

Texto subsídio para o tema: Força de Trabalho em Saúde: formação , direitos e compromissos.

#### SAÚDE - QUEM SÃO OS VILÕES DA HISTÓRIA?

\* NÚCLEO DE ESTUDOS E PESQUISAS EM RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE - ENSP  
- (\*) - JUNHO 1990.

O momento de questionamento quanto a atuação do setor público de saúde, no que se refere a sua eficiência e eficácia tem colocado a sociedade atenta e desejosa de mudanças. Não obstante o óbvio dos fatos, algumas considerações devem ser feitas no sentido de termos um diagnóstico mais claro do que vem ocorrendo já há algum tempo neste setor, principalmente com relação a força de trabalho envolvida com as ações de saúde.

O discurso oficial "modernizante" enfatiza o trabalho de equipe para a obtenção de uma assistência "integrada nos seus aspectos sociais, epidemiológicos e administrativos"... No entanto, como pensar num trabalho de equipe se esta não existe? Senão vejamos os dados dos últimos dez anos.

Em 1978, os empregos médicos representavam 30% dos empregos de saúde, os atendentes 36%, enquanto os enfermeiros ficavam com uma parcela de apenas 3% e os técnicos de enfermagem com 1%.

Embora em 1987 a participação dos enfermeiros e dos técnicos tenha aumentado alguns percentuais, isto não resultou de fato numa efetiva quebra de hegemonia dos médicos e dos atendentes sobre os demais profissionais.

-----  
\* Integram o NERHUS. Maria Helena Machado - Coordenadora. Elsa Ramos Paim - Neuza Maria Nogueira Moysés - Ana Luiza Vieira Stiebler - Sérgio de Almeida Rego - Rita Elisabeth Sório - Eliane dos Santos de Oliveira.

O que temos na verdade é o trabalho de "parceria" tendo o médico a supremacia (trabalho intelectual - qualificado) sobre o atendente (trabalho manual - desqualificado).

Outro dado importante para termos idéia da extensão dos problemas do sistema de saúde brasileiro, refere-se aos leitos existentes na rede hospitalar pública e privada.

Nos últimos dez anos o setor privado experimentou uma expansão nesta modalidade de atendimento, colocando-se em posição de incontável hegemonia. Isto foi possível graças ao acordo estabelecido entre o governo e os empresários da saúde. De 1978 a 1987 a rede pública hospitalar sofreu uma queda de 6% na sua capacidade instalada, o que representou nada menos do que a perda de mais de 5.000 leitos e sua total estagnação. Enquanto isto, o setor privado neste mesmo período sofreu um incremento de 43% ou seja, mais de 173.000 leitos privados foram postos à disposição da população. E tudo isto com financiamento do Estado. Como resultado desta política, visivelmente favorável à privatização, constata-se que dos 519.698 leitos existentes em 1987, 403.856 (78%) estavam no setor privado, enquanto o setor público detinha apenas 115.842 leitos (22%). E por quê o governo adotou tal política?

Torna-se fundamental neste sentido, resgatar um pouco a história de como se deu e consolidou o modelo de atendimento médico hoje existente no País. Para tal, não é preciso voltar muito na história. Basta apenas remeter à década de 70. Neste período, por iniciativa e através de concessão de subsídios político-financeiro, o Estado brasileiro adotou um modelo assistencial simplificado para a expansão de cobertura, sem que o setor público de saúde estivesse equipado, tanto no que diz respeito ao contingente profissional, quanto em termos de capacidade instalada (número de leitos, consultórios, estabelecimentos e ambulatórios) para atender a nova e crescente demanda. Em tal conjuntura, o Estado procurou novo parceiro para o empreendimento - o setor privado. Contudo este setor não estava suficientemente forte e consolidado para enfrentar o desafio proposto. Poucos leitos, pouca capacidade instalada e um reduzido número de profissionais de saúde para atuar. Era preciso investir no setor, através de subsídios e financiamento direto para sua expansão. Foi assim que na década de 70 nada menos que 70% dos recursos gastos com a assistência médica foram destinados para o pagamento de serviços contratados ao setor privado.

A proposta vingara.

De um lado o Estado "cumpria sua missão" de estender sua cobertura, "promovendo a saúde" para a população; do outro, o setor privado expandia-se a preços baixos, com um volume alto de produção de serviços, com reduzido custo operacional (mão-de-obra simplificada - médicos e atendentes) e com alta rentabilidade.

