



Universidade de São Paulo

Reitor: Flávio Fava de Moraes

Vice-Reitora: Prof^a Myrian Krasilchik

Faculdade de Saúde Pública

Diretor: Prof. Dr. Arnaldo Augusto Franco de Siqueira

Vice-Diretor: Prof. Dr. Aristides Almeida Rocha

Comissão de Biblioteca e Documentação

Presidente: Prof. Dr. Pedro Manoel Leal Germano

**Rede Brasileira de Informação Bibliográfica na Área de
Administração de Serviços de Saúde**

Centro Coordenador:

Serviço de Biblioteca e Documentação (SBD/FSPUSP)

Diretora: Prof^a Dr^a Maria Teresinha Dias de Andrade

Organização da Série: Benedita Silveira Campos Sadi

Patrocínio: Fundação W.K. Kellogg

RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE NO BRASIL

problemas crônicos e desafios agudos

Jairnilson Silva Paim

Professor Adjunto do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia.

Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública

São Paulo
1994

AdSAÚDE - SÉRIE TEMÁTICA

Nº 1 - Recursos humanos em saúde no Brasil:
problemas crônicos e desafios agudos, por Jairnilson Silva Paim

Nº 2 - A busca de paradigma para a educação em administração de
saúde, por Marcos Kisil (No prelo)

FICHA CATALOGRÁFICA

Paim, Jairnilson Silva

Recursos humanos em saúde no Brasil: problemas crônicos e
desafios agudos. São Paulo, Faculdade de Saúde Pública/USP, 1994.
80 p.

1. Recursos humanos em saúde. 2. Política de saúde. 3.
Desenvolvimento de recursos humanos. I. Título

Copyright: © 1994 Faculdade de Saúde Pública/USP

Todos os direitos reservados

Proibida a reprodução total ou parcial por qualquer meio, eletrônico ou mecânico, incluindo fotocópias, microfilmagem, gravação, ou por qualquer armazenamento ou recuperação da informação, sem a permissão do editor.

Tiragem: 1.200 exemplares.

Distribuição: SERVIÇO DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO/FSPUSP

Endereço: Av. Dr. Arnaldo, 715

01246-904 - São Paulo, SP

Telefone: (011) 851-5233 - Ramais: 2211/2245

Tel. e Fax: (011) 280-9163

E.Mail: BIBFSP@BRUSP.BITNET

APRESENTAÇÃO

O setor saúde tem progressivamente se tornado um setor complexo e de importância grande dentro de nossa sociedade. Sua grandeza se reflete em inúmeros indicadores, entre os quais o número de empregos que gera dentro de nossa economia, permitindo ainda chamar a “indústria da saúde” como uma indústria mão-de-obra intensiva, já que, ainda, o que se consome com o pagamento dos recursos humanos é superior ao pagamento dos outros recursos necessários para o processo de produção. Assim, Recurso Humano é um recurso essencial para poder compreender o sistema de saúde vigente, sua adequação e propriedade frente a atual realidade nacional.

O tema apresenta grande complexidade já que qualquer que seja o sistema de saúde, o tema envolve um processo sem fim de decisões que ocorrem em diferentes pontos da sociedade, através de mecanismos formais ou não formais, em instituições educativas e de serviços, em níveis federal ou estadual ou local, ao nível de indivíduos e de comunidades, em corporações profissionais bem estruturadas, ou em movimentos populares da saúde, em universidades ou através do puro empirismo. Funções básicas da administração, como planejamento, gerência ou avaliação, deverão ser aplicadas de maneira contínua ao setor saúde, e aos recursos humanos dos quais depende, para torná-los apropriados às necessidades de nossa sociedade.

Seguramente, com grande felicidade, o Prof. Jairnilson Paim consegue nos conduzir para entender a importância e complexidade do tema. Além do que nos apresenta uma bibliografia seletiva que deve orientar professores, pesquisadores, estudantes, profissionais e dirigentes do setor saúde que venham a se interessar a conhecer algum aspecto particular do tema.

Assim, é extremamente oportuno que o projeto que ora desenvolve a Faculdade de Saúde Pública da USP, de implantar uma rede brasileira para fortalecer os sistemas de informação com relação ao tema de Administração e Planejamento de Saúde, tenha tomado a decisão de oferecer ao público brasileiro como primeiro número da Série Temática AdSAÚDE, o tema Recursos Humanos, sob a responsabilidade do Prof. Jairnilson Paim.

Prof. Dr. Marcos Kisil
Professor Titular
Faculdade de Saúde Pública
Universidade de São Paulo

“Os trabalhadores e profissionais do setor que representam a saúde como direito individual e coletivo rompem a concepção centrada no biológico, no individual, na harmonia e equilíbrio sociais. Fazem da saúde uma meta a ser conquistada, como um bem que se adquire através dos conflitos e da luta de classe”.

MINAYO⁸⁸ (1991).

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	1
2. OS DISTINTOS SIGNIFICADOS DOS RHS	3
3. DA FORMAÇÃO DOS RHS AO MUNDO DO TRABALHO	6
4. O MERCADO, O EMPREGO E A FORÇA DE TRABALHO EM SAÚDE (FTS)	9
5. PROPOSIÇÕES PARA A POLÍTICA DE RHS NO BRASIL CONTEMPORÂNEO	14
6. ESTUDOS E PESQUISAS SOBRE RHS	22
6.1. Estudos sobre Profissionais de Saúde	24
6.2. Estudos sobre Formação / Capacitação de RHS	25
6.3. Estudos de Administração de RHS	25
6.4. Estudos sobre o Mercado de Trabalho em Saúde	25
6.5. Estudos sobre Política de RHS	26
6.6. Estudos dos Agentes do Trabalho em Saúde	27
6.7. Novos Estudos	27
7. ALGUMAS EXPERIÊNCIAS NO CAMPO DOS RHS NO BRASIL	29
7.1. Educação Médica	29
7.2. Inovação Curricular	34
7.3. Experiências no Campo da Saúde Coletiva	35
7.4. Estratégias Inovadoras de Preparação de Pessoal de Saúde	37

8. A ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS E AS POLÍTICA DE SAÚDE DO BRASIL NA DÉCADA DE 90	40
9. REPENSANDO A QUESTÃO DO SISTEMA DE SAÚDE	46
10. PROPOSTAS DE MUDANÇA NA FORMAÇÃO DO PESSOAL DE SAÚDE	52
10.1 Distritos Sanitários e Reorientação das Práticas Educativas e Sanitárias	57
10.2. O Processo da Reforma Sanitária e a Formação de RHS	59
10.3. Reatualização de Estratégias e Táticas	60
10.4. Revisão das Atividades de Ensino	62
11. COMENTÁRIOS FINAIS	64
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	69

1

INTRODUÇÃO

Pensar o tema recursos humanos em saúde (RHS) no estágio atual de desenvolvimento da organização social dos serviços de saúde no Brasil exige não apenas o refinamento das ferramentas conceituais, teóricas e metodológicas para a apreensão dessa dimensão da realidade mas, sobretudo, a capacidade de análise para identificar, além de problemas, oportunidades e a criatividade estratégica para construir saídas políticas numa arena constituída por constelação de obstáculos. Trata-se de uma tarefa eminentemente coletiva e que transcende o espaço de produção de um texto. Uma eventual contribuição pessoal no campo dos RHS pode limitar-se a aspectos parciais da questão, relativos ao aprofundamento teórico ou à produção de experiências inovadoras e de fatos políticos. Nesse particular, existe uma significativa literatura sobre o tema, além de um repertório de iniciativas práticas - nem sempre documentadas, porém igualmente relevantes, atestando os desafios postos por essa temática.

O presente texto enfrenta as limitações impostas ao trabalho individual, acrescidas do fato de não se tratar de uma reflexão teórica, de uma investigação, nem de um relato de experiência ou análise conjuntural. Seu objetivo é simplesmente proceder uma tentativa de sistematização sobre o tema, a partir de alguns trabalhos de autores nacionais e

latino-americanos, analisando e comentando certos aspectos de interesse para o pessoal dos serviços de saúde, docentes e gestores de políticas públicas. Procura responder ao propósito de disseminar certo conhecimento técnico e acadêmico sobre o tema e apoiar discussões com vistas à redefinição das práticas de saúde e à reorientação das políticas de formação, emprego, utilização e desenvolvimento de RHS.

2

OS DISTINTOS SIGNIFICADOS DOS RHS

Embora exista a tendência de considerar os RHS nos limites dos quadros profissionais, com ênfase especial nos médicos (haja vista a extensa literatura sobre educação médica e a hegemonia dessa categoria na “mídia” e na sociedade em geral), o presente artigo parte de uma noção mais ampla. Reconhece os RHS como um conjunto de agentes capazes de desenvolverem ações de saúde, sejam as de promoção, proteção, recuperação ou reabilitação. Estes envolvem os profissionais, os técnicos e o pessoal de nível auxiliar e elementar, inclusive os agentes comunitários habilitados ou informais (tradicionais)⁶³. Se as ações de saúde são impensáveis sem os responsáveis pela sua execução, nada mais óbvio que entender todos aqueles capazes de cuidar da saúde como RHS, socialmente legitimados ou não. Há, porém, que superar a idéia de RHS como um mero insumo, tal como um recurso material ou financeiro, e recuperar a dimensão de trabalho.

Presentemente, com o conceito ampliado de saúde incorporado pela Constituição Brasileira e pela legislação sanitária³⁰, a noção de RHS tende a se expandir para outros agentes que, mesmo não cuidando diretamente da saúde, produzem as condições necessárias para a pre-

servação de saúde da coletividade. Nesse particular, o entendimento da saúde pública enquanto ação social organizada¹¹⁷, faz incluir no âmbito dos RHS empresários, políticos, líderes sindicais e comunitários, bem como cidadãos que atuam coletivamente em defesa da saúde da população. Se esta concepção tem a desvantagem de esmaecer os contornos do objeto dessa reflexão, permite, no entanto, considerar na formulação e implementação de políticas de saúde outros atores sociais muitas vezes mais relevantes que os próprios prestadores de serviços de saúde.

A alternativa por esta concepção ampliada de RHS, no decorrer do presente trabalho, não exclui, todavia, a utilização de noções e conceitos mais restritivos ou restritos no sentido de melhor apreender e de expressar a especificidade da expressão. É o caso, por exemplo, do enfoque de Recurso Humano que “busca interpretar as formas de gerenciamento desse ‘fator de produção’ específico que é a capacidade de trabalho dos indivíduos”⁸².

Assim, a noção de *pessoal de saúde* para descrever os agentes formalmente habilitados nesse campo do saber e inseridos no mercado de trabalho do chamado setor saúde, apresenta certa utilidade para orientar a formação, o desenvolvimento e a gestão de parte expressiva dos RHS. Do mesmo modo, o conceito de *força de trabalho* (FTS), ao tempo em que possibilita incursões analíticas nos campos da economia política e da demografia, favorece a identificação de tendências estruturais e conjunturais⁸² que determinam o espaço de manobra da formação e da utilização do pessoal de saúde, já que passa a evidenciar a problemática do emprego, a estrutura ocupacional, o mercado de trabalho, enfim, as restrições e possibilidade da base econômica de uma dada formação social. A FTS constitui um segmento da população economicamente ativa vinculada ao mercado de trabalho em saúde, formalmente capacitada ou não.**

O conceito de *categorias profissionais*, por sua vez, permite ter certas particularidades de agentes tecnicamente preparados para

* Representa “o conjunto de trabalhadores que, tendo formação ou capacitação específica, - prática ou acadêmica -, trabalha exclusivamente nos serviços ou atividades de saúde”⁸².

** É descrita como “um subconjunto formado pela interseção do conjunto de pessoal de saúde sobre a base do conjunto de Recursos Humanos”¹³¹.

exercer determinadas profissões no contexto da divisão técnica e social do trabalho em saúde, apreendendo elementos culturais e subjetivos que compõem as “ideologias ocupacionais” de cada corporação. Assim, as categorias profissionais correspondentes aos médicos e enfermeiros, face a importância que adquirem na problemática dos RHS - propiciando inclusive diversos estudos sobre o tema⁴⁴ -, podem ser objeto de reflexões específicas, seja no que tange à qualificação, seja no que se refere à inserção no mercado de trabalho.

A noção de *agentes* (das práticas de saúde) retém a conotação de “pessoal de saúde”, acima mencionada, mas aponta, simultaneamente, para a possibilidade de análises mais concretas do processo de trabalho em saúde. Ao se investigar a prática de saúde através dos momentos que a constituem, objeto, meios de trabalho e trabalho propriamente dito⁸⁶, tal noção permite individualizar o “agente-sujeito”¹⁴³ que realiza o trabalho sob determinadas relações técnicas e sociais.

Finalmente, conceitua-se como “*trabalhadores de saúde*” “todos aqueles que se inserem direta ou indiretamente na prestação de serviços de saúde, no interior dos estabelecimentos de saúde ou em atividades de saúde, podendo deter ou não formação específica para o desempenho de funções afins ao setor”⁸¹.

As noções e conceitos referentes aos RHS já expostas procuram, portanto, valorizar o componente trabalho. Conseqüentemente trazem para a reflexão sobre RHS toda a problemática atinente ao “mundo do trabalho”¹⁶⁰. Itens como formação, qualificação, alienação, controle e avaliação do trabalhador, tão presentes na “sociologia do trabalho”, tendem, conseqüentemente, a invadir análises e proposições acerca dos RHS.

* Os profissionais de saúde são assim definidos como “todos aqueles que, estando ou não ocupados no setor saúde (podendo até estar desempregados procurando trabalho), detêm formação profissional específica ou capacitação prática ou acadêmica para o desempenho de atividades ligadas diretamente ao cuidado ou às ações de saúde”⁸¹.

3

DA FORMAÇÃO DOS RHS AO MUNDO DO TRABALHO

Diferentes autores¹⁰² que têm desenvolvido estudos no campo dos RHS convergem na constatação do predomínio de enfoque “formação de recursos humanos em saúde” sobre outros tais como mercado de trabalho, estrutura ocupacional, dinâmica da força de trabalho, gestão do processo de trabalho, etc.

Ao proceder uma revisão sobre a formação dos agentes das práticas de saúde no Brasil, TEIXEIRA¹⁵³ analisou diferentes formas de preparação do pessoal de saúde em três momentos: da Colônia à República Velha, de 1930 a 1964 e do pós-64. Buscando uma perspectiva de análise histórica e estrutural, a autora relacionou o desenvolvimento histórico dessas formas de preparação com o contexto político-social, particularmente no que diz respeito às “determinações oriundas da forma de organização das práticas médico-sanitárias”¹⁵³.

Nessa perspectiva, a reflexão sobre RHS demanda pelo exame das tendências mais gerais da economia, particularmente em seus períodos recessivos e momentos de expansão, e suas repercussões na contenção ou ampliação do emprego no setor saúde, bem como nas políticas de saúde e na organização dos serviços⁷⁴. Esses determinantes

mais gerais, juntamente como o *modelo pedagógico* predominante nas instituições de ensino e com a *forma de organização do trabalho* nas instituições de saúde, conformam o perfil quantitativo e qualitativo do pessoal de saúde. Daí a importância de “identificar a relação entre uma dada política de saúde que expressa determinadas formas de produção de serviços, com a política de formação dos agentes das práticas, materializada nas instituições de ensino”¹⁵³.

Nesse sentido, podem ser assinalados alguns pressupostos para orientar a discussão de tendências e perspectivas da formação de RHS:

- a) O tipo de RHS formado é determinado pela estrutura das práticas de saúde, isto é, pela organização dos serviços de saúde e pela sua influência sobre o mercado de trabalho do setor, ambos condicionados pelas políticas de saúde do Estado.
- b) As instituições de ensino, embora dispoindo de uma autonomia relativa para definir os tipos de RHS a serem preparados não são capazes de alterar, por si sós, a estrutura das práticas de saúde. Produzem, inclusive, uma ação de reforço e de reprodução dessa estrutura através da ideologia, do “habitus”, da cultura e das práticas exercidas pelos seus docentes.
- c) As mudanças nas políticas de saúde e na organização dos serviços quando ocorrem o fazem mais rapidamente que as das instituições de ensino. Estas, ao questionarem a adequação dos RHS que formam, participam também da crise do setor saúde, mas tendem a ser muito tímidas nas tentativas de superação.
- d) Mesmo considerando os limites da influência das instituições de ensino sobre a estrutura das práticas de saúde e o caráter retardatário da sua participação na reorganização dos serviços de saúde, esforços podem ser envidados e lutas empreendidas na produção de fatos político-institucionais visando a reduzir a distância entre o modo hegemônico de produção de RHS e os ideais de democratização da saúde.

Há que investigar melhor os alicerces em que se fundamentam a medicina convencional e o setor saúde em geral, analisar suas contradições e compreender as relações entre prática, educação e investigação em saúde e os modos de produção econômica, bem como qualificar a relativa autonomia das instituições de ensino.

A educação enquanto prática, isto é, processo de transformação de um objeto num produto através do trabalho humano, criado e recriado a cada momento histórico, realiza-se numa sociedade através de instituições ou aparelhos específicos cujo objetivo fundamental é viabilizar o exercício da hegemonia de uma dada classe para a reprodução de estrutura social. Tal prática, sendo social, comporta os enfrentamentos entre as classes, os diferentes projetos de sociedade e os seus respectivos intelectuais orgânicos num movimento dialético cuja resultante é um determinado modo de produzir agentes que produzem e/ou recriam as distintas práticas sociais.

Portanto, esse modo de produção de agentes encontra-se determinado pelo modo de produção econômica dominante na sociedade e condicionado pelo dinamismo do confronto de projetos político-ideológicos entre as classes e frações de classe e pela organização social dos serviços de saúde que define um determinado padrão de mercado de trabalho em saúde¹⁰⁸.

É mais ou menos dentro desses limites que as possibilidades de mudanças podem ser engendradas.

4

O MERCADO, O EMPREGO E A FORÇA DE TRABALHO EM SAÚDE (FTS)

Ao discutir o marco conceitual para o estudo da FTS, SALTARELLI¹³³ destaca a relevância deste conceito em contraposição ou complementação às noções de recursos humanos ou emprego. Para o autor importa destacar, além do estudo de sua caracterização e movimento, a força de trabalho “como uma *mercadoria* essencial ao processo de produção de serviços de saúde e como um *ator social* importante no desenvolvimento de uma área de atividade econômica marcada pelo uso intensivo do trabalho”¹³³ (grifos nossos).

Essa dupla compreensão tem a vantagem de reter certos elementos objetivos que devem orientar o estudo dos RHS (âmbito econômico) e, ao mesmo tempo, ressaltar os elementos subjetivos que interagem no espaço social e que permitem a organização e consciência dessa força de trabalho para modificar certas características ou leis do mercado (âmbito político-ideológico).

Segundo OFFE¹⁰⁴ “o mercado de trabalho organiza a produção e a distribuição como uma relação de troca entre salário e ‘inputs’ de tra-

balho e que, neste caso, como em todos os outros mercados, vendedores e compradores de 'trabalho' encontram-se em oposição". Para o autor, ocorre uma *desvantagem estrutural da força de trabalho* no mercado "pois o lado da oferta não tem como controlar sua própria quantidade de maneira estratégica"¹⁰⁴. Nesse particular, a "mercadoria" força de trabalho, além da desvantagem que apresenta em relação a outras mercadorias nas sociedades capitalistas, exibe diferenças significativas, seja no modo de ingressar no mercado, seja na sua subordinação aos processos demográficos e sociais.

