna do II Curso de Especialização em Gestão e Política de Recursos Humanos para o SUS – CPqAM - FIOCRUZ

Coordenadora de Recursos Humanos da Secretaria Municipal de Saúde - Prefeitura Municipal de Ipojuca, PE, Brasil.

Alda Alice Gomes de Moura (Orientadora)

Mestre em Saúde Pública NESC/CPqAM/FIOCRUZ e Especialista em Gestão e Política de Recursos Humanos para o SUS – CPqAM - FIOCRUZ

Assistente Social do CAPS - Estação Cidadania do Município do Cabo de Santo Agostinho/PE

¹ Correspondência para / Correspondence to:

Michelyne Antônia Leôncio Ferreira
Av. Dr. Humberto da Costa Soares, 11
55590-000 Camela – Ipojuca, PE, Brasil
Fone (81) 9166-4908 / 3551-0349
Fax: (81) 3551-1207
E-mail: michelsaude2@hotmail.com

Resumo

As mudanças e os incrementos que influenciaram o processo de construção do Sistema Único de Saúde (SUS), a política de Recursos Humanos e o desenvolvimento dos serviços de saúde ao longo dos anos, tiveram como objetivo não só tornar a saúde um direito de todos, mas também ressaltar a importância de uma adequada preparação dos recursos humanos deste setor, tornando-o cada vez mais universal. Baseado neste propósito, este estudo aborda a evolução da política de recursos humanos durante as Conferências Nacionais de Saúde, contextualizando-a como parte de um processo social necessário para a efetivação do SUS. Mereceram destaque também as Conferências Nacionais de Recursos Humanos em Saúde realizados até a presente data. Trata-se, portanto, de um estudo de base bibliográfica e documental, que partiu da necessidade de resgatar elementos importantes da política de recursos humanos procurando entender como se processaram as relações entre estes atores sociais e as Conferências de Saúde.

Palavras-chave: Recursos Humanos em Saúde; Gestão de Recursos Humanos; Serviços de saúde; Política de Recursos Humanos.

Summary

The chances and increase that influenced the build process of the health system, the human resource politics and development of health service for long years ago, had in objective not only to become health a right to everyone, but to give the importance of appropriate to make human resource in this sector, become every more universal. Based on this intention this study about evolution of politics of human resource during national conference of health, context in such part of one society process necessary to carry out SUS. To deserve of human health to hold until this date treat on one big study bibliographic and documental and from necessary to rescue important document of politics of human resource find to understand as if will process relations between this society actors and health conference.

Key words: Resources human of health; Management of human resources; health of services; Resources human politics.

Introdução

A Constituição Federal de 1988 representa um marco importante para o setor saúde porque o definiu como um setor de relevância pública a partir do instante em que assegurou em seu Art. 196 que

“a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”^{1.p. 36}.

O texto constitucional também traz um novo conceito de saúde pautado em embates políticos e teóricos ao longo dos anos, que tem o poder de transformar a visão de saúde, sociedade e serviços de saúde². É importante destacar que este novo significado de saúde passou a exigir novas práticas dos serviços porque, ao ampliar seu conceito, tornou necessária uma mudança na organização e nas formas de prestação dos mesmos.

Nesta perspectiva, com o firme propósito de alterar a situação de desigualdade existente até a promulgação da Constituição, no tocante à assistência à saúde da população, universalizando o acesso ao atendimento e tornando-o obrigatório, público e gratuito a qualquer pessoa³, foi que surgiu o Sistema Único de Saúde (SUS), criado a partir da Constituição de 1988. O SUS surgiu como resultado de uma luta que teve início nos anos 70, chamada de Movimento pela Reforma Sanitária Brasileira, o qual insistiu na necessidade de reformular o sistema de saúde para torná-lo mais eficaz e acessível a toda a população.

Cabe destacar a importância das Conferências Nacionais de Saúde (CNS) uma vez que as mesmas são espaços garantidos pela Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.142/90) com o propósito de “*avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde*” nos três níveis de governo⁴, onde as vozes de diferentes setores da sociedade fossem ouvidas e respeitadas e onde vários temas fossem abordados, entre eles, destacamos neste ensaio, as questões relativas aos recursos humanos em saúde. É possível afirmar ainda que foram instituídas em 1937, e que no período compreendido entre 1941 e 2003, foram realizadas 12 (doze) Conferências Nacionais de Saúde^{5,6}. Para nortear este estudo, as CNS serão abordadas em 03 (três) períodos, assim divididos:

- 1941-1963 (1ª, 2ª e 3ª CNS);
- 1967-1980 (4ª, 5ª, 6ª e 7ª CNS) e;
- 1986-2003 (8ª a 12ª CNS).