Assim, buscou-se adequar às novas exigências de expansão dos empregos da "parceria" de trabalho. De um lado, para os 80.000 médicos produzidos entre 1977 e 1987, foram criados cerca de 100.000 empregos e por outro, foram ofertados mais de 90.000 novos postos de trabalho para atendentes, constituindo-se em torno de 60% do total de empregos de saúde. Em oposição, a categoria de enfermagem-profissional de alta relevância numa equipe de saúde de qualquer país desenvolvido -viu-se totalmente alijada do processo, já que ao mesmo período as escolas de enfermagem produziram cerca de 40.000 novos profissionais e o mercado criou pouco mais de 14.000 empregos.

Reforçamos aqui, que com um tal perfil não é possível pensar em "priorizar o trabalho de equipe".

Não negamos a triste e desalentadora situação em que se encontra a assistência no País (mortes e doenças iatrogênicas, infecções hospitalares, baixo/péssimo atendimento à população), mas também não podemos deixar de frisar que o problema não começa e termina com a presença ou ausência do profissional médico, muito menos com a mágica gerencial. É inadmissível que continuemos a pensar um modelo de saúde centrado na figura onipotente e onipresente do médico. A saúde e sua equipe de trabalho não podem ser pensadas nos moldes das décadas de 60 e 70, onde a presença do médico, com o auxílio do atendente de enfermagem "resolvia" o problema.

É urgente que se busque um novo modelo de assistência médica adequado às exigências e avanços de uma saúde universalizante com equidade e resolutividade compatíveis com as demandas populares. É fundamental que se incorpore o trabalho de outros profissionais de saúde (enfermeiros, farmacêuticos, psicólogos e técnicos de enfermagem, entre outros), na busca de uma assistência integral.

O recurso humano, historicamente, em nosso país tem sido visto e tratado como um recurso instrumental a mais, um insumo de um sistema no processo produtor da assistência à saúde.

Tradicionalmente, o que observamos pelos dados disponíveis de ofer-

ta e demanda de Recursos Humanos, composição de equipe, diagnósticos das próprias estruturas gerenciais das instituições do setor saúde, salvo poucas e raras exceções, é a existência de uma política perversa de recursos humanos, que antes busca dar conta do caráter clientelista corporativo que sempre direcionou a organização do setor.

Como vimos, a política de saúde adotada pelo Estado conferiu ao setor privado uma clara posição de hegemonia no que tange ao número de estabelecimentos de saúde com internação, concentrando aí aproximadamente 80% dos leitos existentes no país. Entretanto, essa expansão não foi acompanhada pela preocupação de dotar esses estabelecimentos de equipes multi-profissionais em quantidade e qualidade compatíveis com o perfil da rede.

A inércia do Estado em criar mecanismos de controle sobre o produto final a ser produzido pela rede contratada colaborou positivamente para o agravamento da questão. O sistema de controle e avaliação utilizado pelo INAMPS é, no mínimo, ineficazmente burocrático. O mesmo pode ser dito dos organismos de Vigilância Sanitária dos estados e municípios, salvo aqueles raríssimos casos que apenas confirmam a regra. A Vigilância Sanitária tem sido vista, pelos detentores do poder, apenas como um razoável instrumento de arrecadação, sem priorizar a qualificação de seus técnicos.

O começo dos anos 90 encontra o setor de saúde com uma rede hospitalar própria insuficiente para suprir não só a demanda existente, como para responsabilizar-se pelo atendimento de emergência à população.

Para dar conta da problemática de tamanha complexidade, não basta intervir apenas sobre os recursos humanos; é imperioso que haja vontade política de atuar e organizar o setor como um todo, bem como se ter a dimensão temporal da tarefa, a curto, médio e longo prazo.

Neste sentido, para viabilizar o Sistema Único de Saúde e suas diretrizes, os recursos humanos, como sujeitos/agentes do processo, devem ser tratados de forma diferenciada em relação aos outros recursos, implica dizer que se faz necessário explicitar diretrizes e instrumentos legais para a gestão de recursos humanos e que essas diretrizes sejam divulgadas, debatidas e, uma vez aceitas, respeitadas.

Se há uma falta de vontade política em propor e implementar políticas de recursos humanos que garantam o acesso e o desenvolvimento do trabalhador no emprego e que, além disso, recuperem a sua dignidade e identidade profissional como direito de cidadania até então negado, não existirá treinamento, formação ou qualificação para o trabalho que não sucumba. Torna-se pois, necessário ao conjunto de interesses atuantes no terreno dinâmico das decisões políticas, considerar que a gerência e a competência abarcam em seu interior a racionalidade técnica decantada na história recente e a direcionalidade política. Sem este entendimento claro, corremos o risco de, uma vez mais, deixarmos de realizar uma radical transformação no setor, perdendo-nos nas teias da retórica do poder.