No caso do mercado de trabalho em saúde, vários estudos indicam a sua dependência quanto as formas de intervenção estatal no setor e aos ciclos de expansão econômico. A saúde tem sido considerada um setor economicamente importante e de alta rentabilidade, além de apresentar um crescimento como fonte de emprego¹⁷. No Brasil existem atualmente 2.500.000 trabalhadores de saúde, representando 4% da população economicamente ativa (PEA). Nos EUA essa participação chega a 7%, no Canadá a 8% e na Suécia a 11%¹³⁵. Diante da crise econômica, das políticas de ajuste e da ideologia do Estado mínimo "o emprego em saúde está atravessando processos semelhantes aos ocorridos com a força de trabalho industrial e dos quais o setor saúde se considerava imune"¹⁷. Na realidade, mesmo na recessão do início da década de 80, o emprego em saúde cresceu no Brasil, especialmente no subsetor público. No caso dos médicos, o setor privado concentrava 53,5% dos empregos em 1980. Em 1984 o setor público já cobria metade desses empregos devido especialmente ao crescimento do nível estadual⁵⁶. Nessa época chegou-se a afirmar que "a força de trabalho em saúde vai bem"¹⁰¹. Foram criados 75.000 empregos entre 1977 a 1983 para 57.000 médicos formados no mesmo período. Se forem acrescentadas outras oportunidades de obtenção de remuneração através de inserções em atividades liberais ou autônomas, torna-se compreensível o otimismo da frase citada.

Projeções feitas para a razão médicos/habitantes no ano 2.000 indicam o valor de 10/10.000 no Brasil, 27,9 na Argentina, 23,8 no México e 25,9 nos EUA⁹⁹. Portanto, não parece justificar-se o alarde em torno do excesso de médicos no país sem que se discuta, com mais

cuidado, a sua distribuição, qualificação e conformação a determinado modelo de organização de serviços de saúde.

Atualmente os estabelecimentos de saúde formais oferecem mais de 1,5 milhões de empregos para o pessoal de saúde, divididos quase que igualmente entre públicos e privados¹³⁵. No caso dos empregos públicos, 35% são do nível federal, 45% estadual e 20% municipal¹³⁵. Estima-se, no entanto, que o setor público comparece com cerca de 90% do gasto com o pessoal de saúde¹³⁵, através de formas diretas (emprego público) e indiretas (credenciamentos e contratos com o setor privado).

Na medida em que as políticas de ajuste impõem a contenção dos gastos públicos, o emprego em saúde sofre as conseqüências negativas, não tanto pelo lado da oferta mas, sobretudo, pela piora das condições de trabalho e de remuneração. Este quadro de "crise do Estado Benfeitor" interfere, ainda, nas expectativas do pessoal em formação, na ação das corporações profissionais (diante dos interesses ameaçados) e na dinâmica sindical¹⁷.

No caso dos médicos, entretanto a "desvantagem estrutural da força de trabalho", na expressão de OFFE¹⁰⁴, parece ter sido suavizada no Brasil na medida em que se procedeu um controle estratégico do processo de produção desses agentes. O fenômeno conhecido como "boom" das escolas médicas do pós-64 permitiu o aumento da oferta da força de trabalho médico nos anos subseqüentes - funcional para a expansão capitalista do setor na década de 70. Tal oferta foi posteriormente contida mediante proibição de novas escolas médicas, o que tem sido mantido apesar das pressões em contrário¹³. Assim, a redução de profissionais médicos formados no Brasil a partir dos anos 80 e confirmado em outros países americanos¹⁰¹, faz supor que a pressão sobre esse mercado de trabalho deverá atenuar-se ao longo da década de 90¹⁰¹.

Além do controle da quantidade da oferta da força de trabalho médico^{1,10}, os conselhos e as associações representativas dessa corporação vem tentando avaliar a sua qualidade. Inicialmente, por iniciativa do Conselho Regional de Medicina de São Paulo, priorizou-se o controle de qualidade do "produto" através da proposta de "exame de ordem" (avaliação após a formatura)²⁶. Posteriormente, tal iniciativa foi neutralizada e substituída pela ênfase no controle da qualidade do

“processo”, mediante um projeto de avaliação das escolas médicas, respaldado por mais de uma dezena de entidades representativas²⁶.

No caso dos enfermeiros, observou-se ao longo dos anos 80 uma retração na demanda por cursos universitários¹⁴⁵, possivelmente decorrente das limitações impostas ao exercício profissional na crise econômica e não por uma maneira estratégica de controlar a oferta da força de trabalho.

Já os dentistas continuam a ser formados em profusão, contribuindo para o paradoxo de um país que tem um expressivo número de profissionais e ao mesmo tempo uma enorme quantidade de dentes perdidos.

Outros profissionais de saúde como nutricionistas e farmacêuticos têm pouca expressão na força de trabalho em saúde e começam a sofrer uma situação semelhante a enfermagem¹⁴⁵. Na realidade os médicos, os atendentes e auxiliares de enfermagem representam 2/3 do pessoal de saúde no Brasil¹³⁵. Portanto, a questão central diante das tendências que se manifestam nos RHS e que demanda por definição política e clareza estratégica “é saber se vamos crescer, obedecendo as forças imprevisíveis do mercado (...) ou se vamos crescer com um mínimo de racionalidade e com observância a critérios de justiça social”¹⁰¹.

O fato de diversas entidades pressionarem o governo para disciplinar a criação de novos cursos na área de saúde - com destaque para a medicina -, propiciando o aparecimento de decretos e normas específicas, resulta em modificação na produção desses agentes, mas não é suficiente para interferir na sua especificação, qualificação, distribuição e utilização. Estas parecem atender a leis mais amplas de economia, que contribuem para explicar o amplo contingente de trabalhadores com baixos níveis de escolaridade, a composição da renda familiar, a concentração urbana e o êxodo rural, as políticas de emprego do Estado, enfim, causas e pressões extra-setoriais responsáveis por problemas no setor.

Na Tabela pode ser observada a disponibilidade de algumas categorias de profissionais de saúde no Brasil, a sua distribuição regional e a sua relação com o número de habitantes. O privilegiamento do Sudeste e do Sul em detrimento do Norte e Nordeste é fato conhecido⁹¹ não apenas no setor saúde mas em outros tantos setores econômicos e sociais¹⁰⁶.

TABELA. Número de médicos, odontólogos e enfermeiros e sua distribuição proporcional segundo a população de regiões geo-políticas: Brasil 1991

REGIÕES	POPULAÇÃO*		MÉDICOS		ODONTÓLOGOS		ENFERMEIROS	
	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Norte	7	6.419	3	2.659	3	2.274	4	
Nordeste	29	32.483	17	14.276	14	10.823	21	
Sudeste	43	116.741	60	63.205	62	27.549	53	
Sul	15	26.644	14	14.762	15	8.463	16	
Centro-Oeste	6	11.984	6	6.519	6	3.106	6	
BRASIL	100	194.271	100	101.421	100	52.215	100	

* População brasileira: 146.155.000

Obs: Agregação das Tabelas 1 e 2 do estudo de YPIRANGA e LOPES¹⁶⁵

5

PROPOSIÇÕES PARA A POLÍTICA DE RHS NO BRASIL CONTEMPORÂNEO

A I Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde³¹, realizada sob influência doutrinária da VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), abriu um canal de articulação entre instituições de saúde (ensino e serviços) e entidades representativas da população. No que se refere ao ensino de graduação propôs, entre outras medidas, o contato precoce do aluno com a realidade de saúde, a alteração do ciclo básico, a discussão de “Saúde e Sociedade”, e a IDA ou “integração ensino-serviço” como mecanismo de reorganização dos serviços .

Algumas dessas propostas foram retomadas em documento posterior do Ministério da Saúde⁹³, que procurava explicitar diretrizes para formulação de política de recursos humanos na perspectiva do Sistema Único de Saúde. Tal iniciativa representaria um passo importante de um Estado que se pretendesse democrático, pois, serviria para ampliar a discussão e aprofundar a consciência dos agentes sobre as contradições dessa temática. Poderia facilitar até mesmo a mobilização institucional e social para avançar as políticas públicas. Todavia, repre-

sentou um movimento muito preliminar, episódico e insuficiente para a formulação e implementação dessas políticas.

No que se refere à graduação dos profissionais de saúde, o referido documento alude importantes problemas e ilude quanto à sua solução, destacando entre os problemas relativos à integração ensino-serviço, o seguinte:

- inexistência de uma metodologia adequada para uma efetiva integração ensino/serviço;
- dificuldade no estabelecimento de relação jurídica entre as instituições de ensino e serviço;
- desqualificação dos serviços, dificultando o processo de ensino, e desqualificação dos docentes para atuação nos serviços;
- desconsideração do trabalho como princípio pedagógico;
- descompromisso dos dirigentes;
- descompromisso da Universidade com o novo modelo assistencial e com a Reforma Sanitária Brasileira;
- compartimentalização do ensino;
- bases do relacionamento entre os setores de ensino e o de prestação de serviços determinadas pela Universidade;
- papel passivo do serviço;
- projeto pedagógico pautado no espontaneísmo e no empirismo.

No que se refere à solução apresentada, as prioridades e estratégias tangenciam os problemas levantados. Recomendações do tipo “articulações ativas” entre os órgãos de recursos humanos e instituições de ensino, busca de interesse comum para um “novo pacto”, repensar propostas pedagógicas, introdução de novos conhecimentos, normatizar estágios curriculares, entre outros, podem ser boas intenções mas não decisões. Até mesmo quando localiza uma questão concreta como a relação mercado de trabalho e formação de profissionais, o documento recomenda que *“as instituições formadoras possam adequar-se às*

necessidades dos serviços nos Sistemas Únicos de Saúde"⁹³ (grifo nosso). Que Sistemas Únicos de Saúde? Afinal, se são vários como serem únicos? E sendo vários, como as instituições de ensino formariam seus profissionais? Adotariam vários tipos de formação, como o de um médico para o serviço público, outro para a medicina liberal e um último para a medicina empresarial e o seguro saúde?

Apesar do retrocesso verificado nas políticas de saúde do Brasil, no período 1988-1992, (mesmo se reconhecendo as conquistas no plano jurídico-formal) a IX Conferência Nacional de Saúde, realizada em agosto de 92³⁴, ratificou as proposições da VIII CNS³³ com destaque para a área de RHS:

*"reafirmação da necessidade de uma política nacional de recursos humanos para o SUS; implantação de regime jurídico único em cada esfera de governo; definição de uma política de formação e capacitação de recursos humanos; implementação de estímulo à interiorização de profissionais de saúde; estabelecimento de mecanismos de avaliação contínua de desempenho dos profissionais de saúde; garantia de equipes multi/profissionais; realização da Conferência Nacional sobre Recursos Humanos de Saúde, que deverá aprofundar a análise de diversos aspectos inclusive a jornada de trabalho dos profissionais de saúde"*³⁴.

A IX CNS formulou ainda 17 princípios gerais e 25 proposições para a efetiva implementação de uma política de recursos humanos para o SUS, onde se destacam:

- isonomia salarial em cada esfera do governo;
- proibição de remuneração baseada na produtividade;
- valorização da dedicação exclusiva;
- redução dos cargos de livre provimento ("cargos de confiança");

- garantia de que os planos de cargos, carreiras e salário (PCCS) assegurem “que as funções gerenciais e técnicas sejam ocupadas preferencialmente por funcionários de carreira, com qualificação específica para o exercício da função”;
- garantia de pleno direito de sindicalização e de greve;
- garantia de condições dignas de trabalho, técnicas e operacionais, a todos os profissionais de saúde e uma política de saúde ocupacional efetiva.

No que diz respeito às proposições para a implementação de uma política de RHS para o SUS, recomenda:

- promover a imediata regulamentação do art.200, inciso III da Constituição Federal que atribui ao SUS a tarefa de “ordenar a formação de recursos humanos”;
- garantir escolas de formação de trabalhadores de saúde nas secretarias de saúde ou através de articulação com a Secretaria de Educação, universidades e outras instituições públicas de ensino superior;
- promover a revisão dos currículos profissionais adequando-os às realidade sócio-epidemiológicas e características étnico-culturais das populações;
- assegurar o estabelecimento de critérios para a formação de profissionais de nível técnico e superior na área de saúde;
- assegurar que as secretarias municipais e estaduais de saúde destinem recursos orçamentários para capacitação e treinamento dos seus quadros de pessoal e criação de núcleos de recursos humanos, com atividades de administração e desenvolvimento;
- garantir a Universidade pública, gratuita, autônoma, democrática e sem fronteiras e estabelecer mecanismos que promovam sua efetiva inserção ao SUS;
- introduzir no currículo de formação de profissionais de saúde estágio compulsório na rede básica de serviços.

O exame preliminar das propostas apresentadas na IX CNS parece indicar uma ampla faixa de consenso, sobretudo entre os militantes e simpatizantes da Reforma Sanitária. São enunciados bastante gerais, mais bandeiras de luta e “imagens objetivo” do que, propriamente, proposições políticas. Concentram a sua atenção nos RHS *para o SUS* e não no conjunto da força de trabalho em saúde, vinculada ou não ao mercado de trabalho do setor. Tais fatos tornam possível esse aparente consenso.

Evidentemente que as análises de coerência, fatibilidade e viabilidade dessas propostas, bem como o confronto entre os princípios gerais e as proposições políticas formuladas, fariam emergir muitas contradições de base entre interesses corporativos e as mudanças necessárias à reformulação do setor. Estas são questões políticas que esses grandes eventos ainda não conseguiram dar conta. A transferência dessa discussão para a II Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde (II CNRHS) “por necessidade de aprofundamento dos debates”³⁴, não parece ter conduzido a resultados radicalmente distintos.

A II CNRHS, realizada em Brasília em setembro de 1993³², permitiu uma análise bastante precisa e pertinente sobre as mudanças nos quadros demográfico e epidemiológico e suas relações com os contextos econômico, político e social. Procedeu um questionamento inteligente sobre o modelo assistencial hegemônico e uma reflexão sobre os recursos humanos na perspectiva de um sistema de saúde em transição. Especificamente em relação aos recursos humanos, percebe-se um diagnóstico aguçado dos problemas, onde se incluem a desmotivação dos profissionais de saúde, o descompromisso ético e social com os usuários e o serviço público, e a fragilidade das alianças entre trabalhadores de saúde e usuários.

Entre as propostas indicadas para o Relatório Final³² destacam-se:

- a) implantação de um modelo assistencial que utilize critérios epidemiológicos para a definição de prioridade, inclusive em termos de recursos humanos e tecnológicos;
- b) realização de avaliação do desempenho dos serviços de saúde públicos e privados contratados pelo

SUS, tendo como intenção avaliar o perfil e adequação dos profissionais de saúde;

c) integração ensino-serviço buscando criar espaços educacionais propícios à construção de um novo compromisso ético e político entre profissionais, alunos e população, de acordo com a realidade epidemiológica local;

d) revisão profunda dos currículos e planos de ensino das instituições formadoras;

e) elaboração de projetos institucionais (instituições formadoras e instituições prestadoras), com efetivo envolvimento da comunidade organizada, voltados a estruturação de distritos sanitários com características acadêmicas, onde professores, alunos, profissionais e população atuarão construindo o novo modelo assistencial;

f) criação de Câmaras Técnicas de Recursos Humanos, vinculadas aos Conselhos de Saúde nos três níveis, visando a colaborar com os órgãos formadores nas mudanças curriculares;

A Conferência em questão apresentou ainda um conjunto de propostas referentes à preparação de RHS de nível superior, de nível médio e elementar, e das “categorias profissionais estratégicas”. Quanto à gestão e utilização do pessoal de saúde destacam-se as seguintes proposições:

- realização pelo SUS municipal do diagnóstico quantitativo e qualitativo da força de trabalho sob sua gerência, abrangendo o setor público e privado;
- revisão da lei de exercício profissional de todas as profissões de saúde para adequá-la a realidade do SUS;
- utilização das diversas áreas que credenciam o funcionamento dos cursos de formação de nível superior e nível médio (sistema educacional através do MEC e Secretarias de Educação) com a política de saúde prevista na Constituição.

Os resultados observados na Proposta do Relatório Final da II CNRHS³² concentram-se, portanto, na *formação dos RHS*, de acordo

com novos modelos assistenciais a serem coletivamente construídos tomando como base a epidemiologia e as ciências sociais, e na *gestão do pessoal de saúde* no âmbito do SUS. Ainda que tais subtemas representem questões relevantes para a reorientação do sistema de saúde no sentido da integralidade, da equidade, da participação e da ética na relação com os usuários, percebe-se um certo vazio nas conclusões do evento quanto à problemática do emprego e do mercado para a força de trabalho em saúde. A vinculação dessa problemática com o modelo econômico engendrado pelo contexto de crise e pelas políticas de ajuste indicaria os obstáculos mais expressivos que contrariam o desenvolvimento dos RHS na sociedade brasileira na década de 90. Por outro lado, as questões subjetivas - culturais e existenciais dos trabalhadores de saúde - não foram adequadamente contempladas, só aparecendo esporadicamente e, assim mesmo, com certo viés corporativo.

Como chama atenção SILVA¹⁴⁶, faz-se necessário que “se transcenda a dimensão utilitarista do recurso humano e se apontem as condições que permitam o seu desenvolvimento e realização como cidadão, no gozo dos seus direitos e faculdades, de forma que o trabalho não seja só o instrumento da sua participação solidária, de sua cooperação no desenvolvimento dos serviços de saúde e da sociedade, mas também do seu bem-estar social”. Não se trata, portanto, da defesa de um humanismo ingênuo e de um individualismo burguês ou pequeno-burguês. Trata-se, apenas, de reconhecer o trabalho alienado como questão crucial¹⁴⁶ e considerar certas dimensões relevantes da vida do trabalhador de saúde que contribuam para a sua valorização, gratificação e realização enquanto ser humano e não apenas como força de trabalho.

A despeito desse movimento de reforma no desenvolvimento dos RHS, no Brasil, identificar problemas e apontar proposições políticas para o seu enfrentamento^{21,59}, inexistem recursos de poder suficientes para alterar as regras básicas^{77,167} que conformam a estrutura da força de trabalho em saúde⁵⁷, os modos de produção desses agentes^{55,116} e a organização social das práticas de saúde^{139,141}. Problemas como informação deficiente sobre RHS, oferta inadequada de profissionais de saúde (distribuição geográfica dos RHS e formação dos profissionais), estrutura do emprego em saúde e administração de pessoal¹⁴⁶, representam impasses para a reorientação do sistema de saúde mas correspondem

apenas à dimensão fenomênica da situação examinada. Sendo estruturais os determinantes dessa situação, as medidas propostas - muitas vezes de corte administrativo - têm sido impotentes para produzir as mudanças desejadas ou necessárias.