Outro acontecimento marcante que influenciou bastante o setor saúde durante este processo de construção foi, na década de 90, a reforma do Estado – o “Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado”, elaborado pelo Ministério da Administração Federal e de Reforma do Estado (MARE), que foi enviado pelo Presidente Fernando Henrique Cardoso (FHC) ao Congresso Nacional, em 23 de agosto de 1995. Segundo este governo, o mesmo consistiu em um programa de reforma administrativa, com o objetivo de tornar a administração pública mais eficiente e voltada para a cidadania⁵. No entanto, as reformas realizadas nos anos 90, a partir da presidência de Fernando Collor de Melo, desencadearam as primeiras medidas para reduzir o Estado através da privatização e para a liberalização comercial e abertura da economia. Elas buscaram construir uma ordem econômica com características liberalizante, mais integrada a uma economia globalizada.

Diante do exposto, para um estudo sobre a evolução da política de recursos humanos, torna-se necessário entender com se efetuou o processo de construção do SUS numa perspectiva histórica, no sentido de identificar de que forma as mudanças ocorridas no cenário internacional e nacional e, mais especificamente no setor saúde, contribuíram para o processo de fortalecimento da nova política de gestão de recursos humanos em saúde.

A Construção do Sistema Único de Saúde (SUS)

Para se analisar qualquer fato ou sistema da realidade hoje existente, é preciso entender que o mesmo faz parte de um contexto político-social que o influenciou ao longo do tempo, como também, parece-nos coerente conhecer seus determinantes históricos. Nesta perspectiva, o processo de construção do Sistema Único de Saúde (SUS) pode ser entendido dividido-o em seis fases².

A primeira, compreendida entre o período de *1923 a 1930*, destaca o nascimento da legislação trabalhista e da Previdência Social no Brasil que era executada a partir das Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAP's) criadas com a promulgação da Lei Eloi Chaves em 24 de janeiro de 1923.

As CAP's, eram entidades organizadas por empresas e os benefícios desta lei surgiram em razão das manifestações gerais dos trabalhadores da época e da necessidade de apaziguar o ânimo dos setores estratégicos e importantes da mão-de-obra daquele tempo, compreendendo inicialmente os ferroviários e sendo estendidos em 1926 aos empregados portuários e marítimos⁸. As CAP's também foram responsáveis pela assistência médica e

eram financiadas e administradas por empregados e empregadores sem a intervenção do Estado. No campo da saúde coletiva, temos o surgimento do “sanitarismo campanhista” que visava combater as doenças de massa com estilo repressivo e do Departamento Nacional de Saúde Pública.

Após as crises econômicas e políticas que atuaram no Brasil entre 1922 e 1930, teve início a segunda fase que se deu *entre os anos de 1930 a 1945*, merecendo destaque a criação do Ministério do trabalho, fruto das mudanças na estrutura do estado, após a revolução de 1930, onde se objetivava proporcionar uma expansão do sistema econômico; e do “Ministério da Educação e Saúde”.

A partir de então, as relações trabalhistas passaram a ser regidas pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) e as CAP’s foram substituídas pelos Institutos de Aposentadoria de pensões (IAP’s) que pretendeu estender para um número maior de trabalhadores assalariados urbanos os benefícios previdenciários, assim os trabalhadores foram organizados por categoria profissional, e não mais por empresa como no período anterior. Passou-se a contar ainda com a participação do Estado na administração e no custeio dos benefícios. No campo da saúde, tivemos o auge do “sanitarismo campanhista” e a criação do Serviço de Combate as Endemias e do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP)².

Neste período, a organização dos serviços de saúde não se limitava mais à ação da polícia sanitária e das campanhas que caracterizavam as políticas de saúde do período anterior a 1930. Daí por diante, a educação sanitária passou a ser valorizada e as campanhas de controle de doenças foram então institucionalizadas⁹.

Entre 1945 e 1966, ocorreu a terceira fase do processo de construção do SUS. Neste período podemos considerar como marco importante a criação do Ministério da Saúde (1953),

“órgão que a partir de então, seria o responsável pela administração e coordenação das medidas preventivas de caráter coletivo e dos serviços públicos de saúde de maneira paralela à previdência social, materializando a idéia de separação entre previdência e assistência médica”⁸.

Outro acontecimento de relevo foi a aprovação da Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS), que deu início ao processo de unificação da Previdência Social, uniformizando procedimentos, normas, critérios de concessão de benefícios e prestação de serviços. *A unificação da legislação foi um passo premeditado para a unificação dos institutos. Esta tarefa ficaria sensivelmente facilitada se todos os institutos se submetessem a um mesmo regime jurídico*¹⁰.

Contudo é importante observar que os IAP's somente foram unificados em 1966, com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). A unificação da previdência social se deu atendendo a duas características fundamentais: *“o crescente papel interventivo do Estado na sociedade e o alijamento dos trabalhadores do jogo político, com sua exclusão na gestão da previdência, ficando-lhes reservado apenas o papel de financiadores”*¹¹.

