

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CULTURA
SECRETARIA DA EDUCAÇÃO SUPERIOR

*RELATÓRIO DO GRUPO INTERMINISTERIAL DE
RECURSOS HUMANOS PARA A SAÚDE*

SÉRIE CADERNOS DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
N.º 04 – 2.ª EDIÇÃO

BRASÍLIA
— 1983 —

NOTA EXPLICATIVA

Em termos de Educação, nada se pode colocar acima da preocupação com o preparo e o aprimoramento de Recursos Humanos adequados. Na área da saúde, deve existir uma sã inquietação no particular, a traduzir-se em estudos e avaliações periódicas, dos quais o presente documento é apenas um exemplo.

Sem dúvida, constitui um truismo dizer-se que, a formação de recursos humanos para o exercício de qualquer profissão é tarefa complexa. Na área da saúde, a complexidade avulta porque, além de ser uma área multiprofissional, em termos de profissionais de nível universitário, deve ainda cuidar do preparo de pessoal auxiliar, tanto de 1.º, quanto de 2.º grau, como ainda cumpre reciclar pessoal informalmente introduzido no setor. Por sobre isto, carece o setor saúde de uma estruturação das várias profissões em carreiras apropriadas, nas quais fiquem definidos diversos níveis ou classes de progressão funcional, com definição das hierarquias intraprofissionais.

O reconhecimento destes fatos, conduziu o Departamento de Assuntos Universitários – depois transformando em Secretaria de Ensino Superior, – a sugerir ao Governo da República a constituição de um Grupo Interministerial para estudar a situação dos Recursos Humanos da Área da Saúde e propor medidas concretas objetivando sua melhoria. O trabalho deste Grupo teve por termo de referência, também, o relatório e conclusões que, por iniciativa da mesma Secretaria, um outro Grupo de Trabalho havia apresentado em 1976.

Retardada, por motivos superiores, a conclusão do trabalho do Grupo Interministerial, o respectivo relatório surgiu nos últimos dias da administração anterior à atual. Não pôde ter, por isso, o documento, que dele se originou, a divulgação que, acreditamos, merecia. Considerando, porém, o valor conceitual e a atualidade do mesmo, resolvemos incluí-lo agora na série “Cadernos de Ciências da Saúde”.

Brasília, março de 1981

*Cícero Adolpho da Silva
Assessor
SESu/MEC*

**RELATÓRIO DO GRUPO INTERMINISTERIAL DE
RECURSOS HUMANOS PARA A SAÚDE**

Ministério da Educação e Cultura

Ministério da Saúde

Ministério do Trabalho

Ministério da Previdência e Assistência Social

Secretaria de Planejamento da Presidência da República

GRUPO DE TRABALHO

Edson Machado de Sousa – MEC
Coordenador

Carlos Alfredo Marcílio de Souza – MEC
Coordenador-Adjunto

Solon Magalhães Vianna – SEPLAN

Leandro Amaral Lopes – SEPLAN

Pedro Luiz Tauil – Ministério da Saúde

Stella Winge – Ministério da Saúde

Hugo Alqueres – Ministério da Prev. e Assist. Social

Doriane Calvet – Ministério da Prev. e Assist. Social

José Alberto Couto Maciel – Ministério do Trabalho

José Maciel Neves – Ministério do Trabalho

* O Grupo de Trabalho ressalta e agradece a ampla colaboração multiinstitucional e multidisciplinar na elaboração deste Relatório e, de modo especial à participação do Dr. Benedictus Philadelpho de Siqueira, Dr. Cícero Adolpho da Silva, Dr. José F. N. Paranaguá de Santana e da Prof.^a Lygia Paim.

CONTEÚDO

- I – A Necessidade de Articulação**
- II – Antecedentes Históricos**
- III – Aspectos Institucionais e Legais**
- IV – Limitações do Sistema de Saúde Vigente**
- V – Abordagem das Políticas e Estratégias de Saúde**
- VI – Recomendações**

I – A NECESSIDADE DE ARTICULAÇÃO

I – A NECESSIDADE DE ARTICULAÇÃO

O objetivo final das instituições acadêmicas voltadas para a saúde é o de contribuir para a elevação dos padrões de saúde da população. Esta contribuição das Universidades, Escolas e Departamentos, ocorre através de três mecanismos:

- a) **formação de profissionais com a qualidade e na quantidade necessária ao processo de promoção, proteção e recuperação da saúde;**
- b) **conservação e desenvolvimento das ciências e da tecnologia da área bio-médica; e**
- c) **consciência crítica dos processos de formação de recursos humanos e de prestação de serviços de saúde.**

Na atualidade, as Instituições de Ensino de Saúde percebem que o cumprimento de seu objetivo somente será alcançado se ocorrer uma efetiva, ampla e dinâmica articulação entre o setor formador de recursos humanos e os órgãos prestadores de cuidados de saúde, públicos ou privados, que funcionam sob a égide dos Ministério da Saúde e da Previdência e Assistência Social. Esta necessidade de integração, expressa no Documento nº 2 (1974) da Comissão de Ensino Médico do MEC, está incorporado à Lei nº 6.229 de julho de 1975 que define e rege o Sistema Nacional da Saúde.

Entretanto, apesar da vigência da Lei do SNS observa-se na prática, que a ausência de uma efetiva integração entre os setores de formação de pessoal e o de prestação de cuidados de saúde tem determinado sérias implicações e até imposto condições indesejáveis à formação e utilização de profissionais de saúde. Como exemplo mais típico desta situação está o fato de que, tanto ao nível da formação quanto ao de prestação de serviços clama-se pela formação de médicos gerais embora se observe na prática, que as escolas organizam a sua estrutura acadêmica para a formação de especialistas e sub-especialistas, refletindo as condições do mercado de trabalho, por ser este, reconhecidamente, fator hegemônico na determinação do perfil do profissional a ser formado. Pois, tal como declara a Organização Panamericana da Saúde "... é a própria estrutura de assistência médica que exerce ação dominante sobre o processo de formação de recursos humanos, principalmente através da estrutura do mercado de trabalho e das condições que circunscrevem a prática médica". Por outro lado, quando em qualquer circunstância é questionado o modo, a organização ou o rendimento das práticas vigentes de promoção, proteção e recuperação da saúde, individual ou coletiva, rural ou urbana, é comum atribuir-se às Escolas estas inadequações de qualidade, quantidade e perfil profissional.

Entre várias questões representativas desta não articulação vale citar o exemplo protótipo: os hospitais públicos do setor educacional, até antes de 1974 não eram remunerados pelo atendimento a pacientes da previdência social. Posteriormente através do chamado "convênio padrão" baseado em protocolo entre o MPAS e o MEC passaram a receber uma quota pelo atendimento dos previdenciários. Observou-se, depois, que esta quota — também chamada de subsídio — produzia um faturamento de cerca de 50% inferior ao aferido pelos hospitais privados pelo mesmo tipo de serviço — ou seja, o setor educacional desviara recursos próprios da educação e pesquisa para financiar o tratamento de pessoas que, compulsoriamente, pré-pagam sua assistência médica ao INAMPS.