No caso específico do Ministério da Saúde, as linhas de ação prioritárias no campo dos RHS¹⁴⁶ parecem ilustrar a defasagem entre o proposto e o necessário. A primeira linha diz respeito à montagem do Sistema de Informação em RH para o SUS mediante organização de banco de dados, estudos e investigações. Trata-se, obviamente, de uma medida indispensável para a formulação de políticas públicas mais consistentes, mas nem por isso suficiente. As três outras linhas restringem-se ao apoio de iniciativas que na maioria das vezes transcendem o espaço de produção do Ministério. Assim, o apoio à preparação de quadro dirigentes do RHS, de pessoal para prestação direta de assistência e de quadros técnicos para a direção e coordenação dos serviços de saúde, bem como o apoio à elaboração e implantação de Planos de Cargos, Carreiras e Salários (PCCS) para os serviços do SUS dos níveis federal, estadual e municipal¹⁴⁶, embora importantes, não estão à altura do que a realidade brasileira exige do Ministério da Saúde. Este tem historicamente representado o “Ministério da Impotência” ou o “Ministério dos Piedosos Desejos”, parafraseando-se o velho filósofo crítico do Programa de Gotha⁷⁶.

O desafio fundamental para o redirecionamento dos RHS consiste, portanto, em aumentar recursos de poder necessários e suficientes para implementar políticas públicas inspiradas na Reforma Sanitária Brasileira^{10,118}, considerando as proposições emanadas da IX Conferência Nacional de Saúde e da II Conferência Nacional de Recursos Humanos em Saúde. Evidentemente que se podem desenhar estratégias para viabilizar aspectos parciais dessas políticas, acumulando forças para objetivos mais amplos. Mas não é desejável escamotear a complexidade da situação, apostando em medidas sem eficácia comprovada ou presumível e ocultando os determinantes estruturais que obstaculizam as mudanças imprescindíveis. Nessa perspectiva, a reflexão teórica e a pesquisa podem ser guias relevantes para a ação.

6

ESTUDOS E PESQUISAS SOBRE RHS

Ao proceder recentemente uma revisão sobre tendências da investigação de RHS no Brasil, nas décadas de 70 e de 80, SCHRAIBER e PEDUZZI¹⁴³ identificaram cerca de 500 textos e estabeleceram seis categorias para sua classificação:

- a) profissionais de saúde;
- b) formação/capacitação de recursos humanos em saúde;
- c) administração de recursos humanos em saúde;
- d) mercado de trabalho em saúde;
- e) política de recursos humanos em saúde;
- f) agentes do trabalho em saúde.

Os estudos classificados na categoria “profissionais de saúde” representam um terço da produção enquanto os incluídos na “formação/capacitação de RHS” correspondem a um segundo terço da mesma. As demais categorias juntas constituirão o terço restante¹⁴³.

Questionando a suposta falta de tradição de pesquisa em RHS, NOGUEIRA¹⁰² aponta grande número de teses de pós-graduação, de

pequenos estudos e de artigos em revistas, ora contemplando a oferta de pessoal de saúde, ora a avaliação de processos educacionais. Para o autor, a pesquisa em RHS não é algo novo e afirma:

*“Novas são algumas facetas como a ampliação do papel da teoria fundada nas ciências sociais ou o intento de avaliar o impacto das políticas de saúde em relação à composição e dinâmica de força de trabalho ou, ainda, a preocupação com as tendências do mercado de trabalho de profissionais de saúde”*¹⁰² (grifos nossos).

O papel desempenhado pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) no estímulo aos estudos e pesquisas sobre RHS torna-se evidente desde a década de 50. Inicialmente apoiando os movimentos de reforma em saúde, com ênfase na formação médica, tais como os projetos de Medicina Integral, de Medicina Preventiva e da Medicina Comunitária¹⁰⁵. Com os programas de extensão da cobertura (PECs) na década de 60, o interesse sobre os estudos de RHS parece aumentar mediante “importante contribuição de médicos e enfermeiros, realocados da atividade clínica”¹⁰². Destaca-se, no particular, a clássica investigação dirigida por GARCIA⁵⁵ sobre a Educação Médica na América Latina, publicada pela OPAS no início da década de 70. Naquela época, a Medicina Social emergente no Brasil e na América Latina tematiza os RHS a partir das relações entre saúde e estrutura social. A tese de DONNANGELO⁴¹ sobre o médico e o mercado de trabalho inova a investigação sobre RHS no Brasil, constituindo uma contribuição fundamental para a análise das práticas de saúde e dos seus agentes. Segundo NOGUEIRA¹⁰², somente na década de 80 constata-se um certo esforço para a institucionalização da pesquisa em RHS com algum apoio da OPAS, Ministério da Saúde, FINEP, além de outros. No início da década de 90, a OPAS, através do “Programa de Desarrollo de Recursos Humanos”, apresenta uma proposta de estudos setoriais de recursos humanos¹⁰⁷ contemplando um conjunto de temas centrados em três vertentes explicativas dos problemas dos RHS:

- a) papel do Estado, das corporações e das empresas na regulação dos mercados de trabalho de saúde;

b) processo de trabalho nas diferentes modalidades assistenciais;

c) graus de autonomia e dependência do sistema formador em relação ao sistema de prestação de serviços.

Os estudos propostos organizaram-se através do seguinte recorte temático:

- mercado de trabalho em saúde;
- utilização de pessoal;
- formação de pessoal de saúde.

Publicações recentes da OPAS começam a divulgar alguns produtos desses estudos^{17,134,160} indicando para um futuro próximo a possibilidade de avaliação dessa proposta.

Esta sucinta revisão apresentada aponta a década de 70 como momento de inflexão no campo do estudo dos RHS na medida em que proporcionou uma linha inovadora de investigação sobre a *organização social da prática médica*^{42,86}, desenvolvida por um grupo de pesquisadores do Departamento de Medicina Preventiva da USP, liderados por Cecília Donnangelo. Já a década de 80 é marcada pela vertente da pesquisa sobre *força de trabalho em saúde*, envolvendo distintas instituições como OPAS, IBGE, ENSP e Ministério de Saúde e diversos pesquisadores (MÉDICI^{79,82}, NOGUEIRA¹⁰⁰, MACHADO⁷², GIRARDI⁵⁶, entre outros).

Adotando-se a classificação utilizada por SCHRAIBER e PEDUZZI¹⁴³, será apresentada a seguir uma descrição sumária do “estado da arte” dos estudos sobre RHS no Brasil.

6.1. Estudos sobre Profissionais de Saúde

A ênfase nesse caso é sobre a prática profissional, analisada e discutida sob diferentes maneiras: conjunto de atividades, atribuições e/ou funções profissionais; papéis profissionais; incorporação de novas tecnologias às práticas de saúde; escolha vocacional; ideologia e ética profissional; e regulamentação das profissões¹⁴³. Nesta abordagem o médico aparece como eixo do sistema de saúde, os outros trabalhadores de saúde são tratados como profissionais isolados e recursos independentes¹³⁸ e enfatiza-se a dimensão técnica do exercício profissional “mesmo quan-

do se trata de explicar impasses no trabalho reacionados às questões da administração institucional ou até da política de saúde”¹⁴³.

6.2. Estudos sobre Formação/Capacitação de RHS

Privilegia-se nesse item o processo educacional ou as práticas educativas sob diversos ângulos: formação escolar; graduação e pós-graduação; residência; estágios; aperfeiçoamento profissional; treinamento em serviço; educação continuada; reforma curricular; IDA; exame e avaliação de métodos, processos e aparatos envolvidos na educação universitária; tecnologia educacional, e outras^{102,143}. Aqui também observa-se uma ênfase na dimensão técnica no suposto de que o processo educativo deva “adequar” o recurso humano aos modelos de organização dos serviços de saúde¹⁴³.

6.3. Estudos de Administração de RHS

Essa categoria, segundo SCHRAIBER e PEDUZZI¹⁴³, apresenta uma abordagem evidentemente técnica e normatizadora contemplando diversos aspectos: dimensionamento de pessoal; parâmetros quantitativos de recursos humanos para os diferentes serviços; critério para recrutamento e seleção de pessoal; supervisão e avaliação de recursos humanos; planos de cargos, carreiras e salários; e administração de serviços de saúde. Trata-se de uma temática bastante presente na proposições das Conferências Nacionais de Saúde, particularmente na I e II CNRHS, e em documentos oriundos de centros e núcleos de desenvolvimento de recursos humanos das instituições de saúde¹⁴⁸. Observa-se também uma crescente preocupação em analisar a administração de recursos humanos nas suas relações com a política de saúde e o modelo assistencial tal como foi evidenciado na II CNRHS³².

6.4. Estudos sobre o Mercado de Trabalho em Saúde

Grande parte desses estudos privilegia o cotejamento da oferta de trabalhadores de saúde e a sua utilização. Compreende ainda os processos

de legitimação, a definição de competências, as normatizações para o credenciamento dos profissionais, o estabelecimento de regras para o ingresso no mercado de trabalho por corporações profissionais e entidades da sociedade civil, e outros. Incluem-se ainda nessa categoria os estudos que adotam “o conceito de força de trabalho tal como consagrado pela economia política e, particularmente, pela vertente marxista, e por pesquisar o mercado de trabalho na sua articulação com as demais instâncias sociais”¹⁴³.

Os estudos sobre a força de trabalho em saúde, de produção mais recente (década de 80), apresentam, segundo NOGUEIRA¹⁰², as seguintes características:

- “a análise toma o conjunto dos trabalhadores, qualificados ou não, ocupados no setor saúde e não apenas uma ou outra categoria isoladamente”;
- “esses trabalhadores são descritos como parte considerável e crescente do total da força de trabalho alocada nos diversos ramos da economia”;
- “o eixo de descrição é essencialmente o das tendências das características demográficas (idade, sexo, atividade, etc.) e sócio-econômica (composição por categorias, aspectos educacionais, renda, etc.), ao longo do tempo, dando origem ao principal objeto de estudo que é a dinâmica da força de trabalho em saúde”;
- “a base científica desses estudos provém essencialmente da demografia e da macroeconomia e a base empírica de fontes estatísticas”¹⁰².

6.5. Estudos sobre Política de RHS

Nessa categoria localizam-se textos contendo diretrizes e propostas políticas, relatórios de grupos de estudo e/ou trabalho de órgãos oficiais, planos de ação e outros documentos oficiais. Não constituem, propriamente, investigações ainda que possam representar produtos dessas ou proposições político-institucionais nelas fundamentadas.

6.6. Estudos dos Agentes do Trabalho em Saúde

Merece destaque nesses estudos a introdução de um modelo explicativo diverso para a área de RHS na medida em que o *processo de trabalho de saúde* foi tomado como ângulo privilegiado de análise. Os trabalhos de DONNANGELO^{41,42}, MENDES GONÇALVES⁸⁶, SCHRAIBER¹⁴⁰, ao apreenderem as práticas de saúde enquanto prática técnica e prática social indicam “as articulações do trabalho em saúde com os demais trabalhos na sociedade”¹⁴³. Atualmente tais estudos se desenvolvem em duas direções:

- a) “o estudo do trabalhador é feito diretamente no interior do ambiente de trabalho, investigando-se a esfera do trabalho de perspectiva do conhecimento acerca da inscrição de seu agente no processo laboral”;
- b) “se estuda o trabalhador sendo capacitado para o trabalho no ambiente do processo educacional”¹⁴³

6.7. Novos Estudos

Sob essa rubrica complementar cabe registrar algumas linhas de pesquisa que, embora insuficientemente desenvolvidas, sinalizam quanto a sua pertinência especialmente num contexto de crise sanitária. É o caso dos estudos sobre a estrutura e os movimentos corporativos das profissões de saúde e sobre a produção/productividade no processo de trabalho em saúde¹⁴⁴. Nesse particular, BRITO e col.¹⁷ propuseram recentemente um modelo teórico para investigação sobre pessoal de saúde contemplando os seguintes elementos:

- instituições de saúde (enquanto instituição laboral “empregadora - continentes do processo de trabalho e, simultaneamente, instituição cultural e educativa);
- processo de trabalho (entendido como forma histórica e socialmente construída de organizar a atividade de laboral);

- conflito laboral (manifestação das relações sociais na investigação, incluindo os conflitos sindicais e profissionais).

Assim, novas perspectivas de investigação se abrem para o estudo do “funcionário público”⁷⁵ e das suas relações com o “habitus” e com a cultura institucional¹⁷, bem como para o “conhecimento do trabalhador em saúde, de modo geral, como parte do processo de trabalho e como produto específico de processos institucionais particulares, sejam eles no setor público de organização dos serviços ou não”¹⁴³.

No Brasil, alguns estudos no âmbito da chamada “sociologia das profissões”⁷² e especialmente os que enfocam o sindicalismo e o corporativismo⁷³, ou o neocorporativismo⁶⁹, prometem certo avanço na construção de novas linhas de investigação em RHS.

Na presente década, a OPAS, através do seu Programa de Desenvolvimento de Recursos Humanos, entre outras iniciativas, tem apoiado estudos e intervenções nos campos do processo de trabalho em saúde segundo modalidades assistenciais, da gestão de pessoal nas instituições de saúde e dos cenários da gestão de pessoal. Proposta nesse sentido foi elaborada por SANTANA¹³⁴ para um desses campos - a gestão do trabalho nos estabelecimentos de saúde - quando destaca a importância da análise das organizações de saúde, das peculiaridades dos serviços e do trabalho em saúde, da dependência dos estabelecimentos públicos em relação às direções políticas e à burocracia governamental e da organização e gestão do trabalho. Embora se trate de uma reflexão preliminar merece ser divulgada e discutida já que toca em dois dos obstáculos não superados na implementação das políticas de saúde no Brasil: formas obsoletas de gestão e descompromisso com os serviços públicos.

7

ALGUMAS EXPERIÊNCIAS NO CAMPO DOS RHS NO BRASIL

Neste tópico serão focalizadas algumas experiências na formação de RHS, com destaque para o ensino médico e em saúde coletiva, (viés de ofício do autor) e certas iniciativas no âmbito dos serviços em educação continuada, desenvolvimento e gestão de RHS.

7.1. Educação Médica

Examinando a evolução da educação médica no Brasil, SILVA¹⁴⁴ assinala que, entre 1968 e o início da década de 70, a ênfase na “problemática didático-pedagógica desloca-se, após um período de transição, para o da racionalidade do planejamento e conseqüentemente preocupação com a formação de recursos humanos, integração docente-assistencial, funcionamento do hospital universitário com sua integração à rede de serviços, e com o estabelecimento de vínculo eficaz entre estes e a escola médica”¹⁴⁴. Ao avaliar a experiência de quase

um quarto de século, questionou “por que malograram os esforços de reforma e reconstrução de uma instituição considerada capaz de responder às exigências da intensa transformação social destes anos”¹⁴⁴. Analisando a situação da América Latina, FERREIRA⁴⁹ e RODRIGUEZ¹³⁰ chegam a conclusões semelhantes.

O próprio Ministério da Educação (MEC) tem apoiado, nas duas últimas décadas, iniciativas para a reatualização dessa formação.

O Documento nº 1, da Comissão de Ensino Médico do MEC, lançado em 1972⁸⁹, priorizou a questão da expansão das escolas médicas, propondo requisitos mínimos a serem observados no exame de pedidos de autorização e para a correção de deficiências verificadas (professores, equipamentos, recursos hospitalares, bibliotecas, recursos financeiros, entre outros), e a contenção do processo de criação de escolas pelo prazo mínimo de 3 anos.

No Documento nº 2, o MEC privilegiou os critérios para o “uso das instituições de saúde” no ensino, ao tempo em que buscava a redefinição dos objetivos dos hospitais universitários, considerando a regionalização e hierarquização das unidades de saúde, e a articulação do ensino médico com a Previdência Social. Dava ênfase especial à Medicina Comunitária, admitindo que “o estudante passaria a integrar a equipe de saúde da unidade”⁸⁹.

Em 1976, o Documento nº 3 abordou a situação do internato e da residência, ratificando as recomendações da Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM) durante a sua XII Reunião Anual, a exemplo do internato rotatório e da participação em trabalhos extra-hospitalares ou de campo⁸⁹, definindo residência médica e propondo uma comissão nacional para sua regulamentação, instalada no ano seguinte.

No início da década de 80, o MEC lançou o Programa de Integração Docente-Assistencial (IDA)⁹⁰ que se baseava em proposições da Conferência de Alma Ata e nas estratégias da OMS/OPAS visando à Saúde Para Todos no ano 2.000 (SPT-2.000)^{46,47,54}. O MEC reconhecia que “as universidades brasileiras não se constituíam em agente de mudança”⁹⁰, mas admitia que a educação dos profissionais de saúde, como processo inserido na prática de saúde, poderia constituir a mola propulsora capaz de induzir as mudanças dos currículos. Apesar de trazer propostas inovadoras, inclusive a noção de distritos docente-assis-

tenciais (DDA)⁹⁰, a IDA teve o mesmo destino que o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde - PREV-SAÚDE, uma das suas fontes de inspiração: o arquivo.

Dois anos depois da divulgação do documento "Physicians for the twenty-first century"¹¹ e dois anos antes da Declaração de Edimburgo³⁸ o MEC volta a se manifestar através do seu Documento nº 6⁹², amplamente divulgado pela Associação Médica Brasileira (AMB). Reconheceu, na oportunidade, que "a escola médica acomoda-se, definindo suas ações na linha da saúde individual" e que "não faltaram, durante esse tempo, idéias nas prescrições relativas ao objetivo dos cursos de graduação, à integração da escola médica à rede de serviços de saúde, ao relacionamento escola médica/hospital de ensino, às estratégias educacionais acrescentando a necessidade de avaliação" (...). Trata-se, agora, não mais de repetir, mas de saber como implementar os conceitos recomendados. Explicitar este "como", isto é, as estratégias para a reformulação do ensino médico, a Comissão do MEC não chegou a fazê-lo.

Fica assim evidente o amplo consenso retórico em torno da necessidade de mudanças na educação médica. Talvez poucos defendam a manutenção do *status quo*. Há os que querem mudar para transformar a educação médica em função das necessidades e direitos dos cidadãos, e os que querem atualizá-la, rumo as modificações na organização dos serviços de saúde. E há, também, os que querem mudar a situação atual, ainda que seja para restaurar o passado, recuperando o sonho liberal ou ressuscitando a medicina de família¹¹³.

A própria Declaração de Edimburgo é enfática, no entanto, ao afirmar que "a Reforma da Educação Médica exige mais do que consenso; ela exige um compromisso com ação, liderança vigorosa e decisão política"³⁸.

O impacto dessas iniciativas governamentais, no Brasil, tem-se mostrado bastante reduzido. Vez ou outra resultaram num convênio entre instituições ou numa Resolução do Conselho Federal de Educação a ser cumprido pelas Escolas Médicas. Recentemente serviram para justificar a não abertura de novas escolas^{1,2} e para influenciar a assinatura de um Decreto Presidencial estabelecendo critérios aparentemente mais rígidos para a autorização de instalação de novos cursos³⁹.

Este modelo de planejamento da educação médica, de características meramente indicativas e normativas, não parece suficiente para contribuir de forma significativa à necessária reatualização do processo de formação de médicos. A complexidade desse processo, numa sociedade como a brasileira, em que visões e interesses dos mais diversos competem entre si para influenciar na definição do perfil profissional, requer uma abordagem distinta de planejamento que reconheça os conflitos e oriente a prática política no espaço institucional e nas suas articulações com a sociedade civil e aparelhos de Estado, procurando antecipar-se às exigências da realidade.