A quarta fase que ocorreu entre 1966 e 1973, sob influência do regime militar, instalado em 1964, que se utilizou das forças policiais e do exército para se impor, tem como fato marcante a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), em 1966,

que uniformizou os direitos dos segurados através da LOPS. Esta fase foi marcada pelo crescimento do sistema regulador do estado, que tinha fortes poderes sobre a sociedade e, pela ampliação da cobertura da Previdência Social. O processo de unificação dos Institutos através da criação do INPS insere-se na perspectiva de modernização da máquina estatal, aumentando seu poder regulatório sobre a sociedade além de, obviamente, representar um esforço de desmobilização das forças políticas estimuladas no período populista, para excluir a classe trabalhadora organizada como uma força política, e para diminuir seu papel como mecanismo articulador e de pressão na defesa dos interesses dos trabalhadores¹².

Neste período as políticas de saúde executadas pelos governos militares privilegiaram o setor privado e os gastos com a saúde eram restritos ao assistencialismo individual, em detrimento das ações de prevenção e de educação coletiva.

No entanto, três características marcam este período: a extensão da cobertura previdenciária abrangendo a quase totalidade da população urbana e ainda parte da população rural; a orientação da política nacional de saúde para o privilegiamento da prática médica curativa, individual, assistencialista e especializada, em detrimento de medidas de saúde pública, de caráter preventivo e de interesse coletivo e; a intervenção estatal na área da saúde que propiciou a criação de um complexo-médico-industrial, responsável pelas elevadas taxas de acumulação do capital das grandes empresas monopolistas internacionais na área de produção de medicamentos e de equipamentos médicos¹³.

Nesta perspectiva, na quinta fase (1974 a 1979), começaram a ocorrer as remodelações e ampliações dos hospitais da rede privada pautadas na orientação da política do período anterior, mas também aumenta as preocupações com a atenção aos cuidados primários em saúde – como consequência da Conferência de Alma-Ata. Trata-se de uma

Conferência Internacional de Saúde, realizada em Alma-Ata (União Soviética), no ano de 1977, da qual participaram os 198 Estados-membros da Organização Mundial de Saúde (OMS), que firmaram um compromisso social para obtenção de um nível mínimo de saúde para todas as pessoas do mundo até o ano 2000, sob o lema “*Saúde para todos no ano 2000 – (SPT-2000)*”. Para garantir esse compromisso, seria necessário que os recursos de saúde fossem distribuídos de forma equilibrada e que os cuidados primários de saúde estivessem acessíveis a todos com envolvimento máximo da população nas formas de prevenção das doenças que deveriam iniciar em casa, nas escolas e nos locais de trabalho¹⁴.

Neste período, iniciou-se também o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), que possibilitou a entrada de técnicos do chamado “movimento sanitário” no interior do aparelho do estado². Foi também em 1974 que o Ministério da Previdência e Assistência Social foi criado.

O início da *década de 80*, última fase desse processo de construção do SUS, foi marcado pelo surgimento de três crises: *a ideológica*, que pregava a necessidade de reestruturar e ampliar os serviços de saúde e que enfatizava a importância da participação popular e da atenção primária; *a financeira*, pois havia restrição das fontes de financiamento, e por esse motivo houve contenção de despesas, inclusive na assistência médica; e a última, *a político-institucional*, que foi marcada pela criação do Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (CONASP), em 1981 que tinha entre outros objetivos, recomendar políticas de financiamento e de assistência à saúde². Entre outras medidas, o CONASP “*implantou as autorizações para internação hospitalar (AIH) e possibilitou, mediante as Ações Integradas de Saúde (AIS), o acesso aos serviços previdenciários, além dos de saúde pública, para a população não segurada*”⁹.

No entanto, o marco desta década foi, sem dúvida, a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), em 1986. Tendo o seu relatório final utilizado como base para o texto constitucional em 1988, seguido da aprovação da Lei Orgânica da Saúde – LOS (Lei nº 8.080 e nº 8.142) em 1990. O texto constitucional também traz um novo conceito de saúde pautado em embates políticos e teóricos ao longo dos anos, que tem o poder de transformar a visão de saúde, sociedade e serviços de saúde². Com base neste conceito, o Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado à medida em que se reconheceu que “*a saúde é um direito de todos que deve ser assegurado pelo Estado*”.

O Papel das Conferências Nacionais de Saúde

As Conferências Nacionais de Saúde (CNS), foram instituídas em 1937 pela Lei nº 378, de 13 de janeiro de 1937, pelo então Ministério da Educação e Saúde Pública pois, no governo do presidente Getúlio Vargas educação e saúde integravam um único Ministério^{15,16}. No entanto, a primeira CNS só foi realizada no ano de 1941 e, apesar da determinação de que as conferências deveriam ocorrer em intervalos de dois anos, a segunda conferência só foi realizada no ano de 1950^{15,16}. Neste sentido, cabe ressaltar que as conferências existem desde a década de 40.