Outro aspecto a merecer destaque é o papel que tem as escolas de contribuírem para a elevação da qualidade na prestação de serviço. A presença de estudantes em serviços de saúde, por si mesma, produz questionamentos e estímulos ao aperfeiçoamento da equipe de assistência própria da Instituição. Tais questionamentos, por sua vez, favorecem o desenvolvimento de atitudes propícias à educação permanente devido a necessidade de atualização do conhecimento científico e de qualificação de procedimentos técnicos.

A interferência entre o aparelho formador e o prestador dos serviços de saúde é tão forte que se um deles deixa de se mover em direção a um objetivo pré-determinado, compromete toda uma política de saúde, a nível regional e/ou nacional, embora que, vale repetir, a hegemonia no direcionamento de mudanças nas ações de saúde caibam sempre, diretamente ao setor prestador de serviços de saúde. É neste sentido que HALFDAN MALHER, Diretor Geral da Organização Mundial da Saúde, expressando o indiscutível consenso que existe hoje sobre o assunto, diz: "Os médicos e outros trabalhadores de saúde são inclinados a adaptar-se ao Sistema de Saúde vigente, mesmo que tenham sido preparados para desempenhar funções muito diversas. Portanto, primeiro é necessário modificar o Sistema de Saúde e logo fornecer os médicos para se desenvolverem neste Sistema".

As interrelações do setor saúde com os outros setores vão além dos objetivos deste documento. Entretanto, é óbvio que a necessidade de articulação não se esgota internamente dentro do setor saúde. É fundamental a articulação deste com outros setores sociais e econômicos pois, ou se inserem os objetivos deste setor dentro de uma política global de desenvolvimento ou o resultado do desempenho dos outros setores — sociais e econômicos — também serão comprometidos. Pois, tal como enfatizou recentemente o Conselho Executivo da Organização Mundial da Saúde (1978), o setor saúde somente alcançará seus objetivos "através de uma consciente política nacional e de esforços conjugados do setor saúde e dos outros setores do desenvolvimento econômico com atividades afins. Como o desenvolvimento da saúde contribui para o desenvolvimento sócio-econômico e ao mesmo tempo resulta dele, o ideal seria que a política de saúde se inscrevesse dentro de

uma política global de desenvolvimento refletindo assim os objetivos sócio-econômicos do governo e da população. Dessa forma as estratégias do setor de saúde e do setor social e econômico se apoiarão mutuamente, concorrendo juntos para a realização das finalidades últimas da sociedade”.

A Portaria Interministerial nº 64 de 13 de setembro de 1978, instituindo Grupo de Trabalho para estudar a situação dos Recursos Humanos da Área Médica, tem por objetivo contribuir para o aperfeiçoamento, melhor utilização e adequação destes recursos às reais necessidades do País. Como o tratamento das ações de saúde requerem diretrizes articuladas quer a nível político, quer organizacional, quer operacional o presente documento analisa os problemas dessa articulação e sugere algumas medidas básicas para melhoria da formação e da utilização dos recursos humanos de saúde.

Pelas razões já expostas, bem como pela ressonância que tais problemas têm no Setor de Formação de Recursos Humanos para atendimento de saúde da população é que o Ministério da Educação e Cultura encontrou eco para as continuadas solicitações que fez, expressando as dificuldades do setor formador. Pelos motivos acima, isto é, por ser o setor formador o mais crítico e o mais criticado, o mais sensível às críticas e o mais encarregado de mudanças, dada a sua própria natureza, foi também ele designado a coordenar o grupo instituído. Com isso, pode-se entender que é preciso reorganizar o setor saúde em razão também da abertura cada vez maior às naturais inovações que o ensino coloca e, com isso permitir a atenuação dos hiatos entre o discurso e a ação; entre o que se ensina e o que se experimenta; entre o que se teoriza e o que se pratica.

Como resultado, espera-se, virão a qualificação do ensino, enquanto mais próximo do serviço e, a qualificação dos serviços, enquanto mais adequados à realidade.

II – ANTECEDENTES HISTÓRICOS DA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

II – ANTECEDENTES HISTÓRICOS DA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Já data de muito tempo a compartimentalização das ações de saúde no Brasil. Assim, por exemplo, o Reino Português criou em 1798 o Hospital Militar do Rio de Janeiro, para o cuidado a seus soldados, apesar da existência das Santas Casas que prestavam cuidados à população. A própria criação das Escolas Médicas da Bahia e do Rio de Janeiro, em 1808, mais do que o desejo de corrigir a longa ausência de escolas deste tipo no País visava precípua e ostensivamente preparar médicos militares, uma forma de apoio às milícias do Reino, bem como dentro do espírito anti-jesuítico e ante-semítico da época, estabelecer de modo eficaz, a hegemonia do médico oficial no exercício da medicina no País, em contraposição às experiências de serviços de saúde já existentes sob a orientação dos jesuítas, que procuravam ensinar a prática médica e formar agentes de saúde (a fisicatura e o proto-medicato).

Embora, já no fim do século XVIII, médicos opinassem no planejamento das cidades face à relação das condições destas na eclosão e manutenção das doenças, pouco se conhecia de prevenção e ainda menos dos recursos para a promoção da saúde. Era a época em que a lepra, a peste, a cólera e a varíola assolavam populações inteiras. O médico atendia a quem lhe podia retribuir, e as Santas Casas, à indigência. A partir daí parece ter-se instituído uma assistência que propiciava cobertura médica aos afortunados e que, de modo aleatório se estendia aos menos privilegiados através das instituições beneficentes.

Estas ações concentraram-se nos aglomerados urbanos, inicialmente através das Santas Casas e depois nas instituições públicas (Hospitais Gerais, Maternidades, Lactários, Hospitais de Isolamento, etc.). A iniciativa privada participava dos cuidados à saúde através dos profissionais e das instituições beneficentes. Excepcionalmente os Postos de Saúde localizados nas cidades de grande e médio porte, as atividades ambulatoriais não eram valorizadas, nem dinamizadas.

Com o advento da Lei ELOY CHAVES, instituindo a Previdência Social em 1923, foram criadas as condições para implantação de serviços de saúde aos empregados de determinadas categorias profissionais. A evolução desses serviços, levou, durante as décadas de 1930 a 1950, à implantação de diferentes institutos previdenciários com a conseqüente criação de uma rede de serviços ambulatoriais condizentes com as necessidades dos segurados porém desconhecendo as necessidades dos seus dependentes. Posteriormente, foram ampliadas para as famílias os benefícios prestados e surgiram nesta época, inclusive, hospitais próprios de cada uma das instituições, alguns dos quais atingiram inquestionável padrão de excelência, servindo de centro de treinamento a um elevado contingente de profissionais de saúde de todo o País.

Com a crescente expansão do número de beneficiários e na ausência de um adequado planejamento e racionalização da assistência a qual deveria estar voltada para as reais necessidades de saúde da população, o atendimento deixou de ser prestado primordialmente por profissionais pertencentes às Instituições Previdenciárias, as quais passaram a comprar serviços. Com isto a necessidade de expansão da cobertura não se fez acompanhar de igual crescimento da rede própria para prestação de serviços da Previdência. Esta opção produziu séria distorção na prestação de serviços, ao propor modalidade de pagamento de assistência médica que remunera de forma vantajosa os atos que requerem para a sua realização aparelhagem de maior ou menor sofisticação.