A crise do ensino médico hiperdimensiona-se enquanto se aguça a crítica contra a prática médica e aponta-se para a existência de médicos despreparados. Nessa oportunidade é comum questionar as universidades pelos médicos que estão formando, acusando-as pela crise da medicina do país. A discussão sobre educação médica, nesse caso, ultrapassa os espaços acadêmicos, a burocracia do Ministério da Educação e as entidades específicas como a ABEM, e passa a interessar associações, sindicatos e conselhos médicos.

Em 1988, a AMB promoveu o Fórum Nacional de Ensino Médico⁵¹ e, posteriormente, oficializou a sua posição no que diz respeito ao currículo, à política de ensino, ao sistema de avaliação, ao papel dos hospitais de ensino, às condições de trabalho e remuneração dos docentes, à capacitação científica, ao ensino e o sistema de saúde, e às condições materiais das escolas médicas¹²⁸. Cabe destacar a preocupação da AMB para com a regulamentação dos cursos, chegando a desaconselhar a criação de novos no momento, e a propor requisitos mínimos para a renovação dos existentes a cada 6 anos, além do estudo para a redução de vagas em cada escola. Excetuando-se alguns traços corporativos, o documento revela uma postura progressista e favorável ao aprimoramento do ensino médico no Brasil, apesar da maioria das propostas serem conhecidas há décadas.

As medidas que incidiriam no aumento de “recursos para melhoria da infra-estrutura dos hospitais de ensino”, na garantia de “condições materiais das escolas médicas”, numa reforma na organização do curso e na metodologia do ensino, não tiveram respostas concretas do governo. Já as que se referiam ao controle da formação de médicos

contaram com o apoio do citado Decreto Presidencial³⁹ e de portaria conjunta dos Ministros da Saúde e da Educação. Diante desses fatos passa a ser inteligível a conclusão de SILVA¹⁴⁴:

“A escola médica produziu nos últimos anos um tipo de profissional em boa medida adequado à realidade da organização dos serviços de saúde até agora vigente. Respondeu especialmente às necessidades de um Estado autoritário para a consecução de algumas de suas políticas públicas no setor saúde”.

Este citado autor lembra os reiterados fracassos “dos planos normativos de desenvolvimento econômico-social, bem como dos projetos setoriais”¹⁴⁴, e também a frustração “que predomina no cenário da educação médica brasileira”¹⁴⁴. Justifica-se portanto, a proposta de que “para bem desempenhar o papel que lhe cabe em um processo de mudanças dirigidas na educação médica, a ABEM deve procurar contribuir para desencadear um processo permanente de discussão e análise dos problemas institucionais, em que se levem em conta as forças políticas em ação no interior da escola médica. Em lugar da postura habitual em que os projetos de mudanças conformam um conjunto de prescrições normativas superpostas à realidade institucional, deve-se enfatizar o processo político em que as propostas emergem da própria realidade que se quer transformar, tal como nos ensinaram os técnicos do denominado *planejamento estratégico*”¹⁴⁴.

O interesse despertado na sociedade civil, mormente nas entidades médicas, pelos problemas vinculados ao ensino e à qualidade da prestação de serviços, levou a criação da CINAEM (Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico) que, presentemente, concretiza parte das propostas formuladas por SILVA¹⁴⁴, em 1987. Assim, foi iniciado em 1991 o Projeto de Avaliação das Escolas Médicas do Brasil²⁶ cujos resultados preliminares vêm sendo debatidos e divulgados²⁷ e, mais recentemente, a CINAEM tem adotado o enfoque da planificação estratégico-situacional^{28, 35} para reorientar a formação médica no país.

7.2. Inovação Curricular

No período 1964-1988 foram identificados três casos de inovação curricular em escolas médicas brasileiras. Embora várias escolas desenvolvessem suas propostas de mudanças curriculares no período, os casos selecionados por SOBRAL¹⁵⁰ ilustram experiências significativas, particularmente considerando-se as características distintas das instituições de ensino:

- a) a implantação de um curso em escola nova (Universidade de Brasília - UnB);
- b) a condução de um curso experimental paralelo ao tradicional (Universidade de São Paulo - USP);
- c) reformulação curricular a partir de um curso já convencionalmente modificado (Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG).

O resultados evidenciados desses planos/projetos podem ser resumidos nas seguintes citações do autor¹⁵⁰:

UnB: “No período em que Sobradinho era o cenário da atuação médico-social (1967-1979), a escola era excepcionalmente ativa na provisão de serviços, com participação estudantil, uma vez que assumiu a responsabilidade na assistência integral à saúde da população local (...). Quanto ao impacto educativo (...), uma parcela restrita dos formados havia decidido praticar medicina geral em pequenas localidades, e fração bem menor tinha optado por carreira em saúde pública. Entretanto, a frequência dos estudantes por carreiras voltadas para o atendimento de primeira linha tendia a aumentar do início para o fim do curso, na primeira década da escola. Apesar disso, o principal impacto educativo do programa da UnB talvez tenha sido o incentivo para projetos de mudanças noutras escolas”.

USP: “Não há registro de informação sobre os efeitos do curso experimental no sistema de saúde, exceto provavelmente na área de pediatria. Quanto ao impacto educativo o curso deixou marca no tradicional, após sua extinção, além de ter contribuído para o movimento de renovação curricular nos anos setenta”.

UFMG: “A escola aumentou a provisão de serviços de assistência médica nos três níveis de atendimento (...). O programa de internato rural, em particular, parece representar um impacto apreciável não somente quanto a ampliação de serviços básicos em áreas desassistidas mas também por sua influência na opção pela prática de medicina geral ou atendimento de primeira linha. Quanto ao impacto educativo, a escola da UFMG representou um forte centro de disseminação de inovação, nos âmbitos regional e nacional, nos anos oitenta”.

Apesar das informações relativamente dispersas sobre tais experiências, nem sempre disponíveis e comparáveis, alguns aspectos estavam sempre presentes nas mesmas, tais como o *reordenamento da seqüência de disciplinas* e a *inclusão de temas de ciências do comportamento e de saúde coletiva* em atividades de campo¹⁵⁰. SOBRAL conclui pela necessidade de “estudos avaliadores” dos diferentes programas de ensino médico, porém não explicita o seu julgamento sobre o sucesso ou fracasso das experiências analisadas. Apenas sustenta que inexistem estudos sistemáticos que confirmem ou infirmem a tese, atribuída a SCHRAIBER¹³⁹, segundo a qual “são fadadas ao insucesso aquelas reformulações educativas que não correspondem, reflexamente, a rearranjos efetivos na prática médica”¹⁵⁰.

7.3. *Experiências no Campo da Saúde Coletiva*

No que se refere à formação em saúde coletiva, os cursos de medicina transformaram, nas últimas décadas, as antigas cátedras de Higiene em um conjunto de disciplinas que organizam o conhecimento sobre as dimensões preventivas e sociais das práticas de saúde. Todavia, os diferentes estudos e reflexões sobre a introdução das propostas dos movimentos da Medicina Integral, da Medicina Preventiva, da Medicina Comunitária, da IDA, entre outros, na escola médica convergem à conclusão, segundo a qual o “dilema preventivista” tem raízes mais profundas, relacionando-se com a organização social dos serviços de saúde e, em última análise, com a estrutura social que atribui distintos valores de uso e de troca à vida humana⁷.

Em pesquisa realizada na década de 70, os Departamentos de Medicina Preventiva e Social foram classificados em três modelos: o

mínimo legal, o liberal e o racionalizador¹³⁷. O primeiro era representado pelas escolas do Norte e Nordeste, com baixa produção de pesquisas e de extensão na comunidade. O modelo liberal era constituído por alguns departamentos que ainda buscavam integração com os departamentos clínicos, apesar das resistências, porém não priorizavam a articulação com os serviços de saúde. O modelo racionalizador foi identificado como tendência inovadora para a época, onde se incluíam os departamentos da Região Sul que desenvolviam programas de medicina comunitária e de regionalização/integração docente-assistencial.

Na passagem da década de 70 para a de 80 observa-se uma significativa produção teórica de Medicina Social no país e na América Latina, com ênfase em investigações realizadas junto aos cursos de pós-graduação, e uma expressiva articulação com os movimentos sociais presentes na conjuntura, de modo que as propostas de democratização da saúde passaram a redefinir dinamicamente as perspectivas da formação de recursos humanos em saúde coletiva¹¹².

Em abril de 1983, a ABRASCO e a ABEM promoveram uma Reunião Nacional de Docentes de Medicina Preventiva e Social envolvidos com o ensino de graduação, oportunidade em que foram discutidas a “grande diversidade de conteúdo programático e da metodologia de ensino, a heterogeneidade da bibliografia utilizada e as dificuldades com que se defrontavam os diversos Departamentos de Medicina Preventiva e Social”⁶¹. A partir dessa reunião foi organizado um Grupo de Trabalho, com representantes de 10 Departamentos de MPS do país, que elaborou uma proposta de conteúdo programático mínimo para a graduação, incluindo objetivos, metodologia e indicações bibliográficas, centradas nas ciências sociais, epidemiologia, planejamento, administração e organização em saúde⁶¹. Alguns departamentos do país incorporaram tais propostas documentando e avaliando suas experiências^{2,147,154,155}. Todavia, persiste a carência de estudos avaliando o ensino de saúde coletiva na graduação realizado pelos departamentos desse campo do saber, seja na área médica, ou nas demais profissões de saúde.

No âmbito da pós-graduação em saúde coletiva, senso estrito e senso lato, observa-se grande desenvolvimento na formação de RHS, inclusive com experiências inovadoras. Além dos cursos de mestrado

que buscavam marcos conceituais alternativos e considerados referências na América Latina, cabe um destaque para os cursos descentralizados de Saúde Pública da ENSP^{14,36} e para os programas de Residência em Medicina Preventiva e Social¹¹¹. Ambos têm sido objeto de acompanhamento, discussão e avaliação, e as experiências, relativamente, são bem documentadas¹⁰³.

Na década de 80 desenvolvem-se cursos especiais de aperfeiçoamento na área de planejamento (CAPSIS) e de recursos humanos (CADRHU) com o apoio das instituições de saúde, indicando a capacidade de mobilização da academia e dos serviços para atender prontamente às demandas do sistema de saúde nos momentos em que os dirigentes tomam decisões políticas corretas.

Mais recentemente, realiza-se, com o apoio do Centro Nacional de Epidemiologia (CENEPI), um conjunto de cursos em parceria com instituições de ensino, com grande flexibilidade programática na área de epidemiologia¹²¹, tendo a possibilidade de evoluírem para um programa de educação continuada/permanente em Saúde Coletiva¹²⁰.

7.4. Estratégias Inovadoras de Preparação de Pessoal de Saúde

Entre as experiências mais expressivas de formação de pessoal de saúde, envolvendo os serviços de saúde e algum apoio de instituições de ensino, conduzidas no Brasil, destaca-se o PPREPS, ou Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde⁶⁴. Suas origens encontram-se em 1974 quando o Ministério da Saúde compôs um grupo de trabalho para estudar a situação e as perspectivas dos RHS e propôs soluções a serem incorporadas no II PND (Plano Nacional de Desenvolvimento), no governo Geisel. Teve início efetivamente em 1976, através dos Ministérios da Saúde e da Educação, com a cooperação da OPS/OMS. Tinha como propósito “promover a adequação (quantitativa, qualitativa) da formação de pessoal às necessidades e possibilidades dos serviços, através de progressiva integração das atividades de capacitação na realidade do Sistema de Saúde”⁶⁴.

O PPREPS teve três objetivos principais:

- a) preparar em massa pessoal de nível médio (técnico e auxiliar) e elementar, para cobrir os déficits existentes e previstos, permitindo a extensão de cobertura e a melhoria dos serviços;
- b) apoiar a constituição, implementação e funcionamento de 10 regiões docente-assistenciais (IDA);
- c) apoiar o estabelecimento de Sistemas de Desenvolvimento de Recursos Humanos para a saúde em cada Estado da Federação, integrados aos sistemas de planejamento setorial respectivos.

Foram elaborados 16 projetos, dos quais 11 de Treinamento e Desenvolvimento de RHS, sob a responsabilidade das Secretarias Estaduais de Saúde; quatro de IDA, a cargo da Universidade; um de Tecnologia Educacional de Cooperação com os demais projetos, executado pelo então NUTES/CLATES⁶⁴.

Os resultados até 1978 indicaram 38.548 pessoas capacitadas, sendo 49,4% de nível elementar, 27,9% de nível médio e 22,7% de nível superior⁶⁴. Não obstante a defasagem desses números em relação a meta fixada para o primeiro ano do Programa (60.000), a relevância do mesmo, segundo TEIXEIRA¹⁵³ reside na “função específica ao interior da estratégia de reforma desenvolvida por setores institucionais vinculados ao projeto político racionalizador, qual seja, a de atuar como estímulo à institucionalização de ‘núcleos ideológicos modernizantes’, conjunto de práticas encarregadas de difusão e inculcação da ideologia de planejamento e da reforma na organização dos serviços de saúde”.

Esta contribuição do PPREPS, na implementação dos Centros ou Núcleos de Desenvolvimento de Recursos Humanos nas Secretarias de Saúde dos Estados, significou a possibilidade de formação de intelectuais orgânicos, não somente para um projeto racionalizador, mas também para o movimento de democratização da saúde que constituiu o projeto da Reforma Sanitária Brasileira. Assim, o debate político em torno do PREV-SAÚDE, do Plano do CONASP e das Ações Integradas de Saúde (AIS)¹⁴⁵ encontrou nesses “núcleos ideológicos modernizantes” espaço importante para a sua difusão. Do mesmo

modo, as discussões preparatórias do VIII CNS e a própria realização da I CNRHS tiveram a colaboração dos grupos técnicos participantes desses núcleos.

Com a implantação dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS) e, posteriormente, com a sua evolução para o SUS, esses núcleos passam a implementar outras iniciativas de caráter renovador: o Projeto Larga Escala¹³⁶ e o programa de capacitação de Agentes Comunitários de Saúde⁹⁴. Essas experiências em curso, embora vinculadas a aspectos mais parciais da formação de pessoal de saúde, requerem um acompanhamento e avaliação sistemáticos de modo a revelar a sua real contribuição^{95,163}. Alguns estudos publicados^{37,45} destacam aspectos positivos do Projeto Larga Escala, apesar da existência de obstáculos de diversas ordens³⁷.

Presentemente, encontra-se em desenvolvimento o Programa UNI - Uma Nova Iniciativa⁶⁷, envolvendo a comunidade, os serviços de saúde e a universidade com as suas unidades de ensino na área da saúde. Algumas das suas experiências começam a ser divulgadas^{4,62} e apontam para propostas bastante interessantes.

8

A ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS E AS POLÍTICAS DE SAÚDE DO BRASIL NA DÉCADA DE 90

Estudos e reflexões oriundos de diferentes matizes ideológicos ou correntes teóricas apontam para a diversificação e expansão do setor privado de saúde na passagem da década de 80 para a de 90, acompanhado de um estancamento e deterioração dos serviços públicos. Num contexto de crise econômica, com altos índices inflacionários, desemprego e achatamento salarial, as políticas de ajuste impostas pelos organismos financeiros internacionais para a renegociação do pagamento da dívida externa, reduzem drasticamente os gastos públicos, com repercussões imediatas e de longo prazo nos setores de saúde, educação e científico-tecnológico. Tratam-se, portanto, de setores intimamente vinculados à problemática dos RHS.

Neste contexto acirram-se as lutas ideológicas e políticas no que diz respeito aos distintos projetos de sociedade, particularmente no que se refere ao papel do Estado na economia e na ordem social. Discute-

se desde a Reforma do Estado ao seu “achicamiento”, entre as tendências estatizantes, socializantes e liberais ou neo-liberais, culminando com o conturbado processo da Reforma Constitucional do ano de 1994.

Os serviços de saúde dependentes de recursos públicos, além do sucateamento progressivo, entram em colapsos periódicos devido aos atrasos de pagamento às instituições e organizações componentes do SUS. O brutal arrocho salarial dos servidores públicos tem proporcionado demissões voluntárias, redução de carga horária efetivamente trabalhada, múltiplos vínculos empregatícios, movimentos grevistas⁴⁷ com graus crescentes de radicalização (alguns paralisando até serviços de urgência e emergência), descompromisso com os serviços públicos, maus-tratos dos usuários e a disseminação de posturas corporativistas nas práticas de diversas entidades. Quadro semelhante também se observa nas instituições de ensino, comprometendo ainda mais as propostas inovadoras que defendem a articulação ensino-serviço.

Paralelamente, aprofunda-se o processo de capitalização da saúde com expansão da assistência médica supletiva (AMS), centrada na medicina de grupo, no seguro-saúde, nas cooperativas médicas e em planos especiais de empresas⁸⁴. Essa modalidade assistencial, apesar de impedir o médico de controlar a clientela e o preço do seu trabalho, cria aparentemente uma imagem positiva perante o profissional, ao acenar com certo grau de autonomia (atípica) na medida em que pode atender os segurados/usuários em seus consultórios particulares.

Esses processos ocorrem justamente num período em que a sociedade brasileira conquistou uma legislação sanitária³⁰ considerada avançada por referência à garantia do direito à saúde disposta em Constituições de países europeus desenvolvidos. Ainda que os determinantes mais significativos desses processos localizem-se na base econômica da sociedade, particularmente nas relações entre o setor saúde e o *complexo médico, industrial-financeiro*, as crises políticas, os remanejamentos e substituições frequentes de ministros e dirigentes da saúde, o dismantelamento de equipes técnico-administrativas e a baixa prioridade da saúde nas políticas do governo, especialmente no que tange à destinação de recursos orçamentários e à execução financeira, comprometem com maior intensidade a situação de saúde na presente década¹¹⁹.

A realização da IX Conferência Nacional de Saúde em agosto de 1992, no que pese a oportunidade de mobilização da sociedade, não obteve

a visibilidade nem o impacto político necessários para colocar a saúde nos centros de decisões dos governos e da sociedade. Na realidade, as teses centrais discutidas e registradas no Relatório Final da IX CNS³⁴, praticamente ratificam as conclusões da VIII CNS. “*Cumpra-se a lei*” e a “*Municipalização é o caminho*” representam significativos “slogans” que indicam as próprias dificuldades da conjuntura “*fora - Collor - Itamar - presidente*”. Reflexo dessas perplexidades é o título do principal documento da política de saúde aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde, em 1993:

*Descentralização das Ações e Serviços de Saúde:
a Ousadia de Cumprir e Fazer Cumprir a Lei*⁶⁶.