Inicialmente tratavam de assuntos relacionados à organização sanitária estadual e municipal; a ampliação e sistematização de campanhas nacionais de saúde; ao desenvolvimento de serviços básicos de saneamento e das atividades de proteção materno infantil¹⁷. É importante destacar ainda que este período foi marcado por uma profunda

centralização do poder executivo, onde o governo “*buscava a organização do serviço público uniformizado por um padrão nacional*”¹⁵.

No decorrer da análise dos relatórios finais das CNS, foi possível verificar que, tanto a primeira, quanto a segunda conferência não tiveram força política, apenas técnica. A primeira mereceu destaque pelo aspecto histórico e pela reforma estrutural que provocou na política de saúde da época. Na segunda, realizada em 1950, mereceram destaque a preocupação com as condições de higiene e de segurança no trabalho, além da prestação de assistência médica sanitária e preventiva para os trabalhadores e para as gestantes¹⁶. Pode-se afirmar ainda que no primeiro período (1941-1963) a figura do médico ocupou o papel central das ações de saúde, apoiada na visão sanitarista da época⁵.

A 3ª conferência (1963), realizada durante o governo de João Goulart¹⁶ foi a primeira após a criação do Ministério da Saúde – que foi criado em 1953⁸. Esta conferência marcou uma época considerada como período desenvolvimentista (1946-1964)¹⁵, onde tivemos as primeiras recomendações sobre a municipalização como um caminho para o aumento da cobertura dos serviços de saúde e, sobre o “preparo de aproveitamento do pessoal técnico”, considerado como subsídio importante para a efetivação da referida municipalização⁵. Percebia-se então, a carência de mão-de-obra qualificada e a necessidade de preparação do pessoal para a execução adequada dos programas estabelecidos. Nas teses elaboradas para conduzir os debates desta conferência, mereceu destaque a distribuição de atribuições dos serviços de saúde entre as três esferas de governo e a discussão da municipalização dos mesmos¹⁶.

Com o fim do populismo e início da ditadura militar, temos o segundo período do nosso relato (1967-1980) – uma vez que nos anos de 1964, 1965 e 1966, não houve CNS –, onde imperava o controle do aparelho do Estado^{15,16}. A segurança nacional era a ideologia

de sustentação, e os recursos humanos eram entendidos como “capital humano”⁵. As escolas de formação não apresentavam uma estrutura curricular muito flexível, o que distanciava a formação do cotidiano dos recursos humanos.

Neste sentido, durante a realização da 4ª CNS (1967), começaram a ser discutidas questões referentes à formação dos mesmos para o setor¹⁶, além de oferecer sugestões para a formulação de uma política permanente de avaliação dos Recursos Humanos, tendo em vista a formação dos contingentes de pessoal. Mas também, percebeu-se que seria necessário fazer uma análise para saber de qual profissional o setor necessitaria¹⁸.

Durante a 5ª CNS (1975), percebe-se a necessidade de estabelecer uma articulação com os demais Ministérios e órgãos públicos ou privados¹⁸ numa perspectiva de intersectorialidade, para então atender com oferta de quantidade e qualidade a formação profissional, fruto de uma provável articulação entre as escolas de formação e os serviços de saúde. Foi durante este período que o Governo percebeu que era imprescindível abandonar o modelo de saúde curativo e individual e enfatizar os serviços de prevenção coletiva. A descentralização deu os seus primeiros passos a partir da criação das coordenadorias regionais de saúde¹⁶, apesar de as mesmas já terem sido mencionada desde a 3ª Conferência.

No entanto, neste período, os modelos de medicina previdenciária continuaram a resistir à descentralização, fato que ocorreu também no período da 6ª Conferência¹⁵ (1977), que relata a importância da criação do Grupo-saúde Pública, através do Decreto nº 79.456, de 30 de março do corrente, que visava orientar o processo de mudanças comportamentais entre o quadro de servidores, através de uma ação multiprofissional; como também, a Lei nº 6.433, de 15 de julho de 1977, que estabelece a necessidade de uma melhor utilização dos recursos humanos em sua área de formação¹⁸.

A 7ª conferência, realizada em março de 1980, teve como destaque o painel sobre “desenvolvimento de recursos humanos para os serviços básicos de saúde”, onde se discutiu novamente a formação com intuito de melhorar o desempenho dos profissionais que atendiam nos serviços básicos⁵, refletindo o compromisso assumido a partir da Conferência de Alma-Ata. Discutiu-se também sobre a intenção do governo na integração entre as atividades curativas e preventivas, individuais e coletivas. Nesta perspectiva, é possível perceber então, que as questões relacionadas à atenção básica tornavam-se o centro da discussão do setor saúde¹⁶, sugerindo então redefinições na política de formação de recursos humanos¹⁸.