Como os equipamentos sofisticados freqüentemente necessitam instalações específicas a atenção à saúde foi centrada em prédios precariamente adaptados para hospitais, clínicas ou casas de saúde, onde, freqüentemente, não existiam instalações para ambulatórios e normalmente, localizados longe do domicílio dos usuários, o que determinava quase sempre, a internação como forma de realizar aqueles exames que, em última análise, trariam uma melhor remuneração para os atos médicos praticados.

Vale também a referência ao fato de que a administração de saúde no País foi desenvolvida sem coordenação ou harmonização das ações de seus diversos setores. Por exemplo cabe ao Ministério da Saúde o estabelecimento da política e das normas das instituições de saúde, mas é o MPAS/INAMPS quem credencia o funcionamento dos serviços. Por motivos como este, o Brasil é certamente um dos poucos Países do mundo onde tem sido possível a criação de hospitais sem ambulatórios e/ou sem emergência, a de emergência desvinculadas de hospitais, e até mesmo o funcionamento "Unidade de Tratamento Intensivo" fora de hospitais, apesar da existência de recente legislação apropriada. Em adição não existe uma escala de prioridades para investimentos em instrumental de tecnologia sofisticada de introdução recente no mercado. Estes equipamentos, que deveriam ser prioritariamente colocados em Hospitais de Base vinculados ao Ensino ou próprios do INAMPS ou em outras entidades não lucrativas, são adquiridos por qualquer tipo de organização de saúde capaz de tornar o investimento rentável.

Esta forma de desenvolvimento setorial propiciou o aparecimento de empresas médicas, freqüentemente distanciadas dos objetivos de elevar os níveis de saúde da população e preocupadas com o acúmulo de capital para fazer face à aquisição de moderna tecnologia médico-hospitalar e deste modo expandir sua clientela.

A modernização tecnológica das instituições de saúde por ser financiada na sua quase totalidade pelo setor público (FAS e INAMPS) desviou recursos que poderiam ser alocados em áreas onde a relação custo benefício e impacto social seriam mais favoráveis, determinando que a assistência seja prestada a custos elevados e dirigida principalmente para as patologias mais raras e mais graves.

Esta forma de organização trouxe à prestação de assistência médica à população um impasse institucional, cuja solução requer uma re-orientação no setor, visando a elevação dos padrões de desempenho.

A área de formação de profissionais de setor saúde não pode desconhecer a realidade da organização dos serviços, visto que, é a demanda a esses serviços que deve indicar o perfil do futuro profissional.

Isto acontece de um modo muito imediato e particular com a Medicina, onde a forma de pagamento por atos médicos, beneficiando aqueles mais especializados, faz com que os currículos das Escolas Médicas se reflitam nas distorções do mercado de trabalho.

O desenvolvimento empresarial das instituições de saúde verificado nos últimos anos repercutiu também — como não poderia deixar de ser — dentro das Universidades e dos seus hospitais. Estes, em decorrência da impossibilidade de modernização administrativa e de renovação de seus equipamentos, bem como dos baixos níveis salariais oferecidos ao seu pessoal, passaram a sofrer a concorrência das organizações empresariais, em termos de recursos humanos. Órgãos Governamentais como CAPES, CNPq, Universidade e outros, vêm há várias décadas fazendo grandes esforços e investimentos na formação pós-graduada de profissionais de saúde, tanto no país quanto no exterior. Este pessoal treinado para o uso de tecnologia avançada, com finalidades de assistência, ensino e pesquisa, tem encontrado dificuldades de acesso ao instrumental adequado para o desenvolvimento de suas atividades. Em contraposição, as clínicas e hospitais privados, através de investimentos, de alto custo, têm se mostrado capazes de rapidamente adquirir equipamentos modernos, colocando-os à disposição da população, através do INAMPS (*).

Várias são as decorrências destes fatos:

- a) Como a introdução de “novas tecnologias” ocorre, geralmente, no setor privado, torna-se do maior interesse a maximização da sua rentabilidade a fim de compensar o investimento feito. Em razão disso, as “novas técnicas” passam a ser aplicadas em frequência maior que a necessária, principalmente, porque a remuneração do seu emprego se faz sob a forma de “unidades de serviços”;

(*) Consultar “Os Hospitais de Ensino e o Sistema Nacional de Saúde”. Documento do Colégio Brasileiro de Reitores, 1977.

- b) O retardo na incorporação de “novas tecnologias”, nos Hospitais de Ensino, impede que os profissionais de saúde sejam treinados e atualizados quanto ao uso desses equipamentos e tecnologias dentro dos padrões éticos e técnicos adequados; e,
- c) A dificuldade dos Hospitais de Ensino possuírem tais equipamentos repercute em toda a equipe de saúde, que se vê impedida de atender a anseios pessoais e profissionais de progresso científico quanto a assistência, ao ensino e a pesquisa. Em decorrência, muitos perdem a motivação para a vida científica e acadêmica, passando a se dedicarem a instituições privadas. Posteriormente, quando o Hospital de Ensino consegue adquirir os equipamentos, esses profissionais são tentados a não se empenharem em sua utilização, visando a evitar o que se poderia chamar de “auto-concorrência” técnica e financeira.

A dissociação entre atividades de ensino e de serviços de saúde foi sempre tão marcante que mesmo quando havia o chamado Ministério da Educação e Saúde (1930 a 1953), inexistia coordenação das ações entre o ensino e serviço no Setor Saúde. Foi exatamente neste período que teve início a construção de expressivo número de hospitais universitários, paralelamente à criação de outros hospitais em capitais e interior, bem como, postos de saúde, maternidades e lactários, porém, sem a necessária articulação ensino-serviço. Já nessa época desenvolvia-se e tomava seu próprio rumo a Previdência Social Federal que através de múltiplos Institutos dava cobertura a diferentes categorias de assalariados.

Desenvolvendo-se dentro de tais caminhos a nossa organização de saúde permanece exibindo uma arraigada dissociação entre as atividades de serviço e as de ensino, entre ensino e pesquisa, entre medicina preventiva e curativa, entre medidas coletivas e individuais de saúde, e mesmo divisões menos perceptíveis como as necessidades sentidas e não sentidas, e por isso mesmo, tendo as ações dos diversos sub-sistemas de saúde compartimentalizadas, algumas vezes até superpostas ou concorrentes entre si, sem um inter-relacionamento efetivo e dinâmico, distanciadas de uma política adequada à resolução dos problemas de saúde da população.

III – ASPECTOS INSTITUCIONAIS E LEGAIS

III – ASPECTOS INSTITUCIONAIS E LEGAIS

A multiplicidade institucional do setor saúde constitui-se, como já visto, em uma das suas características mais marcantes, e, por conseguinte, um dos entraves à qualificação do seu desempenho, tornando necessário definir a sua organização e dar racionalidade às suas ações. Reconhecendo a necessidade de organizar e racionalizar o setor, os Ministros integrantes do Conselho de Desenvolvimento Social, na Exposição de Motivos recomendando a criação do Sistema Nacional de Saúde, Lei 6.229/75 – assim se expressam:

- “3 – A Saúde, segundo se sabe, depende da atividade de uma série de áreas ou setores que se diferenciam em função das técnicas que utilizam, as quais, entretanto, devem ser coordenadas e harmonizadas sob pena de terem sua eficácia sensivelmente reduzida;
- 4 – As maiores deficiências que se manifestam na ação desenvolvida no campo da saúde provêm, em elevado grau, da dispersão de esforços e da indefinição de competências das entidades públicas e privadas ligadas ao setor, e que as desempenham descoordenadamente e mesmo competindo entre si”.

Se é verdade que o regime federativo onde vigora a autonomia dos Estados e Municípios, favorece, de certa forma, a execução de ações de saúde nas três esferas do governo – federal, estadual e municipal – também é certo que a imprecisão das definições no âmbito de competência de cada uma, contribui para atuações competitivas e assinérgicas.

Ocorre, ademais, que a expansão dos serviços de saúde nas últimas décadas, se deu de forma pouco ordenada; inúmeros Organismos e Programas Oficiais foram sendo criados diante do aparecimento ou agravamento de determinados problemas ou como resposta às pressões de clientelas específicas.

Até mesmo o setor privado, antes limitado ao hospital beneficente e ao consultório médico isolado, passou a assumir modalidades mais complexas e diversificadas de organização empresarial estimulando a atomização da ciência médica em múltiplas especialidades e como resposta ao mercado previdenciário responsável maior pela criação de empresas, cooperativas e outras formas assemelhadas de organização médica privada.

A estrutura pluralista institucionalizada pela Lei 6.299, amparou-se na tradição e vocação histórica dos Ministérios setorialmente envolvidos, e teve como antecedentes imediatos as diretrizes contidas no II PND, encarecendo a necessidade de uma definição institucional no setor de saúde, com base em mecanismos de coordenação que anulem imprecisões ou superposições de âmbito de atuação. Estes mecanismos não se encontram ainda definidos de forma clara e precisa.

Em verdade a multiplicidade de instituições, as indefinições e superposição de competências ocasionando paralelismos, conflitos e omissões, não se esgotaram com a promulgação da Lei do SNS.

A despeito das inexatidões e de muitas de suas limitações, a chamada lei do SNS, pode ser reconhecida como um avanço, não só por se tratar de primeira tentativa concreta para racionalizar o sistema, como por representar o reconhecimento oficial de algumas das imperfeições há muito apontadas em diversos estudos técnicos.

IV – LIMITAÇÕES DO SISTEMA DE SAÚDE VIGENTE

IV – LIMITAÇÕES DO SISTEMA DE SAÚDE VIGENTE

A inadequação da oferta de serviços de saúde frente ao perfil nosológico prevalente, a sua forma de financiamento, o atendimento não planejado da demanda e, ainda, a importação de modelos de países industrializados, têm se constituído em sérias limitações do setor saúde.

Parte substancial do elenco de tentativas já experimentadas, nem sempre contemplou o conflito entre a finalidade do sistema de saúde — melhorar o grau de higidez da população — e sua relativa impotência para, por si só, alcançar esse objetivo.

As ações médico-sanitárias são apenas um dos determinantes do nível de saúde de uma população, sendo bastante evidente que para as populações de baixa renda não é o mais importante.

Entre 1971 e 1977 o gasto governamental “per capita”, pelo menos triplicou (a preços de 1977). Não obstante, os indicadores de saúde coletiva não apresentaram evolução compatível com esse esforço.

A mortalidade por doenças de veiculação hídrica, um dos mais importantes problemas de saúde pública do país, só pode ser reduzida através da implantação de sistemas de saneamento básico com ampla cobertura populacional, mas a viabilização desse benefício depende, em grande medida, da capacidade de compra das comunidades.

Os elevados índices endêmicos de desnutrição só regridirão para valores toleráveis quando o percentual mais carente da população tiver melhor acesso aos alimentos básicos. Em outras palavras: a melhoria do grau alimentar e nutricional de uma coletividade depende basicamente de sua renda.

A evidência indica, na verdade, que os indicadores de saúde e nutrição apresentam estreita correlação com a distribuição de renda e nível de emprego, demonstrando sem negar sua importância, as limitações do sistema médico-hospitalar. A melhoria do nível de saúde de uma população só se torna permanente quando oriunda de medidas que superam as restrições impostas pelo contexto econômico-social.

V – ABORDAGEM DAS POLÍTICAS E ESTRATÉGIAS DE SAÚDE

V – ABORDAGEM DAS POLÍTICAS E ESTRATÉGIAS DE SAÚDE

A ausência de uma definição formal de política, não significa um comportamento aleatório do setor de saúde como um todo, ou de seus componentes individualizados. Na realidade o caráter implícito da política de saúde apresenta entre outros os seguintes aspectos marcantes:

- nítida separação entre atividades individuais e coletivas de saúde;
- não articulação entre formação e utilização de recursos humanos de saúde;
- centro de decisões quanto a utilização de recursos humanos, fora do setor saúde;
- forte participação estatal, sobretudo no financiamento;
- vigência de instrumentos setoriais de política social de características inovadoras (PIASS e PRONAM, por exemplo);
- atuação fundamentalmente indireta na assistência médica previdenciária;
- tendência progressiva a equalização dos serviços de saúde, a despeito de ainda permanecer sua organização segundo clientela, por força das peculiaridades do sistema de financiamento;
- tendência a privilegiar o ato instrumental ou a tecnologia sofisticada, em detrimento da consulta e das ações de saúde de menor custo unitário, maior eficácia e abrangência.

Dominando os aspectos acima referidos encontra-se a necessidade de extensão crescente da cobertura assistencial nas áreas urbanas, sub-urbanas e rurais do país.

A predominância da presença do Estado neste setor social não chega a surpreender em um país onde a metade da população economicamente ativa participa em menos de 14% da renda e 70% das pessoas empregadas recebem menos de dois salários mínimos. A atuação das profissões de saúde na sua antiga dinâmica liberal, fica restrita à prestação de cuidados ao pequeno contingente com poder aquisitivo suficiente para consumir os serviços de saúde que deseja.

A polêmica, exacerbada nos últimos anos, entre os defensores da presença do estado na economia e os adversários da empresa estatal, não atinge, até certo ponto, o setor de saúde, pois este apresenta tais peculiaridades que, mesmo nos países em que as forças do mercado estão plenamente desenvolvidas, seus serviços tem mecanismos próprios de regulamentação e se constituem em um tipo de bem que escapa às leis do mercado. Isto porque, a saúde é um bem ao qual todos devem ter livre e igual acesso e, além do mais os cuidados de saúde têm que ser de

boa qualidade. Sendo a qualidade do ato médico de complexa avaliação é difícil ao consumidor aferir o produto que está comprando. Difere pois, da aquisição de um determinado bem que é escolhido por suas óbvias características. Por estes motivos, em defesa do consumidor, cresce nos países ocidentais a participação do poder público no ordenamento e na prestação de serviços de modo a favorecer a satisfação das necessidades sociais de saúde. Entre nós a eloquência dos indicadores do nível de renda e de sua distribuição tem grande efeito persuasivo ao demonstrar que a grande maioria da população não dispõe de condições econômicas de acesso a mecanismos eficientes de promoção, proteção e de recuperação da saúde.

Na verdade a grande controvérsia que prevalece no sistema de saúde brasileiro está centrada na forma como se verifica a presença governamental no serviço de saúde e não quanto ao seu papel como agente financeiro.

Avocando a responsabilidade da execução direta dos serviços de saúde de combate às doenças de massa, o governo, através de suas instituições de saúde, optou por uma atuação eminentemente indireta no campo da assistência médica individualizada. Neste campo, a Previdência optou pelos serviços médicos de diagnóstico e tratamento prestados em meio hospitalar, clínicas, e casas de saúde privadas. Os serviços diretos mais significativos são as consultas através de ambulatórios (ver tabela I), e, de modo menos expressivo, os serviços de complementação diagnóstica (ver tabela II). Quanto às internações em hospitais próprios do INAMPS, estas, quantitativamente, são inexpressivas, correspondendo apenas a 3,1% do total de internações (ver tabela III).

Essa estratégia de ação direta decorre de um posicionamento pragmático da Previdência Social com vistas ao aumento de cobertura da assistência hospitalar, a despeito de algumas distorções existentes.

A incidência destas "distorções" (*), menos expressiva quando o setor privado conserva sua autenticidade, parece alcançar níveis inquietantes quando o governo se interpõe como agente financiador.

(*) Eufemismo incorporado ao jargão médico para designar alguns efeitos indesejáveis das ações de saúde exercidas por entidades com finalidades predominantemente lucrativas.

TABELA I

CONSULTAS MÉDICAS EM UNIDADES PRÓPRIAS, CONTRATADAS E SOB CONVÊNIO
1971 - 1977

Em 1.000

ANOS	TOTAL	CONSULTAS MÉDICAS					
		PRÓPRIOS		CONTRATADOS		CONVÊNIOS	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
1971	44.692	37.328	83,5	7.361	16,5	-	-
1972	47.796	38.573	80,7	9.223	19,3	-	-
1973	48.633	39.262	80,7	9.371	19,3	-	-
1974	52.144	41.575	79,7	10.568	20,3	-	-
1975	82.369	49.110	59,6	15.104	18,3	18.155	22,1
1976	105.477	52.703	50,0	27.759	26,3	25.015	23,7
1977	134.417	57.152	42,5	39.633	29,5	37.632	28,0

FONTE: INAMPS.

TABELA II

SERVIÇOS DE COMPLEMENTAÇÃO DIAGNÓSTICA* EXECUTADO EM UNIDADES PRÓPRIAS,
CONTRATADOS E SOB CONVÊNIO

Em 1.000

ANOS	TOTAL	SERVIÇOS DE COMPLEMENTAÇÃO DIAGNÓSTICA					
		PRÓPRIOS		CONTRATADOS		CONVÊNIOS	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
1971	15.874	7.454	47,0	8.420	53,20	—	—
1972	19.273	7.612	39,5	11.661	60,0	—	—
1973	19.676	6.946	35,3	12.730	64,7	—	—
1974	20.854	7.517	36,0	13.337	64,0	—	—
1975	33.789	9.540	28,2	19.828	58,7	4.421	18,1
1976	46.206	9.142	19,8	30.592	66,2	6.472	14,0
1977	45.743	9.422	20,7	28.160	61,5	8.161	17,8

FONTE: INAMPS

* Exames Radiológicos e de Laboratório.

TABELA III
INTERNAÇÃO EM HOSPITAIS PRÓPRIOS, CONTRATADOS E SOB CONVÊNIOS
1971 – 1977

Em 1.000

ANOS	TOTAL	SERVIÇOS DE COMPLEMENTAÇÃO DIAGNÓSTICA					
		PRÓPRIOS		CONTRATADOS		CONVÊNIOS	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
1971	2.932	136	4,6	2.796	95,4	—	—
1972	3.406	132	3,9	3.274	96,1	—	—
1973	3.709	139	3,7	3.569	96,2	—	—
1974	4.082	176	4,3	3.906	95,7	—	—
1975	5.386	183	3,4	4.928	91,5	275	5,1
1976	6.744	178	2,6	6.179	91,7	387	5,7
1977	6.893	216	3,1	6.223	90,3	454	6,6

Fonte: INAMPS

A despreocupação de produtores e consumidores com o custo dos serviços exacerba o seu consumo, seja porque os pacientes passam a vincular a qualidade de assistência ao número e grau de instrumentalização dos atos médicos e exames complementares a que são submetidos, seja porque, além do fascínio da tecnologia, a pressão do eficiente "marketing" do complexo médico-industrial, são os profissionais estimulados por um sistema de remuneração que privilegia procedimentos de alta sofisticação.

Este tipo de abordagem a problemas individuais de saúde resulta da interação entre formação profissional e características dominantes do mercado de trabalho. A formação profissional é feita em hospitais de alta complexidade nos quais os pacientes não representam a patologia prevalente na população, conduz à sub-especialização, distancia os alunos do contato com os problemas nacionais de saúde, e das instituições de saúde extra-universitárias.

Por outro lado, o mercado de trabalho que privilegia "tecnologia sofisticada", está diretamente ligado a forma de pagamento adotada pela Previdência nos seus contratos de serviços, remunerando os procedimentos e atos médicos proporcionalmente a sua quantidade e complexidade.

Assim, por exemplo, a consulta médica, o ato mais importante do cuidado médico — que permite a interação médico-paciente — recebe remuneração desencorajadora do INAMPS e por este motivo, é proporcionalmente menos oferecida (ou menos contratada) pelo MPAS/INAMPS. Entretanto, maior a possibilidade de ser a atenção médica instrumentalizada e rentável, mais ela é oferecida pelos grupos médico-empresariais e contratada pela Previdência. A tabela IV é demonstrativa desta situação exibindo as proporções entre tipos de atos médicos produzidos em serviços próprios e contratados pelo INAMPS.

A distribuição dos serviços segundo clientela constitui outra característica atual da política de saúde. A unificação dos diversos institutos de Previdência com a criação do INPS (1966) e a instituição do SINPAS (1976) ocasionando a fusão, no INAMPS, dos serviços médicos do IPASE, INPS, FUNRURAL e LBA, foram passos importantes com vistas à equalização na assistência à saúde. Apesar disto ainda não se alcançou melhor racionalidade e uniformidade, pois os programas assistenciais têm filosofias diversas quando se trata do meio rural ou urbano.

TABELA IV

RELAÇÃO NUMÉRICA ENTRE CONSULTAS, SERVIÇOS DE COMPLEMENTAÇÃO DIAGNÓSTICA E INTERNAÇÕES EM UNIDADES PRÓPRIAS E CONTRATADAS PELO INAMPS EM 1975, 1976 E 1977

A N O	CONSULTAS PRÓPRIOS/CONSTRATADOS	COM. DIAGNÓSTICA PRÓPRIOS/CONTRATADOS	INTERNAÇÕES PRÓPRIOS/CONTRATADOS
1975	1:0,31	1:2,07	1:26,92
1976	1:0,52	1:3,34	1:34,71
1977	1:0,69	1:2,99	1:28,81
MÉDIA	1:0,51	1:2,80	1:30,14

FORNTE: INAMPS (Consultar tabelas I, II e III)

Por outro lado, não só a população não contribuinte deixa de receber os mesmos benefícios, como determinadas modalidades de atuação do MPAS, como os contratos com as empresas para prestação de assistências médica aos respectivos empregados e dependentes, acarreta naturalmente, níveis e padrões assistenciais diferentes. A este quadro deve ser acrescida ainda a participação dos diferentes institutos estaduais de previdência para tornar ainda menos homogênea a assistência médica estatal.

Se o consumo crescente dos serviços de saúde constitui tendência inerente à sociedade moderna, a racionalização da demanda em um contexto de recursos finitos, requer mecanismos de controle sobre a oferta, seja dimensionando-a em função dos interesses da maioria, seja estruturando-a de forma a permitir o atendimento das necessidades básicas da população.

Esta estratégia para o setor saúde exige, portanto, que os serviços sejam organizados em bases epidemiológicas, para alcançar seu objetivo social e em bases científicas que permitam maior nível de eficiência.

Está longe de ser fácil, todavia, desenhar a oferta sobre a ótica acima, na medida em que fatores extra-técnicos surgem como condicionantes e quando a prestação de serviços predominantemente está a cargo de instituições lucrativas, que se mostram ágeis para atender e orientar a demanda, mas pouco sensível à obediência de prioridades fixadas em função das necessidades epidemiologicamente determinadas.

VI – RECOMENDAÇÕES

VI – RECOMENDAÇÕES

O equacionamento dos problemas setoriais delineados neste documento e que apresentam direta repercussão na formação e utilização de recursos humanos para a saúde requer, entre outras, as seguintes medidas básicas:

- a) a criação de mecanismos eficazes de coordenação e articulação;
- b) hierarquização e regionalização das ações de saúde;
- c) uma definição clara e precisa das áreas de atuação dos setores públicos e privados.

a) Mecanismos de Coordenação e Articulação

As alterações organizacionais introduzidas no setor como resultado da criação do SNS e do SINPAS devem ser encaradas, em última análise, como uma forma de acelerar a extensão da cobertura dos serviços de saúde e saneamento e equalizar a sua distribuição.

Sob essa perspectiva, o SNS e o SINPAS representam etapas táticas de inegável alcance social no processo de fusão dos inúmeros organismos federais de saúde iniciado em 1966 com a criação do INPS e que conduzirá, mais cedo ou mais tarde, a integração ao nível federal, das atividades de saúde sob a égide de um só organismo, assegurando assim a necessária unidade de comando.

Na medida, entretanto, em que se processa essa unificação, factível a médio ou longo prazo, torna-se imprescindível garantir, em prazo mais curto, o aperfeiçoamento dos serviços cujo desempenho permanece ainda obstaculizado pela existência, entre outros fatores, de imprecisões quanto a área de atuação de cada um dos componentes do sistema.

Dessa forma configura-se conveniente e oportuna a criação de mecanismos que propiciem melhor coordenação e articulação nas ações desenvolvidas pelos ministérios que integram o SNS.

Dois instrumentos ressaltam como adequados a esse objetivo:

1) **O Conselho Nacional de Saúde** desde que reestruturado em sua composição e atribuição, fortalecendo-se a representação das entidades mais significativas do Sistema e institucionalizando-o como mecanismo permanente de alto nível para a coordenação e articulação interministerial;

2) **O Fundo Nacional de Saúde** cuja reformulação permitiria aportar-lhe todo o financiamento da área federal, inclusive o previdenciário, de modo a que os recursos destinados à saúde sejam alocados em função das prioridades dos diversos problemas da população e não mais em decorrência da capacidade de arrecadação de cada Ministério ou do vínculo institucional do beneficiário.

b) Hierarquização e Regionalização das Ações de Saúde

Os princípios fundamentais de uma boa atenção à saúde são:

- 1) Deve ser universal;
- 2) Deve ser integral (preventiva e curativa);
- 3) Deve ser oportuna (o mais precoce possível);
- 4) Deve ser adequada às necessidades da população;
- 5) Deve ser baseada na equipe de saúde.

Estes pontos nos permitem visualizar que ela não pode ser baseada no hospital como ele é entendido em nosso meio e também não pode ser concentrada prioritariamente no médico.

Os trabalhos de KERR WHITE tornaram-se um ponto de referência e merecem ser citados. Observou este autor que a distribuição da demanda por cuidados médicos de uma população típica, em um ano, mostra que, para cada 1.000 indivíduos:

- uma média de 720 pessoas visitará médico em consultório, pelo menos uma vez;
- uma média de 100 pessoas será admitida a um hospital pelo menos uma vez; e
- apenas uma média de 10 pessoas (1%) será admitida em um hospital destinado a cuidados mais complexos, como é o Hospital Universitário.

A repetição de pesquisa análoga em outros países desenvolvidos e em desenvolvimento mostrou resultados semelhantes. E, mais recentemente **Carvalho** e colaboradores (Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto) utilizando metodologia semelhante à de KERR WHITE obtiveram resultados semelhantes na região Sudeste do País. Estes estudos dizem, portanto, da necessidade de regionalização de serviços de saúde, hierarquização em níveis de complexidade crescente, dos consultórios, ambulatorios ou postos de saúde, pelos quais o contacto da população com o sistema saúde deve iniciar-se, passando a níveis secundário, em hospitais comunitários, e terciário, em hospitais de especialidades. O Hospital de Ensino e o Hospital Previdenciário deverão constituir, tipicamente, unidades de saúde deste último nível, e os alunos das profissões de saúde, para que sua formação permita-lhes uma vivência das reais necessidades da população, deverão ser adequadamente expostos a todos os níveis de atenção a saúde.

Existe um consenso universal da necessidade de se estender os cuidados primários de saúde a toda a população. Esta extensão obedeceria alguns requisitos como os de utilização de técnicas simples, eficazes e de baixo custo, executadas por pessoal auxiliar recrutado de preferência na própria localidade, instalado em unidades de saúde fixas e de pequeno porte, supervisionadas e abastecidas regularmente, articuladas com unidades de maior porte à qual são referidos pacientes. Entre os cuidados primários de saúde incluir-se-iam:

- 1) Saúde materno-infantil;
- 2) Controle de doenças transmissíveis;
- 3) Educação em saúde;
- 4) Assistência médico-sanitário;
- 5) Atendimento de emergências;
- 6) Saneamento básico.

A Portaria Interministerial 001/78-MS e MPAS, dispõe sobre a organização dos serviços básicos de saúde, nos níveis elementar e primário, para assistência a população até 20.000 habitantes.

Com relação aos serviços especializados de saúde não existe ainda consenso semelhante ao existente para os serviços básicos.

A Lei que criou o Sistema Nacional de Saúde dá o caminho para uma melhor reordenação do Setor Saúde, em todos os seus níveis de complexidade; infelizmente, não disciplina um dos maiores empecilhos à sua concretização, pois cristaliza a separação entre Medicina Preventiva e Curativa, inadmissíveis nos dias atuais, e mantém a diversificação de órgãos prestadores e de fontes de recursos. Entretanto, a própria Lei do SNS (Art. 1º, inciso III, alínea d) dá indicações para se vencer este impasse institucional ao mencionar a necessidade de: "Promover a integração progressiva dos hospitais e institutos de treinamento de pessoal de saúde no Sistema Nacional de Saúde, aparelhando-os para desempenhar as funções que lhes forem atribuídas pelo Sistema e ampliando a área de treinamento pela utilização de outras instituições de prestação de serviços pessoais de saúde do Sistema Nacional de Saúde".

Na situação atual, a necessidade de regionalização e de hierarquização das ações de saúde se justifica também com base na previsão da necessidade futura de assistência, ensino e pesquisa na área de saúde. Se levarmos em conta a tendência de universalizar a previdência no País, atingindo, por exemplo, 95% da população rural urbana por volta do ano 2.000, a esta época serão necessária cerca de 22.260.000 internações*. Portanto, 4,4 vezes o número das internações de 1975

* Para este cálculo admitiu-se a taxa de internações previstas pelo MPAS/INAMPS de 10,6 internações para cada 100 previdenciários.

(5.005.180 internações). Mesmo que o PIB continue mantendo um bom ritmo de crescimento, isto significará uma marcante pressão de gastos com atividades de saúde. Esta pressão deverá ocorrer principalmente devido a tendência até aqui verificada de proliferação de serviços médicos urbanos, instrumentalmente sofisticados, de tamanho pequeno ou médio em vez de unidades de saúde melhor e mais racionalmente distribuídas nas cidades e no meio rural, e utilizando amplamente todos os membros das suas equipes de saúde.

Um sistema de saúde regionalizado vai permitir um atendimento mais oportuno ao paciente que terá conseqüentemente um restabelecimento mais rápido e requerendo, no maior número de casos, o uso de tecnologia simplificada, com marcante redução do custo final do atendimento.

Como o modelo assistencial atual se baseia na medicalização e na procura crescente de assistência médica, suas práticas e organizações, coerentemente, são concentradoras de conhecimentos, capital e poder político. Para o modelo que se busca torna-se imperiosa a desconcentração, a simplificação e difusão do saber sobre saúde, de modo a fazê-lo apropriável e utilizável em larga escala.

A extensão de cobertura, por conseguinte, impõe que a formação e a utilização de recursos humanos se façam em bases significativamente diferentes daquelas em vigor. Impõe considerar as reais necessidades de saúde da população e as características novas dos serviços para se estabelecer a quem e como formar. Novas categorias de trabalhadores da equipe de saúde desde já se adiantam como fundamentais, sobressaindo-se dentre elas os auxiliares polivalentes de nível médio e elementar.

c) Definição das Áreas de Atuação dos Setores Público e Privado

A forte presença do Estado na prestação de serviços de saúde deixou, há muito, de ser questionada mesmo pelos mais ortodoxos defensores da livre iniciativa, diante do evidente descompasso entre os custos crescentes dos serviços médico-hospitalares e as escassas possibilidades de acesso da maior parte da população.

Neste contexto, o setor privado de inegável representatividade no modelo assistencial brasileiro deve ter como responsabilidade básica a cobertura ao segmento da sociedade capaz de custear os serviços que necessita sem a intermediação governamental. O seu papel supletivo na assistência-médica previdenciária deve ser orientado para as áreas geográficas e ações previamente definidas em planos e programas (estaduais e municipais).

Procura-se assim inverter de forma gradual e não traumática a propensão do setor privado em, mediante incentivos e financiamentos oficiais, instalar-se em áreas de menor prioridade e pleitear contratos com a Previdência Social, agra-

vando portanto o problema de distribuição dos serviços e até de sua inadequação frente aos agravos a saúde de maior importância epidemiológica.

Não se propõe, nem o monopólio estatal dos serviços de saúde, nem tão pouco o aumento do artificialismo de uma medicina liberal dependente de iniciativas, empréstimos e credenciamentos governamentais.

Parece legítimo, porém, impedir a tendência de que a prestação dos serviços de saúde seja condicionada pelas aspirações dos seus produtores em detrimento dos interesses dos usuários.

O Grupo de Trabalho Interministerial também recomenda que os órgãos diretamente interessados adotem de imediato algumas medidas estratégicas visando a consecução das três recomendações contidas neste Relatório. Para isto, os Ministérios que criaram este Grupo de Trabalho, de acordo com suas esferas de competência, promoverão condições para implementação das seguintes medidas:

1. Iniciar, em plano nacional, a criação de Distritos Docentes-Assistenciais (DDAs) *.

Os DDAs se constituíram instrumentos visando:

- a) ampla cobertura de saúde baseada em critérios estritamente epidemiológicos facilitando o acesso dos diversos segmentos sócio-econômicos e culturais da região (urbana, periurbana e rural) a cuidados de bom padrão e do nível mais simples ao mais complexo;
- b) racionalização da distribuição espacial de recursos materiais e humanos para cuidados de saúde a todos os níveis;
- c) ensino e treinamento multiprofissional e multidisciplinar na área de saúde possibilitando a profissionais de saúde, docentes e pesquisadores profunda e ampla atuação na comunidade;
- d) integração com a comunidade para a solução de problemas de saúde.

A função de cada DDA seria estudar, planejar e executar a preparação dos diversos profissionais de saúde em sua área de ação, sob as diretrizes traçadas pelo Conselho Nacional de Saúde, já reestruturado conforme recomendações contidas neste documento;

* Recentemente a Organização Panamericana da Saúde em trabalhos feitos por JOSÉ ROBERTO FERREIRA e colaboradores, vem propondo esta integração com uma estratégia para a almejada integração Escolas-Serviços.

A organização, planejamento e implementação dos DDAs seria competência de Comissão formada por membros dos Ministérios da Educação e Cultura, Previdência e Assistência Social, Saúde e das Secretarias de Saúde dos Estados envolvidos.

Caberá à Comissão supracitada propor ao Conselho de Desenvolvimento Social a alocação de meios e recursos para a implementação dos DDAs.

2. Profissionalização dos Recursos Humanos para a saúde.

As medidas já tomadas com vistas a profissionalização do servidor público, particularmente na esfera federal de governo, são ainda insatisfatórias em relação a mão de obra do setor saúde.

As tentativas em passado recente da adoção do regime de tempo integral e dedicação exclusiva — de comprovada eficiência nas profissões de saúde — não se revelaram adequadas seja porque desconhecem a realidade do mercado de trabalho seja porque não oferecem as vantagens presentes em outras opções de trabalho.

Por outro lado a política vigente na área governamental impede distinguir com nitidez a atuação profissional no campo público e no campo privado. Até recentemente por exemplo não era vedado que ocupantes de cargos de direção na Previdência Social fossem simultaneamente dirigentes ou acionistas de hospitais contratados. Um outro exemplo significativo é que elevado número de médicos possuem mais que um vínculo empregatício, os quais, de uma forma ou de outra são total ou parcialmente pagos através da receita previdenciária. É de se admitir que, se estes médicos trabalharem em uma única instituição com salário compatível ao exercício da profissão muito maior seria o padrão de desempenho qualitativo e quantitativo dos mesmos.

A criação de uma carreira funcional (em tempo integral) para médicos (e outros profissionais de saúde) previdenciários na esfera do MPAS/ INAMPS e das Secretarias de Saúde dos estados, pode representar um caminho válido para racionalizar e dinamizar as ações de saúde no País.

3. Reestruturação da Carreira do Docente:

Existe consenso nas Universidades de que os docentes da área de saúde carecem de uma regulamentação de suas carreiras em vista de suas peculiaridades. Isto se reflete de modo especial sobre os docentes médicos: ao lado de suas atividades regulares de docência, desempenha papel

expressivo na assistência médica do País, não obtendo entretanto condições salariais e de trabalho que estimulem uma maior fixação dos mesmos nos centros médicos-acadêmicos.

Com vistas à solução deste problema dever-se-ia creditar ao MEC a iniciativa de um estudo aprofundado, realizado com a participação dos demais componentes do Conselho Nacional de Saúde (aqui considerado com as reformulações propostas neste Documento), formulando recomendações a serem apreciadas pelo Conselho de Desenvolvimento Social.

4. Institucionalização de Programas de Educação Permanente.

Após o período de treinamento e/ou formação acadêmica, os integrantes da equipe de saúde devem participar de um processo de atualização contínua de conhecimentos científicos e aperfeiçoamento de habilidades técnicas. Tal processo deve operar em todos os níveis, do mais simples (pessoal auxiliar) ao mais complexo (sub-especialistas).

O modelo de funcionamento regionalizado de serviços de saúde e de integração docente-assistencial favorece um processo de educação em serviços que deverá ser institucionalizado, tendo em vista sua otimização.

Para isso, poderiam ser adotadas as seguintes medidas:

- . publicação, a cargo dos Distritos Docentes-Assistenciais, de periódicos que interessem à atualização e aperfeiçoamento dos profissionais existentes na sua área;
- . realização de cursos de reciclagem, programados segundo uma linha de atualização permanente, nas sedes dos Distritos Docentes-Assistenciais;
- . criação, ao nível dos Distritos Docentes — Assistenciais, de equipes móveis para reciclagem de pessoal em suas próprias localidades de trabalho;
- . realização de estudos, a nível ministerial, que viabilizem autonomia e eficiência dos Distritos Docentes-Assistenciais em matéria currículos e programas de cursos para preparação de pessoal necessário às ações de saúde ajustadas à realidade regional.

5. Criação de uma Comissão Nacional de Recursos Humanos para a Saúde.

O dinamismo e diversificação do setor formador de mão de obra, a estreita interdependência no desempenho das diversas categoriais profissionais, a forte influência do mercado de trabalho no ensino, constituem fatores que recomendam a institucionalização de instrumentos que propiciem, em nível técnico, um diálogo permanente, entre os setores de formação de recursos humanos e de prestação de serviços de saúde.

Por outro lado a proposição de “medidas concretas destinadas ao aperfeiçoamento desses recursos, sua melhor utilização e adequação as reais necessidades do país” deve estar sujeita a um processo ininterrupto de aferição e reajuste que não pode depender da atuação de grupos de trabalho de caráter transitório.

Nesses termos, a criação de uma Comissão Permanente de Recursos Humanos para a Saúde se configura como instrumento adequado para articular as diversas instituições direta e indiretamente envolvidas em ações de ensino e assistência a saúde.

A curto prazo e como missão inicial e específica caberia a essa Comissão a atualização e consolidação dos estudos disponíveis referentes aos aspectos qualitativos e quantitativos da formação e utilização da mão de obra do setor saúde.

A N E X O S

SECRETARIA DE PLANEJAMENTO

PORTARIA INTERMINISTERIAL Nº 64 -- DE 13 DE SETEMBRO DE 1978

Institui Grupo de Trabalho para estudar a situação dos Recursos Humanos na Área Médica e propor medidas concretas objetivando sua melhoria.

O Ministro Chefe da Secretaria de Planejamento da Presidência da República e os Ministros da Educação e Cultura, do Trabalho, da Saúde e da Previdência e Assistência Social, no uso de suas atribuições legais,

R E S O L V E M:

Art. 1º — Fica instituído Grupo de Trabalho para estudar a situação e as perspectivas dos Recursos Humanos da Área Médica, bem como propor medidas concretas destinadas ao aperfeiçoamento desses recursos, sua melhor utilização e adequação às reais necessidades do País.

Art. 2º — O estudo e as recomendações do Grupo de Trabalho devem abranger o campo de ação, a formação, o aperfeiçoamento e o exercício das atividades dos médicos, biólogos, biomédicos, farmacêuticos, tecnólogos em saneamento ambiental, fisioterapeutas, técnicos em raios X, fonoaudiólogos e quaisquer outros profissionais de nível superior ou médio que atuem no setor.

Art. 3º — O Grupo de Trabalho será composto de representantes dos seguintes órgãos:

- a) Secretaria de Planejamento da Previdência da Presidência da República (SEPLAN);
- b) Ministério da Educação e Cultura (MEC);
- c) Ministério do Trabalho (MT)
- d) Ministério da Saúde (MS);
- e) Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS).

Art. 4º — O Grupo de Trabalho será coordenado pelo Representante do Ministério da Educação e Cultura e terá o prazo de 90 (noventa) dias para apresentar o relatório final.

Art. 5º — O Ministério da Educação e Cultura proporcionará ao Grupo de Trabalho a infraestrutura e os serviços necessários para viabilizar suas tarefas.

Art. 6º – Esta Portaria entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

**João Paulo dos Reis Velloso
Ministro Chefe da
Secretaria de Planejamento**

**Euro Brandão
Ministro da Educação
e Cultura**

**Arnaldo da Costa Prieto
Ministro do Trabalho**

**Paulo de Almeida Machado
Ministro da Saúde**

**Luiz Gonzaga do Nascimento e Silva
Ministro da Previdência e
Assistência Social**

Do: Secretário de Ensino Superior
Ao: Ministro da Secretaria de Planejamento

Senhor Ministro,

Apraz-me encaminhar a Vossa Excelência o Relatório do Grupo de Trabalho instituído pela Portaria Interministerial n^o 64, de 13.09.78 para estudar a formação e utilização de recursos humanos na área de saúde. O referido relatório contém uma análise dos fatores que influenciam a formação profissional e faz recomendações quanto a utilização dos mesmos em um sistema hierarquizado e regionalizado de ações de saúde.

Posteriormente será anexado ao presente relatório, edição atualizada do "Estudo sobre a Formação e Utilização dos Recursos Humanos na Área de Saúde" editado pelo MEC em 1976.

No ensejo renovo a Vossa Excelência os protestos de elevada estima e consideração.

Edson Machado de Sousa
Coordenador do Grupo de Trabalho
Secretário da SESu