O próprio Ministro da Saúde daquele momento chegou a desejar “que em futuro próximo cumprir e fazer cumprir a lei não seja mais ousadia, senão que prática rotineira, em uma sociedade justa e solidária”⁶⁶. Tal aspiração, no entanto, parece colidir com as próprias conclusões de um dos mais lúcidos e brilhantes cientistas sociais brasileiros:

*“Erraram os teóricos, equivocaram-se os políticos e frustraram-se os reformistas. Os primeiros erraram ao considerar que a transição democrática no Brasil foi, apenas, uma transição pactuada. Os segundos equivocaram-se ao construírem suas estratégias democratizantes sobre o suposto de que a crise econômica que o Brasil enfrentava, desde o início da década de oitenta, era conjuntural e não comprometeria jamais uma estrutura industrial solidamente construída e preparada para o salto rumo a uma sociedade democrática e de consumo de massas. Frustraram-se os últimos, por fim, ao acreditar que apenas a força das leis e das reformas administrativas era suficiente para ampliar a cidadania e comprometer o Estado com suas responsabilidades democráticas liquidando assim, longa dívida social de nossas elites e do poder público com a grande maioria da população”*⁵⁰.

A crueza dessa análise ao dissecar os equívocos e a realidade dos últimos tempos, desnudando utopias e quimeras, não deve, entretanto, embotar a iniciativa, a criatividade e a paciência histórica. Serve para encarar com outros olhos a vida real, refinando as ferramentas conceituais, teóricas e metodológicas para compreender e intervir na realidade. Esforços nesse sentido têm sido empreendidos para a retomada do processo da Reforma Sanitária Brasileira. Mesmo compreendendo que o mundo mudou, que derrubaram o Muro de Berlim, que o Brasil já não é o mesmo, percebe-se que *a miséria ainda é a mesma*. Talvez pior... O quadro sanitário perverso, as epidemias, a fome, as mortes e a violência nas cidades e no campo, a doença desassistida, como diria Ulisses Guimarães, continuam ingovernáveis! Portanto, continuam também, necessários o estudo da realidade concreta e a busca de alternativas para a situação de saúde da população brasileira.

O texto de Mendes⁸⁴ sobre a trajetória do projeto hegemônico de saúde no Brasil faz justiça a esses esforços ao indicar mudanças significativas na organização dos serviços de saúde na passagem das décadas 80-90. Assim o chamado modelo médico-assistencial privatista, construído ao longo da década de 70, vai sendo substituído pelo “projeto neo-liberal”, nos anos 80. Este seria composto por três subsistemas: o subsistema de alta tecnologia (SAT), o subsistema da assistência médica supletiva (SAMS) e o subsistema público (SP). Os movimentos de reacomodação dos segmentos que compunham o modelo médico-assistencial-privatista concentraram-se especialmente no subsistema privado contratado. Este, hegemônico na década de 70, subdivide-se em moderno e tradicional. O primeiro descola-se do subsistema estatal (SE) e reforça o SAMS. O segundo mantém-se dependente do SE, sofrendo também as conseqüências das políticas recessivas e dos cortes nos gastos públicos e passando a constituir o subsistema público (SP) junto aos serviços de saúde federais, estaduais e municipais. Para Mendes⁸⁴ “tais subsistemas têm lógicas de estruturação distintas, complexidades tecnológicas diversas, clientela discriminada, interlocutores políticos diferenciados e modos de financiamento próprios. Contudo (...) não constituem blocos homogêneos”.

O SAT, para atender 2 a 3% de população (entre 3 a 4,5 milhões de brasileiros), consome mais de 30% dos recursos do SUS. O SAMS

cobre 22% da população brasileira, com um faturamento de US\$ 1,85 bilhões em 1987 e de US\$ 2,42 bilhões em 1989⁸⁴.

O SP, presentemente reconhecido como SUS, é responsável por atender 120.000.000 de brasileiros. Essa responsabilidade pode ser maior já que não se deve abater de sua atenção os segmentos populacionais cobertos pela assistência médica supletiva. Estes, na realidade, também utilizam os serviços públicos especialmente nos casos de atendimento de urgência/emergência. O consumo de serviços dos hospitais públicos, sem ressarcimento dos gastos com os usuários dos seguros-saúde, medicina de grupo, cooperativas médicas, também se verifica para um conjunto de patologias (doenças de notificação compulsória, doenças mentais, defeitos congênitos, câncer, doenças crônicas, dentre outras) e de procedimentos de alto custo que termina por onerar ainda mais o orçamento público, responsável pela manutenção do SUS, em última análise. Toda a polêmica criada com a Resolução 1.401/93, do Conselho Federal de Medicina (CFM)²⁰, advém exatamente das iniquidades e exclusões produzidas pelo SAMS. Somente a regulamentação desse subsistema, a partir do primado do interesse público, poderá reduzir as grandes distorções por ele geradas.

Na realidade são inúmeras as críticas, cientificamente fundadas, e pródigos os adjetivos, eticamente indignados, contra esse modelo de organização de serviços de saúde no Brasil. Desde 1979, DONNANGELO⁴³ identifica onde radica a medicina convencional praticada no Brasil. E em "Logias e analogias"¹⁹ um saudosos poeta já dava o seu recado:

*"No Brasil a medicina vai bem
mas o doente vai mal
Qual o segredo profundo
desta ciência original?
É banal: certamente
não é o paciente
que acumula capital".*

Mesmo relevando a indignação ou a ideologia do Cacaso não deixa de ser desafiante pensar em mudanças nos modelos assistenciais hegemônicos e lutar pela reorientação das políticas de saúde e pela reorganização dos serviços. Para os que tem compromisso com a vida e

com a defesa da saúde de cada pessoa e de toda a população é impen-sável a superação dessa situação de saúde sem uma Reforma Sanitária sustentada por um novo bloco de poder. E para os que tem responsabilidade com a formação e desenvolvimento dos RHS é indispensável identificar oportunidades, exercitar a criatividade, produzir fatos e acumulações sociais que contribuam para a construção de uma sociedade menos hostil para seus cidadãos.

9

REPENSANDO A QUESTÃO DO SISTEMA DE SAÚDE

A organização social das práticas de saúde nos países capitalistas tem-se caracterizado por adotar modelos que fragmentam as ações em individuais e coletivas, submetidas a lógicas distintas. Embora na emergência do capitalismo predominassem as práticas sanitárias voltadas para o ambiente e conjuntos populacionais - padrão que permanece até o século XIX^{52,151} -, as reacomodações que ocorrem com o nascimento da clínica, com a reorganização do hospital⁵² e com a chamada “revolução bacteriológica”, como parte das mudanças da estrutura das sociedades, criaram as bases para a hegemonia da prática médica no século XX¹⁵¹. O Relatório Flexner¹⁵ permite a reatualização da escola médica diante do modelo médico hegemônico (MMH)⁸⁷ que então se formava, propiciando as articulações orgânicas entre a medicina e o complexo médico-industrial. Os diversos movimentos de reforma na educação médica e na formação dos demais profissionais de saúde, que emergiram no presente século¹¹³, não conseguiram superar o MMH.

As organizações de saúde que se vão conformando nos países ocidentais, com distintos graus de intervenção estatal a depender da dinâmica político-ideológica de cada formação social, constituem-se, na

realidade, em *sistemas de assistência médico hospitalar*, isto é, sistemas de assistência a doentes ou sistemas de controle de doenças. Não chegam a ser *sistemas de serviços de saúde*, conforme a terminologia adotada em documentos técnicos da OPAS/OMS⁶⁸, já que o componente saúde é mínimo se comparado com a preocupação com a doença, a incapacidade e a morte. Conseqüentemente, conceber *sistemas de saúde* significa reconhecer os limites e alcances dos componentes do sistema de assistência médico-hospitalar e admitir o desenvolvimento dos sistemas de serviços de saúde na perspectiva da integração das ações preventivas e curativas dentro do setor saúde. Implica também vislumbrar intervenções inter-setoriais¹⁵² ou transeitoriais que promovam a saúde e respondam efetivamente ao perfil epidemiológico da população¹²².

Nessa passagem de milênio uma das tarefas intelectuais mais instigantes será a de fundamentar uma concepção e uma prática vinculadas à *idéia de saúde*^{40,71}. Saúde como modo inédito de andar a vida, doença como forma de vida recusada pela vida²². Saúde como alegria, gozo estético, prazer, axé (energia), solidariedade, qualidade de vida (e de morte), felicidade, enfim.

Se o Relatório Beveridge¹²⁶, matriz doutrinária do “Welfare State”, apontava os cinco monstros que ameaçavam a população - pobreza, doença, ignorância, miséria e indolência - trata-se agora de lembrar, como o fez NAJERA e col⁹⁷, que tais monstros representam, em verdade, uma usurpação de cinco grandes valores humanos - riqueza, saúde, cultura, dignidade e ânimo. Ao recorrer ao enfoque epidemiológico na formulação de políticas e na formação de recursos humanos os autores indicam a necessidade de responder algumas perguntas, considerando as bases econômico-financeiras, tecnológico-organizativas e científico-filosóficas que sustentam um sistema de saúde. No primeiro caso cabe indagar *como pagar e quando pagar*. No segundo caso trata-se de perguntar *o que pagar*, já no terceiro caso, questiona-se *para quem e para que*.

Desde a implantação tortuosa do SUDS/SUS no Brasil o debate tem-se concentrado nas perguntas relativas as bases econômico-financeiras, particularmente *como pagar*. Isto é compreensível num país cujo gasto federal com assistência a saúde, em termos reais, chega a atingir uma taxa de crescimento anual de 43,7%, como ocorreu entre

os anos de 1986 e 1987 e, mesmo assim, não alcança os 45 dólares per capita⁸⁰. Enquanto a participação da assistência médica na estrutura de gastos da previdência social na década de 80 girava em torno de 25%, no ano de 1987, com o desenvolvimento das Ações Integradas de Saúde (AIS) para o SUDS, tal participação chegou a alcançar o patamar de 37,9%. Nos dias atuais o debate se volta para redução da parcela da saúde para menos de 20% dos gastos da seguridade social. A proposta orçamentária inicial de 1994 previa para a assistência a saúde menos de 25 dólares per capita. Conseqüentemente, a luta pelos 14 bilhões de dólares para a saúde, no âmbito federal, o que corresponde a cerca de 5% do PIB, teve como propósito alcançar os 45 dólares per capita de sete anos atrás. O que já não era nenhuma maravilha...

Perguntas referentes ao *que pagar, para quem e para que* desenvolver ações são postas em plano secundário, quando não consideradas “teóricas” ou fora da realidade. O questionamento dos modelos assistenciais dominantes, bem como a busca e experimentação de modelo assistenciais alternativos, fundamentados em outros pressupostos e saberes, representam esforços de problematização das bases tecnológico-organizativas e científico-filosóficas do sistema de saúde. Ambos começam a se expandir, contraditoriamente, no Brasil. O desenvolvimento de distritos sanitários¹²³ e de modelos de vigilância à saúde^{85,121}, vinculados a processos reais de descentralização/municipalização de serviços e ações, expressam acumulações relevantes para a transformação de sistema de serviços de saúde em sistemas de saúde. Constituem movimentos táticos, dentro das estratégias de redefinição das políticas de saúde, ainda que frágeis para influir na agenda política do setor.

A definição da saúde como objeto de *políticas públicas saudáveis* (PPS)¹²⁵ pode encontrar ressonância no âmbito da sociedade, sobretudo entre os chamados “formadores de opinião”, na medida em que se consiga ultrapassar a visão clínica de doença e, conseqüentemente, a sua vinculação à assistência médico-hospitalar. Essa perspectiva transetorial permite “assumir a saúde como eixo orientador das políticas sociais e articulá-la às políticas econômicas e pode ser um passo importante, enquanto não prevalecer uma concepção globalizante do desenvolvimento da sociedade brasileira”¹¹⁴. A formulação de uma “teoria de desenvolvimento sócio-cultural para a saúde”¹²⁵ pode

ainda ajudar a introduzir, nas práticas de saúde, informações e saberes diversos provenientes dos campos da antropologia, das artes, da comunicação social, dentre outras.

Não custa lembrar que “a Reforma Sanitária, mais do que legislativa e institucional é principalmente um movimento social e cultural”¹²⁹. A extensão e profundidade de suas intervenções depende da dinâmica da sociedade, sobretudo tendo em conta seus vínculos concretos com as instâncias econômicas, políticas e ideológicas¹¹⁵.

Reorientar o *sistema de saúde* para ações promocionais, para a eliminação ou redução de riscos (sobretudo ambientais, ocupacionais e do consumo de produtos e serviços)¹⁶, para a prevenção de doenças e agravos e, complementarmente, para a assistência médica¹⁵⁸, constitui proposição coerente com a concepção e a prática vinculadas à idéia de saúde assinalada anteriormente. Assim, o questionamento da assistência médico-hospitalar, face aos custos crescentes, à inefetividade de muitas tecnologias sem avaliação científica, à iatrogenia e à medicalização da vida social¹⁶¹, conduz à necessidade de redefinição do sistema de saúde. Esta encontra no esboço de modelos para a vigilância à saúde (VS)^{121,122} possibilidades de articulação de políticas públicas saudáveis, de caráter transectorial, com as práticas sanitárias reorganizadas no sistema de serviços de saúde. Isto significa entender os serviços de saúde como efetores do modelo operatório de vigilância à saúde sem que sejam os *únicos* nem os mais importantes. O conhecimento e o método epidemiológico podem fornecer significativa contribuição para a vigilância em saúde¹⁵¹, ainda que a antropologia (e outras ciências sociais), a filosofia, a arte e a comunicação social tenham também o que informar a respeito de um conceito não medicalizado de saúde.

A mudança do sistema de saúde não corresponde a mais um modismo estimulado pelas organizações internacionais de saúde⁵ nem uma “expição de culpa” do Banco Mundial quando propõe políticas de ajuste mas “investindo em saúde”¹⁶⁴. É vista como indispensável mesmo em países que gastam mais de 2,000 dólares per capita com assistência a saúde e cujas sociedades já não estão mais dispostas a comprometer 10 ou 12% do seu PIB com um sistema de serviços de saúde estruturado pelo modelo médico hegemônico. No caso do Canadá, o setor saúde consome quase 30% dos orçamentos das províncias, e a

assistência hospitalar representa 45% do gasto público em saúde⁵⁸. Nos últimos vinte anos vem buscando mudar o modelo de assistência a saúde^{156,157}, seja em função das concepções do Relatório LALONDE⁷⁰, seja em função de suas políticas de ajuste para a conformação do bloco comercial com os EUA⁵⁸. Segundo GODUE e DUSSAULT⁵⁸ “a opção que se mantém por ora é a de um sistema melhor administrado, mais centrado nos resultados. A planificação e a gestão dos recursos humanos reveste-se de suma importância”.

No caso brasileiro, a retomada dos fundamentos da Reforma Sanitária que apontavam para uma concepção ampliada de saúde, isto é, que não se limitavam ao sistema de serviços de saúde nem às modalidades assistenciais médico-hospitalares, é uma demanda concreta do quadro sanitário dramático verificado no país, expressão das necessidades sociais de saúde. A defesa da vida, além da sua qualidade¹⁵¹, a luta contra a fome e a miséria, bem como o atendimento aos doentes não podem restringir-se ao escopo do Sistema Único de Saúde. O enfrentamento das “causas externas” de mortalidade¹⁶⁶, das velhas e novas endemias e epidemias de doenças transmissíveis, das doenças do aparelho circulatório e das neoplasias controláveis que conformam o perfil epidemiológico da população brasileira¹²⁷ exige outro tipo de sistema de saúde, centrado em modelos assistenciais alternativos^{122,140,142}.

A idéia de sistema de saúde, com base em intervenção intersectorial¹⁵¹ ou transectorial mediada por operações/ações desenhadas em função da vigilância à saúde, parece requerer uma nova formação de opinião pública, através da ênfase na comunicação social “de mão dupla” e dos movimentos de RHS, capazes de produzirem lideranças institucionais e sociais avançadas^{48,131} no sentido de “reproblematizar” e “publicizar” a questão saúde.

A reorientação dos componentes do sistema de saúde no Brasil supõe a reflexão sobre as seguintes questões:

- a) Quais são os vazios teóricos, metodológicos e operativos?
- b) O que é desejável e necessário?
- c) O que é viável e factível?

- d) Quais os grandes obstáculos para a Reforma Sanitária? Como superá-los?
- e) Quais são as principais áreas-problema do SUS? Como equacioná-las?
- f) Que sistema de saúde privilegiar? Que subsistema de serviços de saúde, diferenciado quanto ao acesso, qualidade e recursos, priorizar na formação e utilização de RHS? Como reorientar tal formação?

10

PROPOSTAS DE MUDANÇA NA FORMAÇÃO DO PESSOAL DE SAÚDE

A reorientação da formação dos profissionais de saúde enfrenta-se com a matriz flexneriana que, apesar de questionada, tem demonstrado fôlego no presente século, até em países que introduziram mudanças significativas na organização dos serviços de saúde¹¹⁶. A instrumentalização pela clínica, a acumulação do capital no complexo médico-industrial, as facilidades em gerar tecnologias materiais, a relativa eficácia simbólica ou real e a assimilação cultural pelos países ocidentais, tornam o flexnerianismo a ideologia dominante no contexto supra-estrutural do modo de produção dos agentes das práticas de saúde. Os sucessivos movimentos ideológicos surgidos como alternativas ao modelo pedagógico flexneriano, além de não substituí-lo, permitiram a sua reatualização pela assimilação de alguns elementos inovadores de outros projetos, como a ampliação das relações com os serviços de saúde e a comunidade, desde que não alterassem a compartimentalização dos espaços da prevenção e da cura ou não restringissem a capitalização da saúde. Como advertiu BARBOSA¹² “modernização pode

simplesmente criar maiores resistências às mudanças, mudando as aparências para não mudar o essencial”.

Assim, o espaço de atuação que se delinea para os projetos de reforma na preparação de RHS tende a limitar-se nas tentativas de articulação ensino-serviço, tendo os pobres como objeto (e não para o conjunto dos cidadãos como defendia a Reforma Sanitária), e na resistência contra o sucateamento das universidades e serviços de saúde públicos. Movimentos de reforma curricular, enquanto vias de conscientização e organização das forças institucionais comprometidas com a democratização da saúde e com a melhoria da qualificação do profissional médico, podem representar esforços positivos, ainda que restritos¹¹⁶.

A persistência da crise da formação dos RHS vinculada à crise mais ampla do setor saúde conforma um contexto de permanente tensão, não obstante a “modernidade” defendida por velhos e novos movimentos ideológicos. Desde os anos 70 sabe-se por exemplo que “o ensino médico participa da crise de realização do setor na medida em que continua formando profissionais com as características anunciadas, mas, simultaneamente, define sua crise específica ao questionar a adequação de seus graduados às necessidades da população. Como decorrência deste questionamento cria-se uma crise ideológica consubstanciada na revisão dos procedimentos educacionais, de avaliação, e do paradigma hospitalar como centro do setor educacional”⁸.

Assim, nos dias atuais já não pode haver perplexidade diante da crise de formação dos RHS. Seus determinantes - externos (interesses capitalistas médico-industriais-medicamentos, equipamentos, descartáveis, etc., organização dos serviços de saúde, mercado de trabalho e política de saúde do Estado) e internos (desintegração básico-profissional, biológico-social, especialismo e domínio da ideologia da medicina liberal, conservadorismo docente, desarticulação ensino-serviço, etc.) já são identificados, tendo reconhecida a articulação dialética entre ambos. Problemas técnico-pedagógicos podem ser enfrentados (definição de objetivos educacionais, capacitação pedagógica de docentes, uso de tecnologia educacional apropriada, recurso a práticas relevantes, auto-aprendizagem, técnicas de avaliação, etc.) embora admita-se que, enquanto prática social, a formação do pessoal de saúde para ser

redefinida requer uma incursão ampliada na esfera do político. Supõe mudanças nas relações de poder das instituições de ensino e de serviços de saúde, mas, sobretudo, do Estado e da sociedade.