Com o fim do período ditatorial, ganhou fôlego o movimento de Reforma Sanitária, ou movimento pela reforma sanitária, ou ainda movimento da reforma sanitária – termo que foi usado para se referir ao conjunto de mudanças e transformações que seriam necessárias na saúde, cujo produto final fosse a melhoria das condições de vida da população¹⁹, defendendo a visão de uma saúde envolvida com os conceitos de promoção, proteção e recuperação¹⁶, dessa forma, ficava o Estado obrigado a garantir, independente de solicitação, as condições necessárias ao atendimento à saúde da população. Liderado pelo então Presidente da Fiocruz, Sérgio Arouca, este movimento partia do princípio de que “*a defesa da saúde é a defesa da própria vida*”³.

Nesta perspectiva, a 8ª CNS, realizada em março de 1986, representou o marco fundamental desta década na história da política de saúde. Não só pela criação do Sistema Único Descentralizado de Saúde (SUDS), que mais tarde se transformaria no SUS, mas também pela visão de interdependência entre a política econômica e social e pela definição que os serviços de saúde deveriam ser públicos e fundamentais para toda a população. Como resultado, também tivemos, mediante a colaboração da Comissão da reforma

sanitária, que articulou e discutiu com a Assembléia Nacional Constituinte a elaboração da nova Constituição e de Leis subseqüentes¹⁵. Pode-se destacar seu caráter democrático por ser a primeira precedida de Conferências Municipais e Estaduais², que serviram de encontros preparatórios para a etapa nacional, como também pelo fato de defender as propostas construídas ao longo de quase duas décadas pelo movimento sanitário^{15,16}.

Assim, pode-se afirmar que a 8ª Conferência, além de determinar, em seu relatório final, os princípios doutrinários que nortearam o texto constitucional em 1988, e de definir “a saúde como um direito de todos e um dever do estado”, atribuindo-lhe um novo conceito pautado nos embates políticos e teóricos ao longo dos anos², também defendeu a participação da população na administração pública e que o processo de descentralização seria possível com o fortalecimento do papel do município¹⁵. Foi nesta perspectiva que o SUS foi criado e definido de acordo com o artigo 198, da Constituição Federal onde relata que:

“as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I – descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II – atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais e;

III – participação da comunidade”^{1.p. 36}.

Cabe situar que, neste período, foi realizada a 1ª Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde (CNRHS), a qual propôs uma agenda para o movimento

da Reforma Sanitária, referente à política de gestão do trabalho e de formação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde e à implantação do SUS. Neste sentido, discutiu-se a necessidade de uma articulação estreita entre os centros formadores de pessoal para a saúde e as instituições que prestam serviços, para dessa forma alcançar as premissas da saúde, que é oferecer serviço de qualidade, tendo como pano de fundo a realidade social¹⁸.

Apesar da grave crise do governo Collor, em 1992 foi realizada a 9ª CNS, que ocorreu já na vigência da nova Constituição Federal promulgada em 1988 e da Lei Orgânica da Saúde (LOS), aprovada em 1990 – Leis nº 8.080 de 19/09/90 e nº 8.142 de 28/09/90. Nesta última, ficou determinado que as Conferências Nacionais de Saúde seriam realizadas com intervalo de 04 anos¹⁵. A 9ª Conferência exigiu o cumprimento das leis que sustentam o SUS e trouxe novamente à tona a discussão sobre a municipalização da saúde a partir de seu tema central: “*Saúde: municipalização é o caminho*”. As discussões desta conferência também deram conta de que para a efetiva implantação do SUS seria necessário estabelecer políticas voltadas para a capacitação e para a formação de recursos humanos⁶, para assim compatibilizar os servidores oriundos de diversos vínculos contratuais, “de modo a assegurar a operação adequada do sistema”¹⁸.

A 10ª CNS, realizada em 1996, que teve como tema central “*Construindo um modelo de atenção à saúde para a qualidade de vida*” debateu questões relacionadas à administração dos trabalhadores de saúde, no tocante à qualificação dos mesmos; e, como o processo de descentralização já havia avançado bastante¹⁵, propôs que fossem atribuídas às Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde a responsabilidade de implantar e de manter técnica e financeiramente as escolas de formação⁶. Vale destacar que o relatório final desta

conferência apresentou apenas deliberações, nenhum quadro da situação atual da saúde foi apresentado¹⁵.

A 11ª CNS, realizada em 2000, cujo tema: “*Efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde, com controle social*”, expressa a preocupação com a garantia do acesso, a qualidade dos serviços e a necessidade de humanização da atenção à saúde. Reiterou a regulamentação do Artigo 200 da Constituição Federal, que dentre outras coisas, indica como competência do SUS a ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde e sugeriu que os novos trabalhadores, do setor público tenham acesso a formação adequada para atuarem no novo modelo de atenção a saúde e, que para os trabalhadores antigos, deve-se promover cursos de capacitação⁶. Foi nessa Conferência que se aprovou os Princípios e Diretrizes para a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do SUS (NOB/RH-SUS)¹⁹.

A 12ª CNS, realizada em 2003, com o tema: “Saúde um direito de todos e um dever do Estado. A saúde que temos, o SUS que queremos”, teve como objetivo tratar de questões voltadas para a implementação do SUS, para assim orientar a formulação da Política Nacional de Saúde. Seus documentos destacam que apesar de possuímos serviços considerados de excelência, convivemos com a dificuldade do acesso aos serviços básicos, como urgência e consultas ambulatoriais. Todavia, chama a atenção para a necessidade de dar continuidade a implementação de políticas de saúde que estejam adequadas à realidade local, bem como à fiscalização da aplicação dos recursos¹⁹ através do desenvolvimento das práticas de controle social.

A Política de Recursos Humanos em Saúde

Apesar de as questões referentes à formação dos recursos humanos para o setor saúde terem surgido durante a realização da 4ª CNS¹⁶, foi a partir da 8ª, em 1986, que as discussões tomaram um rumo para a política de desenvolvimento, onde foram a debates, entre outras questões, a remuneração, a isonomia salarial, a estabilidade e a admissão, que podem ser considerados os “vilões” do nosso quadro atual de recursos humanos.

A partir de então, a política de Recursos humanos começava a ter um delineamento. Foi nesse sentido que no mesmo ano, impulsionada pelas discussões da 8ª Conferência, realizou-se a 1ª Conferência Nacional de Recursos Humanos em Saúde (CNRH), nela se tratou de consolidar as discussões acerca da política de gestão e formação de trabalhadores para a saúde.

Um pouco mais tarde, em 1993, foi realizada a 2ª CNRH, onde foi analisada a saúde do povo brasileiro a partir do processo de implementação do SUS, enfatizando a necessidade de promover a organização do desenvolvimento, da formação e da gestão do trabalho, regulamentando tanto o ingresso no setor saúde por meio de concurso público, como também a elaboração do plano de cargos, carreira e salários (PCCS)¹⁸.

Como podemos perceber, estes momentos se configuraram em instâncias onde se agruparam um conjunto de textos, documentos e relatórios para tratar da Política de Recursos Humanos para a Saúde. Podemos ainda concluir que “a proposta de política de recursos humanos no âmbito do SUS seria orientada por dois subtemas, o de formação e o de gestão do trabalho em saúde”.²¹

Nas duas últimas décadas estes debates se intensificaram em diversos encontros que se discutiram questões referentes aos trabalhadores do setor saúde, em especial, a regulamentação da Norma Operacional Básica (NOB), durante a 10ª CNS, tal discussão se deu no sentido de estabelecer diretrizes para a gestão do trabalho no SUS.

Nesta perspectiva, foi formulado e aprovado, durante a realização da 11ª CNS, os Princípios e Diretrizes para a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do SUS (NOB/RH-SUS)¹⁸ que volta a ter destaque nos dias atuais em virtude da necessidade urgente de se rever as políticas de gestão adotadas para assim efetivar os princípios do SUS.

Metodologia

Inicialmente cabe situar o presente estudo no campo das pesquisas descritivas que *“têm como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis”*. As pesquisas descritivas *“(…), habitualmente são realizadas pelos pesquisadores sociais preocupados com a atuação prática”* ²².

Trata-se, portanto, de um estudo descritivo de base bibliográfica e documental que consistirá numa pesquisa sobre o tema, como recurso à fundamentação teórica, incluindo as bases de dados dos sistemas virtuais (SCIELO e LILACS) disponibilizados via Internet. Também recorreremos a fontes secundárias provenientes de publicações oficiais do Ministério da Saúde (MS).

Vale salientar que todo o processo de investigação foi orientado com objetivo de caracterizar a evolução da política de recursos humanos a partir dos relatórios das Conferências Nacionais de Saúde e das Conferências Nacionais de Recursos Humanos para a Saúde. Neste sentido, analisou-se os conteúdos dos relatórios finais das Conferências Nacionais de Saúde (1ª a 12ª Conferência), no período compreendido entre 1941 e 2003, temática Recursos Humanos e os relatórios finais das Conferências Nacionais de Recursos Humanos (1ª e 2ª), realizadas em 1986 e 1993, respectivamente.

Faz-se necessário esclarecer ainda que outras informações e reflexões acerca da política de Recursos Humanos foram colhidas utilizando-se a literatura referente ao processo de construção do SUS, a reforma do Estado e a política de RH no setor saúde.