A difusão de ideologias modernizantes através dos movimentos de reforma em saúde^{24,98}, ainda que relevante para o componente cultural do projeto político de transformação do ensino, tem sido insuficiente para promover alterações significativas e continuadas na formação dos RHS. Portanto, há que se colocar os aspectos técnicos e ideológicos das práticas educativas nos seus devidos lugares e encarar o espaço político em que se tem de mover qualquer projeto conseqüente de mudança.

A conquista de aliados para este projeto, numa correlação de forças desfavorável, demanda a identificação de cenários prováveis e a formulação de políticas específicas¹⁶⁷. Requer a explicação do marco conceitual e dos princípios e teorias pedagógicas, coerentes com a imagem-objeto considerada, além da definição de estratégias e táticas visando a construir viabilidade para o projeto⁷⁷ mediante a instauração de uma nova hegemonia (direção política e cultural)¹⁸ em determinado tempo político.

No caso brasileiro, é importante ressaltar que os núcleos ideológicos inovadores no interior das instituições de ensino têm, cada vez mais, uma consciência crítica tanto em relação ao perfil dos RHS necessários quanto dos limites e possibilidades da sua formação dentro de cada conjuntura de saúde. Embora reconheçam que mudanças mais significativas tendam a ocorrer a partir de modificações mais substanciais na organização dos serviços de saúde (redefinição das modalidades e dos modelos assistenciais) e, em última análise, na mudança da estrutura da sociedade e do perfil do Estado e dos seus aparelhos, admitem que reformas no ensino e na estrutura de prestação de serviços de saúde possam ser introduzidas, progressivamente, mediante a produção de fatos no aparelho escolar e na rede de serviços que possibilitem um repertório e um acúmulo de experiências e saldos organizativos através da articulação de movimentos sociais com instâncias jurídico-políticas (parlamento, governo federal, estadual e municipal, e outros), que influam nas regras básicas da sociedade e na própria visão de mundo. Busca-se, desse modo, a ampliação dos direitos sociais e a consolidação e o aprofundamento do estatuto da cidadania.

No plano cultural, a revisão dos diferentes movimentos da reforma em saúde que sucederam o flexnerianismo (Medicina Integral, Medicina Preventiva, Medicina Comunitária, Integração Docente-Assistencial, Medicina da Família, e outros)^{112,113} e que influenciaram doutrinariamente o ensino das profissões de saúde no Brasil aponta, contudo, que não foram capazes de informar um projeto alternativo e crítico, consistente com uma análise científica da realidade brasileira. É possível, no entanto, que o desenvolvimento da Medicina Social no Brasil, a partir da década de 70, tenha fornecido alguns conceitos básicos e estratégicos para a formulação de um projeto crítico e alternativo de formação de RHS para os anos 90. Nesse sentido, caberia recuperar a produção teórica daquele período e resgatar diferentes experiências ensaiadas capazes de auxiliar a construção de um projeto autóctone que supere a “modernização reflexa” da Universidade e a sua indigência no desenho e na implementação de novas utopias. Ao intencionalizar suas formas de ação a Universidade estaria contribuindo para a direcionalidade do projeto de mudança¹¹⁵.

Mesmo se considerando os limites das reformas curriculares e das mudanças setoriais numa conjuntura desfavorável, é importante apoiar tais iniciativas, pelo menos, por ampliar o debate sobre desenvolvimento de RHS e políticas de saúde entre professores e estudantes bem como entre as entidades profissionais e os serviços de saúde. O reconhecimento de um cenário restritivo, de crise econômica, social e sanitária, não invalida o crescimento de um processo participativo no interior das instituições de ensino, sinérgico à luta maior pela democratização da saúde e da educação brasileira. Esse processo político poderá ensejar o aparecimento de segmentos inovadores e novas lideranças, mesmo em instituições dominadas por grupos retrógrados, dispostos à impedir, a qualquer custo, as tentativas de mudança. Liderança e militância só emergem da luta. Nela se exercita a solidariedade, formam-se quadros, integra-se o pensamento e a ação e, também, aprofundam-se o compromisso e a consciência política e social. Daí a relevância de iniciar processos, mesmo em conjunturas desfavoráveis.

Desse modo um movimento cultural em torno de um dado projeto de formação de RHS pode transformar-se em movimento político de maior vulto e, alterando a correlação de forças institucionais, imprimir

certas inovações nos currículos facilitando a inserção de alunos e docentes nas práticas mais amplas da saúde e da sociedade. Segundo HABERMAS⁶⁵, “frente a algumas tentativas sectárias haveria que reparar hoje (...) que no capitalismo tardio resulta talvez (...) mais importante a modificação das estruturas do sistema educativo geral que a ineficaz instrução de quadros ou a construção de impotentes partidos”⁶⁵.

Essas mudanças em vez de se apresentarem como uma “modernização conservadora”, imposta autoritariamente como fora a Reforma Universitária de 1968¹¹⁵, deverão constituir propósitos de uma prática democrática a ser apreendida/aprendida pelos grupos envolvidos no processo. O reconhecimento da pluralidade de concepções sobre o desenvolvimento de RHS e sobre as políticas de saúde, bem como a diversidade das forças político-ideológicas das instituições permearia o debate livre das idéias e a convivência democrática na construção de uma outra hegemonia⁶⁰, calcada no comprometimento e no consenso ativo dos agentes envolvidos no processo. Para tanto faz-se indispensável a estruturação de forças políticas organizadas dentro e fora das instituições de ensino capazes de sustentar a viabilidade desse projeto. Esses movimentos supra-estruturais não podem, entretanto, subestimar as condições infra-estruturais sobre as quais se assenta a formação de RHS (hospitais, bibliotecas, ambulatórios, materiais instrucionais, equipamentos comunitários, e outros) nem as tendências objetivas que se enfrentam no mercado de trabalho, seja para a capitalização da saúde, seja para a “publicização” dos serviços de saúde. Como acentuava GARCIA⁵⁵ “a prática médica, a formação de pessoal de saúde e a produção, seleção e distribuição do conhecimento estão ligados à transformação histórica do processo de produção econômica”.

Assim, uma das visões contemporâneas de formação de pessoal de saúde passa por uma antiga formulação teórica: o homem se relaciona com a natureza e com outros homens através do trabalho. Este constitui-se no elemento fundamental de qualquer prática e, conseqüentemente, de qualquer processo de transformação. A estratégia com maior potencial de viabilizar mudanças na formação desses agentes é atuar sobre a estrutura das práticas de saúde, articulando, cada vez mais intensa e organicamente, o mundo do ensino ao mundo do trabalho. O que significa esta proposição?

Assumindo-se as instituições de ensino como um dos espaços privilegiados do processo de formação dos agentes das práticas de saúde, deve-se examinar a influência da organização dos serviços de saúde sobre tal formação, identificar as tendências históricas das modificações dessas práticas e utilizar a autonomia relativa que a academia dispõe para contribuir na reestruturação das práticas dominantes. A revisão dos currículos pode ser uma medida necessária para a reatualização das instituições face à reorganização das práticas de saúde, porém insuficiente para alterar o modo de produção desses agentes¹¹⁶.

Na medida em que o Sistema Único de Saúde (SUS) possa respeitar os princípios da universalidade do direito à saúde, da equidade, da integralidade do cuidado, da regionalização e hierarquização dos serviços, da participação social, a crítica aos currículos vigentes será facilitada e deverá ensejar mudança no relacionamento do ensino com o trabalho em saúde. Desse modo, as instituições de ensino seriam problematizadas no processo de redefinição dos serviços de saúde e de implantação do SUS, instaurando um novo patamar de articulação ensino-serviço. Cumpre lembrar, apenas, a advertência de MOTTA⁹⁶: “Torne realistas e revise periodicamente as expectativas e aspirações individuais com relação aos resultados da mudança para evitar aspirações infundadas, expectativas ultrapassadas, decepções e resistências posteriores”.

10.1 Distritos Sanitários e Reorientação das Práticas Educativas e Sanitárias

Entendendo o currículo como um plano de estudos para solução de problemas de complexidade crescente e não como um recorte mais ou menos arbitrário de matérias e disciplinas, poder-se-ia programar a oferta de oportunidades de aproximação de docentes e alunos à rede regionalizada e hierarquizada de serviços de saúde, organizada através da instalação dos distritos sanitários, capazes de evolüem para distritos docente-assistenciais.

O distrito sanitário docente-assistencial (DSDA) é um tipo especial de sistema local de saúde que conta com a participação da Universidade nas atividades de ensino, pesquisa e prestação de serviços, mediante adoção de uma programação unificada, envolvendo a rede de

serviços vinculada do SUS. O desenvolvimento de DSDAs pode ser orgânico aos propósitos de favorecer a interdisciplinaridade, multiprofissionalidade e a intersetorialidade visando à redefinição das práticas de saúde¹²⁴. É coerente com a concepção de Integração Docente Assistencial (IDA) formulada por VIDAL e QUIÑONES¹⁶²:

“processo de crescente articulação entre instituições de educação e de serviços de saúde para melhorar a atenção à saúde, orientar a produção de conhecimento e a formação de pessoal e tomando como base o perfil epidemiológico num determinado contexto populacional e regionalizado, que permita a continuidade do processo educacional (processo de educação permanente) que nasça do trabalho e seja capaz de transformá-lo”.

Encontra ainda respaldo entre as proposições aprovadas na II Conferência Nacional de Recursos Humanos em Saúde.

Nessa perspectiva, todo o estudante de graduação, por exemplo, desde o primeiro ano, teria a oportunidade de realizar atividades extramurais junto à comunidade residente nos distritos sanitários e, progressivamente, prestar serviços educativos, preventivos e curativos (comunitários, ambulatoriais e hospitalares) à medida que viesse a progredir no plano de estudos. Esta seria uma forma de superar a dicotomia ciclo básico/ciclo profissional no caso da medicina, de exercitar métodos inovadores de ensino e de contornar as discussões intermináveis sobre créditos e conteúdos de disciplinas. A partir desse desenho de plano de estudos, as instituições de ensino contribuiriam oportunamente com conteúdos de conhecimentos, habilidades e condutas em função de problemas concretos expostos pela realidade e analisados pelos discentes, docentes e trabalhadores dos serviços de saúde. Este trabalho coletivo produzido seria útil, portanto, à formação do aluno, à educação continuada dos profissionais dos serviços, à reatualização dos docentes em relação a novos objetos de estudo e pesquisa, bem como à construção solidária do novo sistema de saúde.

10.2. O Processo da Reforma Sanitária e a Formação de RHS

Assumindo-se a Reforma Sanitária enquanto um processo^{9,156} significa entendê-la como algo em movimento, criado e recriado a cada momento na dependência da reorganização das vontades coletivas e das flutuações de conjunturas, definidas, concretamente, pela correlação de forças políticas econômicas, sociais e institucionais. Conseqüentemente, não teria cabimento imaginar uma data em que se afirmasse: “aqui começa a Reforma Sanitária e, portanto, vamos a partir de hoje readequar a formação de pessoal e reorientar o processo ensino-aprendizagem”. Ao contrário, a academia precisa estudar e monitorar a variação do estado de saúde e de seus determinantes e o desenvolvimento da organização social dos serviços de saúde, através de estudos epidemiológicos e da análise das políticas de saúde. Deve atuar sobre a estrutura das práticas de saúde, mediante o ensino, a pesquisa e a extensão a fim de interagir dinamicamente com o processo da Reforma Sanitária. Esta interação, no entanto, enfrenta-se com diferentes tipos de contradição.

Em primeiro lugar, existe a inércia ou resistência da universidade, particularmente da escola médica, com relação ao engajamento nesse processo.

Em segundo lugar, ocorrem avanços e retrocessos nas conjunturas com reflexos na reorganização dos serviços de saúde, ocasionando euforias e desilusões, inibindo até mesmo iniciativas já assumidas pela academia na articulação com o sistema de saúde.

Em terceiro lugar, existem contradições específicas nas instituições acadêmicas, quer na questão da coerência dos seus marcos conceitual e teórico com suas práticas de ensino, pesquisa e extensão, quer na falta de organicidade dessas práticas com as políticas definidas, quer, enfim, na pouca consistência dessas políticas e dos seus marcos conceitual e teórico com a situação objetiva dos docentes, servidores técnicos-administrativos e discentes, esgarçados por distintas pressões e interesses que conformam suas condutas (posição de classe, ideologias sanitárias, especialização, financiamento de projetos, partidatismo, entre outros).

O entendimento da complexidade dessas contradições não deve conduzir à perplexidade e ao imobilismo. Ao contrário, pode estimular a revisão das experiências vividas^{109,110} e a sua crítica assim como o desenho de estratégias que permitam o enfrentamento das mesmas e a viabilização de objetivos de curto, médio e longo prazos. Sem superestimar a influência da academia na reorganização dos serviços de saúde, é válido incentivar as iniciativas de docentes também nessas trincheiras de luta. A curto e médio prazos, porém, reconhecendo os limites da conjuntura, cumpre enfatizar a reatualização das práticas de ensino, começando pela graduação, definindo com a maior clareza possível o perfil dos egressos dos cursos de distintos níveis (Graduação, Residência, Especialização, Extensão, Mestrado e Doutorado).

10.3. Reatualização de Estratégias e Táticas

Finalmente, no que se refere ao trabalho pedagógico de reatualização de estratégias e táticas do processo ensino-aprendizagem, materializado eventualmente no planejamento de cursos e em reformas curriculares ou de disciplinas, pode-se levar em conta pelo menos sete itens fundamentais:

a) Doutrinário - explicitação de um marco conceitual da educação em saúde considerando as contribuições teóricas da Medicina Social e os trabalhos pioneiros de GARCIA⁵⁵ e ANDRADE⁶, bem como os de AROUCA⁹, DONNANGELO⁴¹, MENDES GONÇALVES⁸⁶, SCHRAIBER¹³⁹, entre outros.

b) Conjuntura em saúde - análise das tendências das políticas de saúde e da organização dos serviços (modalidades e modelos assistenciais) e das suas repercussões sobre o mercado de trabalho em saúde, incluindo o estudo dos espaços políticos criados pelos movimentos sociais no âmbito da saúde.

c) Normativo - revisão da legislação, resoluções, portarias, etc., que regulam a formação e o exercício profissional dos RHS identificando os limites e as possibilidades

para a viabilização de projetos inovadores e a necessidade/possibilidade de reformulação das normas. Cabe, ainda, utilizar bem as lacunas existentes nas normas vigentes.

d) Situação docente - ter em conta as situações objetivas que orientam a prática do docente num determinado sentido (inserção no mercado de trabalho médico, vínculo com agências financiadoras de pesquisas, controle de serviços de saúde, e outros) e os aspectos subjetivos que influenciavam suas atitudes (ideologias sanitárias e de classe, senso ético, compromisso social, e outros) que podem obstruir ou facilitar o processo de mudança.

e) Situação discente - identificar as imagens elaboradas pelos alunos quanto ao mercado de trabalho, à prática profissional e à sua inserção supra e infra-estrutural de classe, problematizando as suas "resistências históricas" aos aspectos educativos, preventivos e sociais das ações de saúde, no sentido de possibilitar práticas motivadoras, especialmente com referência ao "fazer as coisas" e pactuar e observar os resultados do trabalho desenvolvido.

f) Campo de práticas - ampliar e esgotar o campo possível das práticas a serem empreendidas nos diversos níveis dos serviços de saúde e na comunidade, experimentando formas diferenciadas de inserção nos movimentos sociais e nas instituições oficiais e alternativas. (sindicato, associações de bairro, comissões de saúde, ONGs, e outros).

g) Infra-estrutura e super-estrutura acadêmica - examinar criticamente os meios de ensino disponíveis (laboratórios, bibliotecas, tecnologia educacional, informática, e outros mais) bem como as relações de ensino e as formas de governo mediante análise da estrutura de poder da escola, dentro de um quadro de esvaziamento e sucateamento da universidade pública.

10.4. Revisão das Atividades de Ensino

A revisão das atividades de ensino não se deve limitar às alterações de conteúdo de disciplinas mas na redefinição global do processo de produção de RH em saúde, pelo menos naquilo que depende do nível decisório das instituições de ensino. Assim, ao tempo em que se discutem e se revisam os objetivos educacionais nos diferentes níveis, faz-se necessária uma análise da situação de saúde, também em distintos níveis (distrito sanitário, cidade, estado e país) de modo a informar a elaboração de um plano operativo que contribua para a articulação dos campos de práticas e para o aprofundamento das relações ensino-serviço. Nessa perspectiva podem ser cumpridas, no que se refere ao ensino, as seguintes etapas:

- a) explicitação de cenários possíveis de sistemas de saúde - um restritivo e um progressista;
- b) explicitação do perfil de egressos em ambos cenários;
- c) preparação de objetivos institucionais nos domínios cognitivo, psicomotor e afetivo para cada disciplina ou momentos de aprendizagem em ambos cenários ;
- d) indicação dos conteúdos de cada disciplina ou momentos de aprendizagem em ambos cenários;
- e) indicação dos campos de prática relacionados com os objetivos definidos em cada cenário;
- f) construção de matriz articulando objetivos educacionais de cada disciplina ou momentos de aprendizagem com respectivos conteúdos programáticos, atividades de aprendizagem e meios institucionais;
- g) comparação dos tipos de práticas previstas nas “atividades de aprendizagem” (práticas equivalentes, análogas, irrelevantes e comportamento intermediário) com os campos de práticas propostos;
- h) revisão da programação de cada disciplina ou momentos de aprendizagem em função dos ajustes realizados no item anterior e da análise de fatibilidade

(tempo, recursos docentes, capacidade operativa, preenchimento de critérios para estágios, e outros);

i) seleção de bibliografia básica e complementar considerando os objetivos educacionais e os conteúdos programáticos;

j) preparação de exercícios e roteiros de discussões considerando os problemas identificados no diagnóstico da situação e na bibliografia selecionada.

Muitos desses passos foram experimentados pelo Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia após o Seminário de Avaliação e Perspectivas de 1989, tendo alguns dos seus resultados recentemente publicados^{120,147}. Desde que relativizados e não assumidos como guia rígido, esses passos poderão ter certa utilidade em outras instituições de ensino.

11

COMENTÁRIOS FINAIS

Ao longo deste texto foi possível revisar parcialmente o campo problemático em que se movem os RHS no Brasil, cujas deficiências e perplexidades apresentam um caráter crônico. Ao mesmo tempo, as tentativas de reordenamento desse campo, seja no âmbito da formação, seja nas questões relativas ao trabalho, têm-se mostrado incapazes de responder efetivamente os seus agudos desafios²³. Na realidade, a compreensão dos RHS como *força de trabalho* na sua dupla dimensão - “mercadoria” específica com desvantagem estrutural e ator social capaz de fazer História - além de “*sujeito-agente*” das práticas de saúde¹⁴³, eticamente comprometido com a vida e com a redução do sofrimento humano, implica a superação da idéia de meros insumos da função de produção. Já não bastam os enfoques da administração, do planejamento normativo, de teoria do capital humano^{17,82}. Seus problemas também não são redutíveis à gestão do trabalho, ao planejamento estratégico, à economia política. Os esforços teóricos para apreender os RHS na sua totalidade, inclusive na sua dimensão de ser humano, antes mesmo de ser “recurso de saúde”, precisam ter continuidade caso se aspire, realmente, à democratização da saúde e à atenção integral, ética e solidária aos indivíduos e à população.