Discussão

É no artigo 6º da Constituição Federal que se garante a saúde, a educação, o trabalho, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade, a assistência aos desamparados como direitos sociais. De fato, a Constituição aprovada em 1988 representou um grande marco no que diz respeito aos direitos sociais legalmente constituídos. Nesta perspectiva, a esfera social constitui-se em “*locus*” privilegiado de estudo da intervenção ou não do Estado, através da execução de políticas públicas capazes de garantir os direitos de cidadania estabelecidos em lei.

Cabe ressaltar que o tratamento concedido ao campo da proteção social na Constituição de 1988 avançou no sentido da universalização da cobertura e da diminuição das desigualdades relacionadas ao acesso de direitos, em contraposição ao período anterior a sua promulgação, sobretudo, no campo do direito à saúde, uma vez que substituiu o caráter meritocrático pelo princípio da cidadania²³. No entanto, o que se viu nestas últimas décadas, foi o fortalecimento do fenômeno da globalização que já caracterizava a economia internacional desde meados da década de 70 e que instaurou no Brasil, a partir da década de 90, o processo de “mundialização do capital” e a quebra das fronteiras nacionais.

Aliado a este processo, o país assiste nos anos 90 ao redirecionamento do papel do Estado, influenciado pela política de ajuste neoliberal e à instauração de um novo modelo econômico centrado no mercado no qual “*o Estado deve deixar de ser o responsável direto pelo desenvolvimento econômico e social para se tornar o promotor e regulador, transferindo para o setor privado as atividades que antes eram suas*¹¹”. A afirmação da hegemonia neoliberal no Brasil tem sido responsável pela redução dos direitos sociais e

trabalhistas, desemprego estrutural, precarização do trabalho, desmonte da previdência pública, sucateamento da saúde e da educação.

Neste sentido o SUS e seus recursos humanos tem padecido com a crescente precarização das relações de trabalho, reflexo da política de corte neoliberal que assombra os países do chamado terceiro mundo, tanto no setor público como no setor privado. Tais mudanças nas relações de trabalho, fruto do processo de reforma do estado possibilitaram a multiplicação de experiências no setor saúde, como exemplo deste fato, podemos citar a ausência de concursos públicos, o aumento do número de servidores contratados e ainda, a existência daqueles que trabalham sem contrato definido.

O relatório final da 12ª CNS relata que os desafios para que os serviços de saúde passem a integrar o cotidiano da vida dos brasileiros, com qualidade e integralidade necessárias à saúde, para assim efetivar o SUS, são: reduzir as desigualdades regionais e ampliar a oferta de ações de saúde, de modo que os mais afetados pelas desigualdades sociais tenham acesso. Nesta perspectiva, é importante destacar que no setor saúde, os recursos humanos constituem a base para a viabilização e implementação dos projetos, das ações e dos serviços de saúde disponíveis para a população, de forma que os investimentos nos recursos humanos irão influenciar decisivamente na melhoria da qualidade do sistema de saúde brasileiro.

Considerações Finais

De acordo com os princípios e diretrizes para a norma operacional básica de recursos humanos do SUS (NOB/RH-SUS), desde a institucionalização do SUS, quatro questões sobre a gestão tem sido freqüentemente realçadas como fundamentais para a sua implementação: a descentralização, o financiamento, o controle social e os recursos humanos²⁰. Dentre elas, a mais complexa refere-se aos recursos humanos, que vem sofrendo o maior processo de desregulamentação dentro da política de reforma do Estado no país.

No entanto, com base na análise dos relatórios das conferências, pode-se perceber que os temas relacionados a recursos humanos sempre mereceram lugar de destaque, pois percebeu-se que para implantar as mudanças necessárias nos serviços de saúde era preciso investir nos mesmos. Contudo, hoje nos deparamos com os problemas advindos do processo de reforma do Estado, dificultando estas ações.

A existência de trabalhadores de diferentes níveis de governo (municipal, estadual e federal), de entidades prestadoras de serviços ao SUS (autarquias, institutos e fundações) e de profissionais terceirizados convivendo num mesmo local de trabalho com direitos e deveres diferenciados, representa um dos descompassos a ser resolvido. Além de todas estas situações, há ainda, a contratação de trabalhadores sem concurso público, tais como, os contratos de cargos comissionados e àqueles por tempo determinado. Outros problemas relacionam-se aos desvios de função, a falta de estímulo profissional, as duplas ou triplas jornadas de trabalho, às formas improvisadas e arcaicas de vinculação e gestão e a inexistência de espaços de negociação.

Diante do exposto, salientamos que a ausência de uma política de recursos humanos para a saúde, formulada e realizada sob a lógica da política pública expressa nos princípios e diretrizes constitucionais da Seguridade Social e do SUS, compõe hoje, juntamente com a escassez de recursos financeiros, os dois maiores obstáculos para o desenvolvimento do atual sistema de saúde brasileiro.

Referências Bibliográficas

1. Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Legislação em saúde: Caderno de legislação em saúde do trabalhador. 2ªed. rev. e ampl. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. 33-37.
2. Cunha JPP. Cunha RE. Sistema Único de Saúde: Princípios. In: Brasil. Ministério da Saúde. Gestão Municipal de Saúde: Textos básicos. Rio de Janeiro: MS, 2001. p. 285 - 304.
3. Brasil, Ministério da Saúde. O SUS e o Controle Social: guia de referência para conselheiros municipais. Eugênia Lacerda et al. (org). Brasília: Ministério da Saúde; 1998.
4. Brasil. Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.[online] Disponível em <http://www.pge.sp.gov.br/centrodeestudos/bibliotecavirtual/dh/volume%20i/saudelei8142.htm>.
5. II Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde: Relatório Final. Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS – V1, N.1 – Brasília: Ministério da Saúde, CGDRH/SUS, 1993. 60p.
6. Ceccim RB, Armani TB, Rocha CF. O que dizem a legislação e o controle social em saúde sobre a formação de recursos humanos e o papel dos gestores públicos, no Brasil. *Ciência e saúde coletiva* 2002; 7 (2):373-383.
7. Brasil, Presidente (1994 – 2001: F. H. Cardoso). Plano Diretor da Reforma do aparelho do Estado. Brasília: Presidência da República, Câmara da Reforma do Estado. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado, 1995.
8. Moura AAG. A Repercussão das Doenças Crônicas Não-Transmissíveis (DCNT) na Concessão de Auxílios-Doença e Aposentadorias por Invalidez no Instituto Nacional de Seguro Social (INSS). [Dissertação de Mestrado em Saúde Pública]. Recife (PE): Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Departamento de Saúde Coletiva, Fundação Oswaldo Cruz; 2005.

9. PAIM JS. Políticas de Saúde no Brasil. In: Rouquayrol Z, Almeida Filho N. Epidemiologia e Saúde. 6ª ed. Rio de Janeiro: MEDSI; 2003. p. 587-603.
10. Ibrahin FZA. Seguridade social: conceito, origem e histórico. In: Curso de Direito Previdenciário. Rio de Janeiro: Impetus; 2002. p. 2-41.
11. Bravo MIS. As políticas brasileiras de seguridade social. In: Programa de capacitação continuada para assistentes sociais. Capacitação em Serviço Social e Política Social. Brasília: 2000. p.105-115.
12. MALLOY JM. A política da Previdência Social no Brasil: participação e paternalismo. Revista Dados. n. 13. Rio de Janeiro: 1976. p. 125-139.
13. OLIVEIRA, JAA, TEIXEIRA, SMF. (Im) previdência social: 60 anos de história da previdência no Brasil. Petrópolis: Vozes; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1985.
14. MOURA AAG, et. al. O Perfil do Agente Comunitário de Saúde do Município do Moreno/PE e a sua contribuição no processo de consolidação do SUS. [Monografia de Especialização em Política e Gestão de Recursos Humanos para o SUS]. Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Departamento de Saúde Coletiva, Fundação Oswaldo Cruz: Recife (PE); 2003.
15. Pinheiro MC, Westphal M, Akerman M. Equidade em saúde nos relatórios das conferências nacionais de saúde pós-Constituição Federal brasileira de 1988. Caderno de Saúde Pública 2005; 21 (2): 449-458.
16. Cesaltina A. Conferências: palco de conquistas democráticas. In: Revista conasems 2004; 2. [online]; [acessado em 18 nov. 2005] Disponível em: <<http://www.conasems.org.br/mostraPagina.asp?codServico=36&codPagina=48>>.
17. Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde. Departamento de Gerenciamento de Investimentos. Guia do Conselheiro: curso de capacitação de conselheiros estaduais e municipais de saúde/ Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde. Departamento de Gerenciamento de Investimentos. Brasília, Ministério da Saúde; 2002.

18. Saúde, Ministério da Saúde. A questão dos Recursos Humanos nas Conferências Nacionais de Saúde: 1941 – 1992 – Brasília: Ministério da Saúde, novembro, Cadernos RH saúde 1993; ano 1, 1(1).

19. Ministério da Saúde. Oitava Conferência Nacional de Saúde. [online]. [acessado em 03 dez 2005]. Disponível em : <<http://www.bvsarouca.cict.fiocruz.br/sanitarista06.html>>.

20. Brasil, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Princípios e Diretrizes para NOB/SUS-RH. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.

21. Espaço para a Saúde. Recursos Humanos em saúde no Brasil: a necessidade do planejamento. [online]. [acessado em 31 maio 2005]. Disponível em: <<http://www.ccs.uel.br/espacoparasaude/v2n1/RHSBNP.htm>>.

22. Gil AC. Métodos e Técnicas de Pesquisa Social. 4^a. ed. São Paulo: Atlas; 1994.

23. Marques RM, Batich M, Mendes A. Previdência Social Brasileira um balanço da reforma. Revista São Paulo em Perspectiva 2003; 17 (1): 111-121.