Como chama atenção SCHRAIBER¹⁴¹, “para conceber a totalidade do real e compreender as múltiplas implicações da ação social, será preciso (...) que o sujeito tenha consciência da história e da sociabilidade da vida cotidiana. Não é só o domínio da consciência técnica, portanto, o que permite ao profissional e à população experimentar socialmente uma melhor expressão de si mesmos, mas sobretudo, a consciência política e social”. No plano das intervenções sociais sobre a realidade, trata-se de reconhecer que a problemática dos RHS tem as suas raízes nas geno-estruturas, isto é, nas leis e regras básicas que sustentam e reproduzem a sociedade capitalista. A ação social organizada pode produzir fatos que resultam em novas acumulações sociais, permitindo alterações nas feno-estruturas, ou seja, na parte mais visível da organização da sociedade⁷⁸. Essas intervenções têm também a sua importância, mesmo que os recursos de poder acumulados não sejam suficientes para realizar as mudanças necessárias. O pensamento estratégico pode aproveitar oportunidades e promover ações que alterem uma dada correlação de forças de modo a obter certa eficácia direcional a um projeto reformador.

Políticas de RHS definidas num espaço singular, dependem das políticas de emprego, da legislação trabalhista e da regulamentação profissional, estabelecidas num espaço particular que, em última análise, expressam os traços fundamentais das políticas econômicas que garantem a acumulação capitalista bem como as relações capital-trabalho e são construídas no espaço geral da sociedade. A acumulação do capital para ser concretizada precisa da manutenção das regras básicas da sociedade. Conseqüentemente, políticas de RHS, sem recursos de poder suficientes, apenas fustigam essas regras básicas. Quando se limitam ao exercício retórico, como tem sido o caso da educação médica no Brasil, simplesmente evocam a imagem sacralizada dos “piedosos desejos”. Por isso, o movimento pela reforma dos RHS, a exemplo do movimento sanitário, precisa ultrapassar o nível ideológico e mobilizar vontades no âmbito político³.

O conjunto de princípios e proposições emanados das Conferências Nacionais de Saúde, inclusive as específicas de recursos humanos, merecem tratamento político semelhante ao produzido pela Comissão Nacional da Reforma Sanitária²⁹. Caso este caminho não seja presente-

mente viável, caberia explorar o potencial do Conselho Nacional de Saúde, através de sua Comissão Intersetorial de Recursos Humanos. A conquista e a ocupação desses espaços democráticos, criados pelo projeto da Reforma Sanitária, para a formulação de políticas de RHS mais consistentes com seus princípios, significam progressos contemporâneos, considerando-se os traços autoritário-burocráticos do Estado Brasileiro. O chamado “projeto neo-liberal em saúde”⁸⁴ tem também os seus atores que praticam política a todo momento porque esta faz parte dos seus negócios.

No âmbito das práticas educativas nas instituições de ensino e de serviços, as experiências revisadas e os projetos em curso reforçam a pertinência de articular e aproximar os mundos do ensino e do trabalho, bem como recuperar e valorizar a dimensão humana do agente em formação. Mesmo que o trabalho venha sendo questionado enquanto categoria sociológica-chave¹⁰⁴ o fato de a produção de serviços de saúde ser centrada num fator trabalho-intensivo impõe considerá-lo, permanentemente, como objeto de reflexão e crítica, além de campo de atuação. Como assinala CHORNY²⁵, não há transformação possível sem uma transformação da consciência do pessoal de saúde.

OFFE¹⁰⁴, analisando o setor de serviços, oferece algumas pistas para pensar as especificidades (qualitativa e “humana”) dos agentes das práticas de saúde. Expõe o autor: “No que diz respeito à racionalidade técnica do trabalho em serviços, sua não-estandarização deve ser, em grande parte, admitida e substituída por qualidades como capacidade de interação, consciência da responsabilidade, empatia e experiência prática adquirida. Em lugar de critérios de racionalidade estratégico-econômicos incertos, encontramos estimativas baseadas no costume, no discernimento político ou no consenso profissional (...). Como um agente da sintetização consciente dos sistemas e processos sociais, o trabalhador da nova classe de serviços desafia e questiona a sociedade do trabalho e seus critérios de racionalidade (realização, produtividade, crescimento) em nome dos critérios de valor substantivos, qualitativos e “humanos”¹⁰⁴

Tomando como ponto de partida tais contribuições, MELLO⁸³ assinala que “o trabalho em saúde, embora opere e module um objeto, esse objeto é parte constitutiva de um sujeito que, por sua vez, opera

‘ativa’ e ‘passivamente’ no seu processo de saúde/doença. Isso faz com que o trabalho em saúde seja cooperativo, o que por sua vez, implica numa inter-subjetividade, portanto, em comunicação, em empatia, numa forma particular de compromisso”.

Esses desafios que se colocam no cotidiano do educador na redefinição de suas práticas, enquanto manifestações de medo e ousadia⁵³, exigem um repensar escrupuloso sobre a temática dos RHS. As perspectivas postas pela realidade não resultam da opção entre o “pessimismo da razão” e o “otimismo da prática”¹⁸ ou, como acredita SOARES¹⁴⁹, entre “frustrações” e “construção”. Elas são também produtos históricos e, enquanto tais, dependem das circunstâncias e da capacidade humana de aproveitar as oportunidades e alterá-las através da práxis¹⁵⁹. Acreditar em sonhos só se for os de um poeta-político, aparentemente fora de moda e da nova ordem mundial:

*“É preciso sonhar, mas com a condição de crer em
nosso sonho, de examinar com atenção a vida real,
de confrontar nossa observação com nosso sonho, de
realizar escrupulosamente nossas fantasias”.*

(Lênin - Sonhos, acredite neles)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ABERTURA de novos cursos na área da saúde: considerações e propostas. *Bol. Assoc. Bras. Educ. Med.*, 21(5): 3-4, 1989.
2. AGUILERA, C.E.; BAHIA, L.; CARVALHO, P.A.; GARBAYO, L.; PIERRANTONI, C.R. O ensino de saúde pública/preventiva nos cursos de graduação da área de saúde na UFRJ. [Resumos]. *Rev. Bras. Educ. Med.*, 16(1/3):94,1992. (Apresentado ao 3^o Congresso Brasileiro de Educação Médica, Rio de Janeiro, 1992).
3. ALMEIDA, M.S. de. Ensino médico e saúde no Brasil: panorama atual e perspectivas futuras das suas políticas. *Divulg. Saúde Debate*, (5):9-12,1991.
4. ALMEIDA, M.S. et al. Projeto UNI - Londrina. [Resumo]. *Rev. Bras. Educ. Med.*, 16(1/3):88, 1992. (Apresentado ao 30^o Congresso Brasileiro de Educação Médica, Rio de Janeiro, 1992).
5. Analisis del modelo de prestación de servicios de salud. *Educ. Med. Salud*, 26: 298-422, 1992.
6. ANDRADE, J. *Marco conceptual de la educación medica en la America Latina*. Washington., D.C., Organización Panamericana de la Salud, 1979. (OPS - Série Desarrollo de Recursos Humanos, 28).
7. AROUCA, A..S. O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. Campinas, 1975. [Tese de Doutorado - Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas].
8. AROUCA, A..S. Introdução à crítica do setor saúde. *Nêmesis*, Belo Horizonte, (1):17-24, 1975.
9. AROUCA, A..S. A reforma sanitária brasileira. *Tema Radis*, 6(11):2-4, 1988.

10. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA (ABEM). A criação de novas escolas médicas. *Bol. Assoc. Bras. Educ. Med.*, Rio de Janeiro, **20**(1), jan./fev. 1988.
11. ASSOCIATION OF AMERICAN MEDICAL COLLEGE. *Physicians for the Twenty-First Century*; the GPEP report. Washington, D.C., 1984.
12. BARBOSA, F.S. Integração docente-assistencial: problemas relativos às instituições de ensino. *Rev. Bras. Educ. Med.*, **9**(1):66-70, 1985.
13. BARBOSA, F.S. Novas escolas médicas [Editorial]. *Bol. Assoc. Bras. Educ. Med.*, **20**(2), mar./jun. 1988.
14. BARBOSA, P.R. Cursos descentralizados de saúde pública: alguns dilemas e algumas perspectivas. Rio de Janeiro, 1990. (Trabalho preparado para o Seminário da CONCURD - Coordenação dos Cursos Descentralizados/ Escola Nacional Saúde Pública).
15. BERLINER, H.S. A larger perspective on the Flexner Report. *Int. J. Hlth Serv.*, **5**: 573-92, 1972.
16. BERLINGUER, G. Democracia: desigualdad y salud. *Divulg.Saúde Debate*, (2):9-15, mar. 1990.
17. BRITO, B.; NOVICK, M.; MERCER, H. El personal de salud y el trabajo: una mirada desde las instituciones. *Educ. Med. Salud*, **27**:4-31, 1993.
18. BROCCOLI, A. *Antonio Gramsci: la educación como hegemonia*. 2ª ed. Mexico, D.F., Ed. Nueva Imagen, 1979. p. 212.
19. CACASO. Logias e analogias. *Veja*, **20**(1):55, jan. 1988.
20. CÂMARA prioriza regulamentação dos planos. *J. Cons. Fed. Med.*, **46**:5, fev. 1994.
21. CAMPOS, F.E. de & OLIVEIRA JÚNIOR, M. de. Contribuição ao debate de uma política de recursos humanos para o setor saúde no Brasil: a situação da categoria médica. *Cad. Saúde Pública*, **2**: 477-92, 1986.
22. CANGUILHEM, G. *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro, Forense-Universitária, 1978. 270 p.
23. CARVALHO, G. Recursos humanos no setor saúde: problema ou solução? *RH-SUS. Bol. Inf.*, **2**(1): 7-8, 1993.
24. CHAVES, M.M. Educação médica nas Américas: Projeto EMA.. *Bol. Assoc. Bras. Educ. Med.*, **21**(4), jul./ago. 1989.
25. CHORNY, A.H. El enfoque estrategico para el desarrollo de recursos humanos. *Educ. Med. Salud*, **24**: 27-51, 1990.
26. COMISSÃO INTERINSTITUCIONAL NACIONAL DE AVALIAÇÃO DO ENSINO MÉDICO (CINAEM). Projeto de Avaliação das Escolas Médicas do Brasil. *Rev. Bras. Educ. Méd.*, **16**(1/3):43-7, 1992.

27. COMISSÃO INTERINSTITUCIONAL NACIONAL DE AVALIAÇÃO DO ENSINO MÉDICO (CINAEM). Avaliação do ensino no Brasil. - Relatório da 1ª fase: estudo epidemiológico de desenho ecológico. *Rev. Bras. Educ. Méd.*, 16(1/3):37-42, 1992.
28. COMISSÃO INTERINSTITUCIONAL NACIONAL DE AVALIAÇÃO DO ENSINO MÉDICO (CINAEM). Avaliação das escolas médica. Segunda fase: subprojeto avaliação do modelo pedagógico a partir do enfoque estratégico. s.l., 1993.
29. COMISSÃO NACIONAL DA REFORMA SANITÁRIA (CNRS). Documento II. Rio de Janeiro, 1987.
30. CONASEMS. *Sistema Único de Saúde*. s.l., 1990. (Publicações Técnicas, 2).
31. CONFERÊNCIA NACIONAL DE RECURSOS HUMANOS PARA A SAÚDE, Brasília, 1986. *Relatório final*. Brasília, Ministério da Saúde, 1986.
32. CONFERÊNCIA NACIONAL DE RECURSOS HUMANOS PARA A SAÚDE, 2ª, Brasília, 1993. *Relatório final*. Brasília, Ministério da Saúde, 1993.
33. CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8ª, Brasília, 1986. *Anais*. Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987. p. 381-9.
34. CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 9ª, Brasília, 1992. *Relatório final*. Brasília, Ministério da Saúde, 1993. p. 30-2.
35. CONGRESSO BRASILEIRO DE ESTUDANTES DE MEDICINA, 5º Belo Horizonte, 1993. *Relatório final*. Belo Horizonte, 1993.
36. COSTA, M. das G.S. A prática e formação do sanitário: caso de Alagoas - 1979/1986. Salvador, 1988. [Dissertação de Mestrado Universidade Federal da Bahia].
37. DAL POZ, M.R., ROMANO, R.A..T.; TORRES, M.B.; CORTEZ, M.U. Formação de recursos humanos de nível médio em saúde no Rio de Janeiro. A experiência da Escola Técnica em Saúde Enfermeira Izabel dos Santos. *Cad. Saúde Pública*, 8:57-61, 1992.
38. DECLARAÇÃO de Edimburgo. Conferência Mundial sobre Educação Médica da Federação Mundial para Educação Médica. *Bol. Assoc. Bras. Educ. Méd.*, Rio de Janeiro, 20(3), jul./set. 1988.
39. DECRETO 98.377 já tem regulamento. *JAMB: J. Assoc. Med. Bras.*, fev. 1990.
40. DEROUX, G.I. Participacion y cogestion de la salud. *Educ. Med. Salud*, 27: 50-60, 1993.
41. DONNANGELO, M.C.F. *Medicina e sociedade: o médico e seu mercado de trabalho*. São Paulo, Pioneira, 1975.

42. DONNANGELO, M.C.F., coord. Condições do exercício profissional de medicina na área Metropolitana de São Paulo: relatório de pesquisa. São Paulo, Conselho Regional de Medicina de São Paulo/Universidade de São Paulo, s.d.
43. DONNANGELO, M.C.F., deb. Uma política de desenvolvimento de recursos humanos para a saúde. In: Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, Brasília, 1980. Brasília, Câmara dos Deputados, 1980. p. 83-8.
44. DUSSAULT, G. La reglamentacion profesional y la produccion de servicios de salud. *Educ. Med. Salud*, 26:469-93, 1992.
45. EXPERIÊNCIA da profissionalização de pessoal de nível médico no Estado da Bahia. *RH-SUS Bol. Inf.*, 2(1):16, 1993.
46. FERREIRA, J.R. Formação de recursos humanos para a medicina do ano 2.000. *Rev. Educ. Med.*, 7:93-100, 1983.
47. FERREIRA, J.R. Analisis prospectiva de la educación medica. *Educ. Méd. Salud*, 20:26-42, 1986.
48. FERREIRA, J.R. El liderazgo in salud publica en América. *Educ. Med. Salud*, 23: 5-13, 1989.
49. FERREIRA, J.R. A educação médica na América Latina. 20 anos após o estudo de Juan Cesar Garcia. *Rev. Bras. Educ. Med.*, 16(1/3):11-5, 1992.
50. FIORI, J.L. Democracia e reformas: equívocos, obstáculos e disjuntivas. Brasília, 1991. (Documento técnico preparado para OPAS/OMS).
51. FORUM de ensino médico da AMB faz propostas para regulamentar cursos. *JAMB: J. Assoc. Med. Bras.*, 30:3, jul.1989.
52. FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. 2ª ed. Rio de Janeiro; Graal, 1981. cap. 5, p. 79-98: O nascimento da medicina social. (Série Biblioteca de Filosofia e História da Ciência, 7).
53. FREIRE, P. & SHOR, I. *Medo e ousadia: o cotidiano do professor*. 2ª ed. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1987.
54. FUNCIÓN de las universidades en las estrategias de salud para todos. Contribución al desarrollo humano y a la justicia social: documento de base para las discusiones tecnicas de la 37ª Asamblea Mundial de la Salud. *Educ. Méd. Salud*, 19:85-113, 1985.
55. GARCIA, J.C. *La educación medica en la America Latina*. Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud, 1972. (OPS - Publicación Científica, 255).
56. GIRARDI, S.N. O perfil do "emprego" em saúde no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 2:423-39, 1986.

57. GIRARDI, S.N. La fuerza de trabajo en el sector salud: elementos teóricos y evidencias empíricas. *Educ. Med. Salud*, 25:37-47, 1991.
58. GODUE, C. & DUSSAULT, G. La planificación y gestión de los recursos humanos en un contexto de financiamiento público de los servicios de salud: la experiencia canadiense. *Eduo. Med. Salud*, 26:453-68, 1992.
59. GOULART, F.A. de A.. Recursos humanos e o Sistema Único de Saúde: o salto de qualidade necessário. s.n.t. 11p. [mimeografado]
60. GRAMSCI, A. *Maquiavel, a política e o Estado moderno*. 2ª ed. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 1976. p. 11-132.
61. GRUPO de Trabalho sobre Ensino de Medicina Preventiva e Social nos Cursos Médicos. *Rev. Bras. Educ. Med.*, 8(2):116-26, 1984.
62. GRUPO Formador. Projeto UNI - Marília. [Resumos]. *Rev. Bras. Educ. Med.*, 16(1/3):84, 1992. (Apresentado ao 30º Congresso Brasileiro de Educação Médica).
63. GUERRA DE MACEDO, C. Recursos humanos para a saúde. In: Congresso Brasileiro de Higiene, 19º/Congresso Paulista de Saúde Pública, 1ª, São Paulo, 1977. *Temas oficiais: documentos básicos*. São Paulo, 1977.
64. GUERRA DE MACEDO, C.; SANTOS, I. dos; VIEIRA, C.A. de B. Uma experiência de formação de pessoal de saúde no Brasil. *Educ. Med. Salud*, 14:62-74, 1980.
65. HABERMAS, J. *Teoria y praxis. Estudios de filosofía social*. 2ª ed. Madrid, Ed. Tecnos, 1990. p. 13-48: Algunas dificultades en el intento de mediar teoría y praxis.
66. HADDAD, J. Editorial. *Inform. Epidemiol. SUS*, (n esp.), jul. 1993.
67. KISIL, M. & CHAVES, M. Programa UNI. Uma nova iniciativa na educação das profissões de saúde: união com a comunidade. *Divulg. Saúde Debate*, (5):1-7, 1991.
68. KLECZKOWSKI, B.M.; ROEMER, M.I.; WERFF, A.V.D. *Sistemas nacionales de salud y su reorientación hacia la salud para todos: pautas para una política*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1984. (OMS - Cuadernos de Salud Pública, 77).
69. LABRA, M.E. Política de interesses na perspectiva neocorporativista. In: Gallo, E.; Rivera, F.J.U.; Machado, M. H. *Planejamento criativo. novos desafios em políticas de saúde*. Rio de Janeiro, Relume/Dumara, 1992. p. 115-37.
70. LALONDE, M. *A new perspective on the health of Canadians: a work document*. Otawa, 1978.
71. LUZ, M.T. Além da dicotomia saúde - doença: repensando este binômio. *Divulg. Saúde Debate*, (2):53-5, mar., 1990.

72. MACHADO, M.H. Sociologia de las profisiones: un nuevo enfoque. *Educ. Med. Salud*, 25:28-36, 1991.
73. MACHADO, M.H. As corporações profissionais: sindicalismo e corporativismo. In: Gallo, E.; Rivera, F.J.U.; Machado, M.H. *Planejamento criativo: novos desafios em políticas de saúde*. Rio de Janeiro, Relume/Dumara, 1992. p. 93-114.
74. MARQUEZ, P.V. & ENGLER, T. Crisis y salud: metas para la década de los 90. *Educ Med. Salud*, 24:7-26, 1990.
75. MARSIGLIA, R.M.G. Funcionários públicos, Estado, saúde no Brasil. *Saúde Soc.*, 2:93-118, 1993.
76. MARX, K. Observações à margem do programa do Partido Operário Alemão. In: Marx, K. & Engels, F. *Textos*. São Paulo, Edições Sociais, 1977. v. 1, p. 227-43.
77. MATUS, C. *Política, planificación y gobierno*. Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud, 1987.
78. MATUS, C. Adiós, señor presidente. Pomaire/ensayos. 1987. 239 p.
79. MEDICI, A.C. Emprego em saúde na conjuntura recente: lições para a reforma sanitária. *Cad. Saúde Pública*, 2:409-22, 1986.
80. MEDICI, A.C. O financiamento da saúde e a Nova Carta Constitucional - limites e possibilidades. In: ABRASCO. *A experiência do SUDS e os desafios atuais da reforma sanitária*. Rio de Janeiro, 1989. p. 21-47.
81. MEDICI, A.C.; MACHADO, M.H.; NOGUEIRA, R.P.; GIRARDI, S.N. El mercado de trabajo en salud: aspectos teóricos, conceptuales y metodológicos. *Educ. Med. Salud*, 25:1-14, 1991.
82. MEDICI, A.C.; MACHADO, M.H.; NOGUEIRA, R.P.; GIRARDI, S.N. *O mercado de trabalho em saúde no Brasil: estrutura e conjuntura*. Rio de Janeiro, FIOCRUZ/ENSP, 1992.
83. MELO, J.A.C. de. Trabalho, educação e saúde - da pedagogia à sócio-anthropologia das organizações de saúde, uma de construção. s.n.t.
84. MENDES, E.V. A política de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neo-liberal. In: Mendes, E.V., org. *Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo, HUCITEC, 1993. p. 19-91.
85. MENDES, E.V. A construção social da vigilância à saúde no distrito sanitário. In: Mendes, E. V., org. *A Vigilância à saúde no distrito sanitário*. Brasília, D.F., Organização Pan-Americana da Saúde, 1993. p. 7-19 (OPAS - Série Desenvolvimento de Serviços de Saúde, 10).

86. MENDES GONÇALVES, R.B. Tecnologia e organização social das práticas de saúde. Características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo. São Paulo, 1986. [Tese de Doutorado - Faculdade de Medicina da USP]
87. MENENDEZ, E. L. Public health: state sector, applied science, or deology of the possible. In: Pan American Health Organization. *The crisis of public health: reflections for the debate*. Washington, D.C., 1992. p. 92-110. (PAHO - Scientific Publications, 540)
88. MINAYO, M.C. de S. Um desafio sociológico para a educação médica: representações sociais de saúde-doença. *Rev. Bras. Educ. Med.* 15(1):25-32, 1991.
89. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CULTURA. Departamento de Assuntos Universitários. Comissão de Ensino Médico. *Documentos do ensino médico*. Brasília, 1977.
90. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CULTURA. Secretaria de Ensino Superior. *Programa de Integração Docente-Assistencial*. Brasília, 1981. (Série Cadernos de Ciências da Saúde, 3)
91. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CULTURA. Secretaria de Ensino Superior. *Relatórios do Grupo Interministerial de Recursos Humanos para a Saúde*. Brasília, 1981. (Série Cadernos de Ciências da Saúde, 4).
92. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. Comissão de Ensino Médico. Ensino médico: bases e diretrizes para sua reformulação; documento nº 6. *Rev. Bras. Educ. Med.*, 10(2):67-74, 1986.
93. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Geral. Secretaria de Modernização Administrativa, Recursos Humanos. *Sistema Único de Saúde: diretrizes para formulação de política de recursos humanos*. Brasília, 1989. p. 16-27.
94. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Fundação Nacional de Saúde. *Programa de Agentes Comunitários de Saúde: documento preliminar*. Brasília, 1991.
95. MISHIMA, S.M.; ALMEIDA, M.C.P. de; UNGARI, I.C.; SILVA, E.M. Recursos humanos na implantação das ações integradas da saúde no Município de Ribeirão Preto: visão da equipe de enfermagem. *Cad. Saúde Pública*, 6:40-9, 1990.
96. MOTTA, P.R. El proceso de cambio a nivel organizacional. In: Fundação W. K. Kellogg. *Uma nova iniciativa na educação dos profissionais da saúde. União com a comunidade. Programa UNI*. Nova Friburgo, 1991. (Apresentado em Seminário realizado em Nova Friburgo, Rio de Janeiro, agosto de 1991.)
97. NAJERA, E.; CORTÉS, M.; GARCIA-GIL, C.; ROSADO, M.; SOLANO, A.; VICIANA, F. El enfoque epidemiológico en la formación de políticas y en la formación de recursos humanos. *Educ.Med. Salud*, 24:74-86, 1990.

98. NICZ, L.F. & KISIL, M. Integração docente-assistencial: problemas organizacionais. *Rev. Bras. Educ. Med.*, 9(1):68-70, 1985.
99. NICZ, L.F. Capacitação de pessoal: absorção e utilização de pessoal na rede de serviços. *Rev. Bras. Educ. Med.*, 17(1):25-7, 1993.
100. NOGUEIRA, R.P. A força de trabalho em saúde no contexto da reforma sanitária. *Cad. Saúde Pública*, 3:332-42, 1987.
101. NOGUEIRA, R.P. Tendencias generales del mercado de trabajo médico en las Americas. *Rev. Bras. Educ. Med.*, 11(2):63-5, 1987.
102. NOGUEIRA, R.P. *Anotações sobre a trajetória e os problemas da pesquisa em recursos humanos de saúde*. Rio de Janeiro, 1992.
103. NUNES, T.C.M. & BUSS, P.M. Perspectivas de la enseñanza en salud pública en el Brasil. *Educ. Med. Salud*, 25:72-6, 1991.
104. OFFE, C. *Capitalismo desorganizado: transformações contemporâneas do trabalho e da política*. São Paulo, Ed. Brasiliense, 1989. p. 19-69, 167-97.
105. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. *Enseñanza de la medicina preventiva y social: 20 años de experiencia latinoamericana*. Washington, D.C., 1976 (OPS - Publicación Científica, 324).
106. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. *Las condiciones de salud en las Americas*. Washington, D.C., 1990. v.2, p. 76-8. (OPS - Publicación Científica, 524).
107. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Programa de Desarrollo de Recursos Humanos. *Programa colaborativo de estudios sectoriales sobre recursos humanos*. Washington, D.C., 1991.
108. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. As transformações da profissão médica e sua influência sobre a educação médica. *Rev. Bras. Educ. Med.*, 16(1/3):48-52, 1993.
109. PAIM, J.S. Um enfoque pedagógico em medicina preventiva. In: Conferência Panamericana de Educação Médica/Congresso Brasileiro de Educação Médica, 14^o, Rio de Janeiro, 1976. *Anais*. Rio de Janeiro, FEPAFEM/ABEM, 1976. p. 311-26.
110. PAIM, J.S. & FORMIGLI, V.L.A. Redefinições do ensino da medicina preventiva e social. *Rev. Bras. Educ. Med.*, 5(1): 7-18, 1981.
111. PAIM, J.S. *Saúde, crises, reformas*. Salvador, Centro Editorial e Didático da UFBA, 1986. p. 105-29: A formação de recursos humanos em saúde coletiva.
112. PAIM, J.S. *Saúde, crises e reformas*. Salvador, Centro Editorial e Didático da UFBA, 1986. p. 29 - 41: Medicina preventiva e social no Brasil.

113. PAIM, J.S. Medicina familiar no Brasil: movimento ideológico e ação política. In: ABRASCO. *Estudos de saúde coletiva*. Rio de Janeiro, 1986. v. 4, p. 9-25.
114. PAIM, J.S. Direito a saúde, cidadania e Estado. In: Conferência Nacional de Saúde, 8ª, Brasília, 1986. *Anais*. Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987. p. 45-59.
115. PAIM, J.S. A universidade e a reforma sanitária. *Rev. Bras. Educ. Méd.*, 15(1/3):18-24, 1991.
116. PAIM, J.S. Educación medica en la decada de 1990: el optimismo no basta. *Educ. Med.Salud*, 25(1):48-57, 1991.
117. PAIM, J.S. La salud coletiva y los desafios de la practica. In: Organización Panamericana de la Salud. *La crisis de la salud pública: reflexiones para el debate*. Washington, D.C., 1992. p. 151-67. (OPS - Publicación Científica, 540).
118. PAIM, J.S. Burocracia y aparato estatal: implicaciones para la planificación e instrumentación de políticas de salud. In: Teixeira, S.F., org. *Estado y políticas sociales en America Latina*. México, DF, Universidad Autonoma Metropolitana-Unidad Xochimilco, 1992. p. 293 - 311.
119. PAIM, J.S. A reforma sanitária e a municipalização. *Saúde Soc.*, 1:29-48, 1992.
120. PAIM, J.S. & NUNES, T.C.M. Contribuição para um programa de educação continuada em saúde coletiva. *Cad. Saúde Pública*, 8:262-69, 1992.
121. PAIM, J.S. & TEIXEIRA, M. da G.L.C. Reorganização do Sistema de Vigilância Epidemiológica na perspectiva do Sistema Único de Saúde (SUS). *Inf. Epidemiol. SUS*, 5:27-57, 1992.
122. PAIM, J.S. A reforma sanitária e os modelos assistenciais. In: Rouquayrol, M.Z., org. *Epidemiologia e saúde*. Rio de Janeiro, MEDSI, 1993. p. 455-66.
123. PAIM, J.S. A reorganização das praticas de saúde em distritos sanitários. In: Mendes, E.V., org. *Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo, HUCITEC, 1993. p. 187-220.
124. PAIM, J.S. Estratégias para integração multidisciplinar e multiprofissional na prática de saúde: o âmbito da graduação. *Rev. Baiana Enf.*, 6:37-47, 1993.
125. PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. *On the theory and practice of public health: on debate, several perspectives*. Washington, D.C., 1993. (PAHO - Human Resources Development Series, 98)

126. PLANO Beveridge; edição integral conforme o texto oficial publicado pelo Governo Britânico. Rio de Janeiro, José Olympio, 1943. 458p.
127. POSSAS, C. *Epidemiologia e sociedade: heterogeneidade estrutural e saúde no Brasil*. São Paulo, HUCITEC, 1989. (Saúde em Debate, 24)
128. PROPOSTAS da AMB para os cursos de graduação. *JAMB: J. Assoc. Med. Bras.*, fev. 1990.
129. REFORMA sanitária: entrevista com o Professor Giovanni Berlinguer. *Saúde Debate*, 40:4-8, 1993.
130. RODRIGUEZ, M.I. Tendências de la educación medica en America Latina en los ultimos quinze años. (Presentación al 3º Seminário sobre las profesiones, UAM - Xochimilco, Mexico, D. F., 1989.)
131. ROVERE, M.R. Capacitación avanzada en desarrollo de recursos humanos. Aportes para una metodología de planificación estratégica de recursos humanos en salud. *Educ. Med. Salud.*, 26:177-90, 1992.
132. SALIM, R.A.A.D. A força de trabalho em saúde: o emprego em saúde como expressão das políticas de reforma na organização social dos serviços - Sergipe, 1980 - 1987. Salvador, 1992. [Dissertação de Mestrado - Universidade Federal da Bahia]
133. SALTARELLI, E. de C. *Estudos sobre a força de trabalho em saúde no Brasil: história e perspectivas*. Belo Horizonte, NESCON - UFMG, 1992. (Trabalho realizado para a OPAS, Brasil)
134. SANTANA, J.P. de. A gestão do trabalho nos estabelecimentos de saúde: elementos para uma proposta. s.n.t.
135. SANTANA, J.P. de & GIRARDI, S.N. Recursos humanos em saúde: rep-tos atuais. *Educ. Med. Salud*, 27:341-56, 1993.
136. SANTOS, I.; SOUZA, A.A.; VIEIRA, T.C.V. Preparação de pessoal pelas instituições de saúde. Brasília, 1987.
137. SANTOS, R.A.; CAMPOS, F.E. de; LEAL, M. do C.; RIVERA, F.J.U. Investigaçãõ nacional sobre o ensino de medicina preventiva. s.l, Programa de Estudos Socio-Econômicos de Saúde-PESES, s.d.
138. SANTOS, S.M.C. dos. Nutricionista e sociedade brasileira: elementos para abordagem histórico-social da profissão. Salvador, 1988. [Dissertação de Mestrado - Universidade Federal da Bahia]
139. SCHRAIBER, L.B. Contribuição ao estudo da educação médica. São Paulo, 1980. [Dissertação de Mestrado - Faculdade de Medicina da USP]
140. SCHARAIBER, L.B., org. *Programação em saúde hoje*. São Paulo, HUCITEC, 1990. (Saúde em Debate, 30)

141. SCHARAIBER, L.B. Profesión médica: representación, trabajo y cambio. *Educ. Med. Salud*, 25:58-71, 1991.
142. SCHARAIBER, L.B. Os desafios teóricos na saúde: reflexões acerca de modelo assistenciais. (Texto elaborado para o VI ENFSUL e XIX JCE, junho de 1992).
143. SCHRAIBER, L.B. & PEDUZZI, M. Tendências e possibilidade da investigação de recursos humanos em saúde no Brasil. *Educ. Med. Salud*, 27:295-313, 1993.
144. SILVA, G.R. da. Uma retrospectiva da educação médica no Brasil. *Rev. Bras. Educ. Med.*, 11(3):81-5, 1987.
145. SILVA, J. A. da. A educação médica continuada/permanente e o papel das escolas, dos serviços e das entidades: *Rev. Bras. Educ. Med.*, 16(1/3):13-76, 1992.
146. SILVA, J. A. da. Desarrollo de recursos humanos para los sistemas locales de salud: Brasil. *Educ. Med. Salud*, 27:32-49, 1993.
147. SILVA, L.M.V. da. & PAIM, J.S. A saúde coletiva no ensino médico: avaliação de uma disciplina em contexto restritivo. *Rev. Bras. Educ. Med.*, 17(1):7-22, 1993.
148. SIMIONI, A.M.C. & ATIQUE, N. Recursos humanos e municipalização: notas sobre o panorama legal. *Saúde Soc.*, 2(1):75-91, 1993.
149. SOARES, E.C. Desafios para a educação médica na passagem do milênio. *Rev. Bras. Educ. Med.*, 16(1/3):53-5, 1992.
150. SOBRAL, D.T. Três casos de inovação curricular no panorama recente (1964 - 1988) da educação médica brasileira: subsídios de um retrospecto baseado na revisão de documentos. *Rev. Bras. Educ. Med.*, 15(1):11-7, 1991.
151. SOUZA, M. de F.M. & KALICHMAN, A.O. Vigilância à saúde: epidemiologia, serviços e qualidade de vida. In: Rouquayrol, M. Z., org. *Epidemiologia e saúde*, Rio de Janeiro, MEDSIS, 1993. p. 467-76.
152. SUAREZ, J. Proposición de um modelo para el estudio y desarrollo de la acción intersectorial en salud. *Educ. Med. Salud*, 22:61-81, 1993.
153. TEIXEIRA, C.F. de S. Educação e saúde: contribuição ao estudo da formação dos agentes das práticas de saúde no Brasil. Salvador, 1982. [Dissertação de Mestrado - Universidade Federal da Bahia]
154. TEIXEIRA, C.F.; FORMIGLI, V.L.A.; PAIM, J.S. Medicina preventiva e social na graduação: experiência de ensino em centros de saúde. *Rev. Bras. Educ. Med.*, 8(2):77-82, 1984.

155. TEIXEIRA, C.F. & FORMIGLI, V.L. Integração docente-assistencial e políticas de saúde: a experiência do estágio multidisciplinar. *Rev. Bras. Educ. Med.*, 10(3):131-9, 1986.
156. TERRIS, M. Newer perspectives on the health of Canadians: beyond the Lalonde Report. The Rosenstadt Lecture. *J. Public Hlth Policy*, 5:327-37, 1984.
157. TERRIS, M. Lessons from Canada's Health Program. *Technol. Rev.*, Febr./Mar. 1990.
158. TERRIS, M. Public health policy for the 1990s. *Ann. Rev. Public Health*, 11:39-51, 1990.
159. TESTA, M. Planejamento em saúde: as determinações sociais. In: Nunes, E.D., org. *As ciências sociais em saúde na América Latina: tendências e perspectivas*. Brasília, Organização Pan-Americana da Saúde, 1985. p. 335-67.
160. TURCIOS, M.I.; GONZALEZ, G.; SANCHEZ, A.; SALAZAR, M.; MORALES, C. Administración estratégica del desarrollo de los recursos humanos em los sistemas de salud. *Educ. Med. Salud*, 27:82-92, 1993.
161. VIDAL, C. La educación médica, los costos y la calidad de la atención. *Rev. Bras. Educ. Med.*, 16(1/3):30-6, 1992.
162. VIDAL, C.A. & QUIÑONES, J. Integración docente-asistencial. *Educ. Med. Salud*, 20:1-25, 1986.
163. VIEIRA, A.L.S. Formação do atendente de enfermagem no Brasil: um desafio. *Cad. Saúde Pública*, 61:62-73, 1990.
164. WORLD BANK. *World development report 1993: investing in health executive summary*. Washington, D.C., Oxford University Press, 1993. p. 139-44.
165. YPIRANGA, L. & LOPES, M. de F.C. Apontamentos para uma discussão: oferta e distribuição de profissionais de saúde. *RH-SUS Bol. Inf.*, 2(1): 9, 1993.
166. YUNES, J. Mortalidad por causas violentas en la Región de las Americas. *Bol. Oficina Sanit. Panam.*, 114:302, 1993.
167. ZALACAR, C.M. Nicaragua: reflexiones sobre la planificación estratégica situacional (PES) de la fuerza de trabajo en salud. *Educ. Med. Salud*, 25:138-53, 1991.

SERVIÇO DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO

Av. Dr. Arnaldo, 715

01246-904 - São Paulo - SP

Fone: 851-5233 r. 2211 / 2245

E.Mail: BIBFSP@BRUSP.BITNET

"A Série Temática AdSAÚDE, que se inicia, traz em sua concepção a preocupação com o diálogo constante que deve existir entre teoria e prática na produção de conhecimento em Saúde Pública. Explicita uma importante função da Faculdade de Saúde Pública na difusão de temas que provoquem reflexões. Vem ao encontro da necessidade de se pensar a educação como permanente e possível de ocorrer em diversos contextos teóricos".

Arnaldo Augusto Franco de Siqueira
Diretor da Faculdade de Saúde Pública
Universidade de São Paulo

USP UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO



FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA