



CÂMARA DOS DEPUTADOS
COMISSÃO DE SAÚDE

**I SIMPÓSIO
SOBRE POLÍTICA
NACIONAL DE SAÚDE**

V.1 - Conferências

BRASÍLIA - 1980

CÂMARA DOS DEPUTADOS

MESA DA CÂMARA DOS DEPUTADOS

Presidente: FLÁVIO MARCÍLIO
1º Vice-Presidente: HOMERO SANTOS
2º Vice-Presidente: RENATO AZEREDO
1º Secretário: WILSON BRAGA
2º Secretário: EPITÁCIO CAFETEIRA
3º Secretário: ARY KFFURI
4º Secretário: WALMOR DE LUCA

SUPLENTE DE SECRETÁRIOS

1º Suplente: NOSSER ALMEIDA
2º Suplente: DASO COIMBRA
3º Suplente: JOEL LIMA
4º Suplente: NABOR JÚNIOR

SECRETARIA-GERAL DA MESA

Secretário-Geral: PAULO AFFONSO MARTINS DE OLIVEIRA

DIRETORIA-GERAL DA CÂMARA DOS DEPUTADOS

Diretor-Geral: JOSÉ FERREIRA DE AQUINO

**I SIMPÓSIO SOBRE POLÍTICA
NACIONAL DE SAÚDE
V.1 – Conferências**

CÂMARA DOS DEPUTADOS
Centro de Documentação e Informação

I SIMPÓSIO SOBRE POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE
V.1 -- Conferências

Realizado na Comissão de Saúde
da Câmara dos Deputados, no período
de 09 a 11 de outubro de 1979.

Coordenação de Publicações
BRASÍLIA – 1980

CÂMARA DOS DEPUTADOS

DIRETORIA LEGISLATIVA

Diretor: G. Humberto Barbosa

CENTRO DE DOCUMENTAÇÃO E INFORMAÇÃO

Diretor: Mário Teles de Oliveira

COORDENAÇÃO DE PUBLICAÇÕES

Diretor: Aristeu Gonçalves de Melo

PRESIDENTE DE HONRA

Deputado Flávio Marçílio
Presidente da Câmara dos Deputados

PRESIDENTE DO SIMPÓSIO

Deputado José de Castro Coimbra
Presidente da Comissão de Saúde

COORDENADOR-GERAL: Deputado Ubaldino Dantas

COMISSÃO DE SAÚDE

EFETIVOS

Adhemar Pereira	Mário Haro
Borges da Silveira	Mauro Max
Carneiro Arnaud	Mauro Sampaio
Dario Tavares	Menandro Minahim
Euclides Scalco	Navarro V. Filho
Francisco Rollemberg	Pedro Correa
Joel Vivas	Pedro Lucena
José de Castro Coimbra	Rosemburgo Romano
Leônidas Sampaio	Ubaldino Dantas
Ludgero Raulino	Walter de Castro

SUPLENTE

Amâncio Azzevedo	Genésio de Barros
Arthé Courty	Inocência de Oliveira
Braga Ramos	João Alves
Benjamin Farah	Jorge Vianna
Carlos Bezerra	Luis Baptista
Castelion Chiarelli	Manoel Novaes
Casteljo Branco	Salvador Julianelli
Ernesto Dall'Oglio	Waldmir Belinati

Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, 1., Brasília, 1979.

I simpósio sobre política nacional de saúde. Brasília, Câmara dos Deputados, 1980.
2 v.

v.1 – conferências; v. 2 – Trabalhos de Comissões.

I. Brasil. Congresso. Câmara dos Deputados. Comissão de Saúde. II. Título.

CDU 614(81)(061.3)

SECRETÁRIA: Iná Fernandes Costa

SUMÁRIO

	Pág.	
APRESENTAÇÃO	11	
INTRODUÇÃO	13	
AGRADECIMENTOS	15	
CONFERÊNCIAS		
A SAÚDE NO CONTEXTO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E ECONÔ- MICO, Prof. Roberto Santos, da Faculdade de Medicina da Universidade da Bahia		19
Debates	35	
Interpelações	49	
UMA POLÍTICA DE DESENVOLVIMENTO DE RECURSOS HUMANOS PARA A SAÚDE, Prof. Carlyle Macedo, Consultor da Organização Pan- americana da Saúde		61
Debates	73	
Interpelações	93	
DESCENTRALIZAÇÃO E REGIONALIZAÇÃO DAS ATIVIDADES DE SAÚDE, Dr. Mozart de Abreu e Lima, Secretário-Executivo-Adjunto do Centro Nacional de Recursos Humanos		113
Debates	123	
Interpelações	139	
A DISCUSSÃO DA ESTATIZAÇÃO E PRIVATIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE, Dr. Paul Israel Singer, do Centro Brasileiro de Análise e Plane- jamento		151
Debates	163	
Interpelações	181	

A POLÍTICA DE SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL NOS ÚLTIMOS 50 ANOS.	
Dr. Mário Magalhães, Sanitarista	197
Interpeleções	217
Encerramento	233
SEÇÃO DE TEMAS LIVRES	
DEMOCRATIZAÇÃO E SAÚDE	
Dr. Sérgio Arrouca, do CEBES	227
ENCERRAMENTO E RELATÓRIOS	235
Resumo das conclusões do I Simpósio sobre Política Nacional de Saúde	259
PARTICIPANTES DO SIMPÓSIO	263

APRESENTAÇÃO

Ainda durante a realização do I Simpósio Sobre Política Nacional de Saúde, há indagações quando saíram os Anais, o que refletia o interesse dos participantes. Terminado o mesmo, com as conclusões e relatórios ficaria uma dúvida: a Comissão de Saúde deveria opinar ou deixar em aberto as conclusões? Opíamos pela segunda hipótese. Sabemos não serem as conclusões definitivas, mas representam uma contribuição a mais para a solução de um importante problema.

De uma coisa estamos certos: houve muito empenho dos participantes para se traçar um rumo. As dificuldades existentes, sejam de estrutura, sejam de circunstâncias, não foram suficientes para acomodações. Perseguimos soluções. Foi gratificante sob todos os aspectos, para nós da Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados, a realização deste Simpósio.

Esperamos que, se da leitura dos Anais surgirem novas ideias, correção de algumas colocações ou algo que lhe pareça importante, esperemos, repito, que você entre em contato com esta Comissão, que está preparada para ser a caixa de ressonância de todas as reivindicações que pretendam melhorar o nível de saúde de nosso povo.

Agradeço toda colaboração.

*Deputado JOSÉ DE CASTRO COIMBRA
Presidente*

INTRODUÇÃO

As discussões nacionais sobre **SAÚDE sempre** têm finalizado com a afirmação da necessidade **POLÍTICA de definição com maior clareza** dos rumos nacionais sobre o setor.

Diagnósticos sempre têm ocupado o melhor da inteligência nacional, e proposições de mudança **sempre** finalizam os vários congressos, simpósios e reuniões realizados em diversos centros do país.

A Comissão de Saúde da Câmara Federal, assumindo o papel que dela se espera, por seu componente específico e muito mais pela própria característica de fórum de debates de questões nacionais que devem ocorrer na Câmara dos Deputados, resolveu oferecer-se como patrocinadora de um simpósio nacional sobre Política de Saúde.

A necessidade — chegamos ao impasse de que o financiador, o produtor e o **utilizador** dos serviços de saúde estão unanimemente insatisfeitos. Cada qual com suas razões e, incrivelmente, verdadeiramente sentidos! Imagem, segurança nacional, estrutura de custos, lucro, acesso, quantidade, qualidade. Fila são todos fatores que não extinguem o elenco das citadas razões.

A oportunidade — quando um novo governo está ainda no seu início, quando a discussão nacional destaca a reformulação partidária, a possível ideologia partidária, de que modo deveria situar-se a Saúde como componente da Política Global?

A validade — a maturidade da questão Saúde, na discussão nacional, deve encontrar a guarida de tratamento similar dos problemas econômicos — renda, combustível, produto agrícola etc. — já que é reconhecidamente meio e fim de vertente social, abrangente que é do objetivo sem sofismas: o Homem.

A proposta — usufruindo realmente da proclamada abertura democrática, pretende a Comissão discutir abertamente, com a participação ativa de interessados, temas momentosos do Setor Saúde, na visualização integral de Política do Governo. Recursos Humanos, Hierarquização dos Serviços de Saúde, Privatização e Estatização dos Serviços de Saúde foram os três subtemas selecionados na vasta gama de questionamentos.

Dai que esperamos reunir, nos dias 9, 10 e 11 de outubro deste ano de 1979, nas dependências da Câmara dos Deputados, entidades e pessoas que tragam suas contribuições, onde visões díspares e até conflitantes serão bem-vindas, com o único pré-julgamento de que a finalidade objetiva sempre será o uso racional dos recursos nacionais para a melhoria dos níveis de saúde e de atenção médica do povo brasileiro.

A programação que, oportunamente, em agosto, será divulgada, constará de mesas-redondas, com conferencistas, debatedores e discussão plenária, trabalhos de grupo, apresentação de temas livres e consolidação de todos os trabalhos com conclusões e propostas.

Seu interesse na divulgação e sua participação no I Simpósio sobre Política Nacional de Saúde darão a ênfase e o valor que o próprio tema deve merecer no panorama político nacional.

Cumprimenta-o pela Comissão de Saúde,

Deputado Ubaldo Dantas
Coordenador-Geral do Simpósio

**CONFERÊNCIA DO SR. CARLYLE MACEDO,
CONSULTOR DA ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE**

**TÍTULO: UMA POLÍTICA DE DESENVOLVIMENTO DE RECURSOS
HUMANOS PARA A SAÚDE**

ABERTURA
DEPUTADO WILSON FALCÃO
Presidente da Comissão de Saúde

DEBATES

INTERPELAÇÕES

ENCERRAMENTO
DEPUTADO WILSON FALCÃO
Presidente da Comissão de Saúde

ABERTURA
O SR. DEPUTADO WILSON FALCÃO
Presidente da Comissão de Saúde

Vamos iniciar os nossos trabalhos. Esta é uma sessão de conferência sobre uma política de desenvolvimento de recursos humanos para a saúde. Será conferencista o Prof. Carlyle Guerra de Macedo, que eu convido para fazer parte da Mesa. Serão debatedores a Profa. Maria Ivete Ribeiro de Oliveira, que também convido para fazer parte da Mesa, o Sr. Nelson Rodrigues dos Santos, D. Cecília Donângelo e o Sr. João Carlos Serra. Composta a nossa Mesa, desejo, como primeiras palavras, parabenizar todos os participantes deste Conclave que, sem medir esforços, sacrifícios, aqui estão colaborando com a Comissão de Saúde, no Simpósio sobre a Política Nacional de Saúde, trazendo cada um a sua contribuição, a sua experiência, a sua crítica construtiva, para que seja traçada para o povo brasileiro uma política de saúde, com eficiência, segurança e, sobretudo, grandes benefícios para o nosso povo. Eu gostaria, antes de dar a palavra ao conferencista, de solicitar à nossa secretária que fizesse a leitura do regulamento deste Simpósio, apesar de já constar da pasta de cada um dos Senhores, para um melhor conhecimento das nossas atividades e do nosso comportamento.

(A Sra. Secretária procede à leitura do regulamento do Simpósio).

O SR. CARLYLE GUERRA DE MACEDO
Conferencista

O SR. PRESIDENTE (*Deputado Wilson Falcão*) – Já com todo o plenário tendo tomado conhecimento do nosso regimento, concedo a palavra ao Prof. Carlyle Guerra de Macedo.

O SR. CARLYLE GUERRA DE MACEDO – Exmo. Sr. Deputado Wilson Falcão, Presidente desta Mesa, meus companheiros de Mesa, companheiros e companheiras deste diálogo que ora se inicia, permitam-me, antes de abordar o tema que devo desenvolver, inicialmente como subsídio às nossas discussões, manifestar a minha profunda alegria e satisfação pela realização deste evento, que considero o passo inicial de um processo de verdadeira democratização da discussão dos assuntos e dos problemas de saúde neste País. Manifesto, também, a par desta satisfação e desta alegria, que mantenho uma esperança que é mais que esperança, é uma certeza, de que este diálogo democrático, que aqui, hoje, amanhã e depois teremos, se estenderá e se difundirá por todos os componentes da sociedade brasileira, de tal maneira que a saúde, o direito à vida e o bem-estar de nossa população possam realmente ser assunto das discussões e preocupações de todos. Desenvolvimento de recursos humanos é um processo extraordinariamente complexo e integral. O trabalho que elaboramos, e que espero tenha sido distribuído para todos, abordou aquilo que, dentro do limite de um documento desta natureza, consideramos substantivamente o mais importante e específico do tema. Na suposição de que cada um tenha este trabalho em suas mãos, permito-me, neste momento, não lê-lo, e abordar o tema, seguindo o esquema geral proposto, mas abordando algumas idéias que nele não estão contidas. Na realidade, desenvolvimento de recursos humanos não é uma função específica e limitada apenas às atividades de formação ou de utilização desses recursos humanos. Entendemos recursos humanos para a saúde muito mais do que apenas mão-de-obra, fator produtivo no processo de prestação de serviços de saúde; entendemo-los também como agentes, sujeitos desse processo, e beneficiários do mesmo processo do seu desenvolvimento que começa a partir do momento em que identificamos as necessidades de saúde da população. Em forma esquemática e didática, são componentes do processo de desenvolvimento de recursos humanos: em primeiro lugar, a identificação das necessidades de saúde da população; a partir dessas necessidades, e tendo em conta a disponibilidade de conhecimento, de tecnologia e de recursos numa sociedade concreta, a definição dos tipos de serviços e maneiras pelas quais esses serviços se organizam nessa realidade social concreta; e, a partir daí, da existência da definição dos serviços que deverão ser prestados para satisfazer as necessidades de saúde da população, a identificação das necessidades de recursos humanos por tipo, por quantidade, no tempo, etc., e sobre essas bases o desenho dos programas para a formação, a formulação

e execução dos sistemas para a adequada utilização dos recursos humanos formados e necessários. É com esse conceito amplo, embora muitos dos seus componentes fiquem apenas implícitos no desenvolvimento do nosso tema – porque os componentes iniciais pertencem mais aos temas das outras mesas – que nós apresentaremos algumas idéias à consideração dos Senhores. Dentro desse processo ressalta, de início, e quero enfatizar particularmente esse ponto, a importância dos serviços no condicionamento geral de todo processo de desenvolvimento dos recursos humanos. São as práticas concretas, são os serviços e a maneira como são prestados que definem um mercado de trabalho, as condições de emprego e de trabalho, que definem, enfim, as condições segundo as quais o desenvolvimento de recursos humanos pode dar-se. Uma política de recursos humanos não pode, portanto, estar desvinculada dessa definição e das decisões básicas sobre as práticas e sobre os serviços de saúde. Ela é inseparável da política de saúde como um todo. E como a política de saúde é, por sua vez, parte inseparável da política social e da política global de desenvolvimento, os recursos humanos para a saúde não podem ser analisados senão nesse contexto mais amplo de todo o desenvolvimento social; de todo o desenvolvimento do País. Com relações mais próximas, podemos ver a política de recursos humanos interagindo com a política de educação, com a política de emprego e de salários, com a política de administração pública, tendo em conta, sobretudo, que boa parte, significativa parte dos recursos humanos em saúde trabalha nas instituições do setor público, e competindo a esse setor orientar, em certa medida, o desenvolvimento de todo o processo. Mas o mais importante para mim, nesta oportunidade, a partir do reconhecimento dessa integração, dessa vinculação necessária dos recursos humanos ao todo da saúde, ao todo do desenvolvimento, é que o problema sai da exclusividade das soluções técnicas, da manipulação das cifras e dos procedimentos, para situar-se, sobretudo, nos processos através dos quais a sociedade toma decisões sobre a utilização de seus recursos e a satisfação das necessidades de seus membros. As decisões de saúde, que poderiam compor uma política, qualquer que ela seja, somente tem viabilidade concreta na medida que considera as relações de poder que caracterizam a sociedade em que vivemos. Não podemos fazer construções, ainda que idealmente desejáveis e perfeitas, em quanto a construções técnicas, apropriadas, se não considerarmos que sua viabilização concreta é sobretudo função do exercício do poder na sociedade. É evidente, e sobre este ponto voltaremos ao final, que os interesses, as ações dos agentes de poder na sociedade não se exercem fundamentalmente sobre as atividades específicas de desenvolvimento de recursos humanos, e sim sobre as atividades de prestação de serviços de saúde para a satisfação das necessidades de saúde da população, mas sobretudo, no manejo dos recursos que a sociedade destina à satisfação dessas necessidades. A política de recursos humanos tem que considerar esses interesses, porque deve considerar as práticas que os encarnam e os concretizam. Dito isto, e sem determo-nos sobre cifras e números da situação de recursos humanos, eu gostaria de lembrar que as distorções ou características que definem essa situação de recursos humanos para a saúde no Brasil, hoje, nada mais são do que o resultado do processo histórico que determinou a situação dos serviços de saúde em nossa sociedade. Em outras palavras, diria eu, as características que apresentam os recur-

tos humanos hoje, no Brasil, são o resultado necessário da forma pela qual se organizam histórica e socialmente as práticas e a prestação de serviços neste País. Mas, poderíamos chamá-las, então, de distorções, porque o são apenas na medida que não respondem ao modelo que ideologicamente construímos. São naturais, ainda que indesejáveis. São normais, ainda que devam ser modificadas. E essa situação apresenta aquelas mesmas características gerais que todos nós conhecemos com respeito à prestação de serviços e às práticas de saúde vigentes ou dominantes em nossa sociedade. Temos uma composição da equipe de saúde ou de recursos humanos em que predominam as categorias profissionais de maior *status* e da mais alta e complexa formação. Temos um estoque de recursos humanos concentrados, como concentrados estão não apenas os serviços de saúde, mas quase todas as atividades que definem o nosso modelo econômico e social. Temos uma situação de recursos humanos que, respondendo às solicitações do mercado, tendem a privilegiar as práticas especializadas das profissões, as práticas mais complexas e mais bem remuneradas. Temos uma situação de recursos humanos em que não há nenhuma homogeneização ou racionalização das condições de emprego e de trabalho, senão em que prevalecem múltiplas modalidades, às vezes conflitantes, às vezes antagônicas entre si, mas que têm uma característica ou uma tendência comum no momento histórico em que vivemos, que é a prevalência das formas assalariadas de circulação do trabalhador de saúde à prestação de serviços. A área da educação, proposta inclusive como um mecanismo principal para permitir a permeabilidade social, para permitir a mobilidade social, na prática, embora cumprindo parcialmente essa função, não tem significado um fator importante na satisfação real das necessidades da população como um todo. Temos problemas de proposições ideais como aquela visualizada na Lei nº 5.692, a exigir, no nosso País e em nossa situação, a profissionalização universal de todos aqueles que estão no segundo grau. E temos um crescimento anárquico e descoordenado das áreas de graduação e pós-graduação. É para modificar essa situação que se justifica uma política. Então, em primeiro lugar, para mim, uma política de desenvolvimento de recursos humanos para a saúde no Brasil, hoje, tem que ser uma proposta integrada de mudança. Mas, para ser uma proposta integrada de mudança na área de recursos humanos para a saúde, ela terá que ser, antes, uma proposta de mudança das práticas, e da prestação de serviços à população. Permitam, portanto, que eu faça explícito o modelo de prestação de serviços de saúde, a partir do qual colocarei à consideração dos senhores as características de uma política de desenvolvimento de recursos humanos para a saúde. Esse modelo de serviços de saúde tem que permitir cobertura universal, sem discriminação de nenhuma espécie, com ênfase nos serviços básicos e na atenção primária. Deve ser integrado quanto às suas funções e quanto aos seus níveis de atendimento. Mais saúde do que doenças, embora o binômio não deva ser quebrado. Tem que estar organizado por níveis de complexidade para o atendimento à saúde das pessoas, e, mais importante do que isso, organizado de forma democrática e participativa; não aquela participação que vê a população ou as comunidades, apenas, como instrumento para a realização das propostas decididas aos níveis técnicos, burocráticos ou administrativos. Mas a participação em que a população se torna sujeito do seu destino. E, ao exercitar esse

domínio sobre seu destino e sobre sua vida, exercita também o direito de decidir quanto à saúde — participação que significa democracia. Mas para que isso seja possível — e que sejam possíveis as outras características de que falei —, é necessário que se definam, sem margem a dúvidas, as responsabilidades do setor público e da iniciativa privada. E o modelo de serviços de saúde que estou visualizando — entendendo que, na situação atual de nosso sistema econômico e social, a iniciativa privada deva continuar existindo — propõe que a rede básica de serviços de saúde, a prestação de serviços básicos para o atendimento das necessidades da população, de natureza universal, seja pública. Porém, ela não existirá e não funcionará adequadamente se não estiver apoiada por uma rede suficiente nos outros níveis de prestação de serviços. Então, o modelo prevê também que, ao lado dessa rede de serviços básicos, universal e pública, exista também uma rede de serviços secundários e terciários, também de responsabilidade pública, que permita o apoio necessário ao funcionamento dos serviços básicos, e, ao mesmo tempo, as condições reais e efetivas de exercer orientação e controle da iniciativa privada integrada no sistema. Creio que uma organização institucional do setor público para tornar efetivo esse tipo de proposta centra-se operacionalmente, a nível dos estados, no aproveitamento da capacidade e potencial das secretarias de saúde, consideradas instituições nucleadoras do sistema nesse nível. E que tudo isso funcione com financiamento adequado e definido de tal maneira que aqueles que mais tenham realmente, paguem mais, embora não tenham mais direitos. Esse tipo de financiamento é possível. Creio, inclusive, que se estão criando as condições para que ele seja politicamente viável. E eu gostaria de dizer nesta oportunidade, que — embora não seja desprezível o esforço que a sociedade brasileira faz, neste momento, para atender as necessidades de saúde da sua população — ele é muito inferior àquele que seria possível, sem implicar um custo social muito alto. Nós estamos gastando atualmente algo em torno de 4,2% a 4,5% do nosso Produto Interno Bruto com saúde. Sem pretender utilizar a experiência de outros países como trasladáveis à nossa situação, qualquer comparação de país em igualdade de desenvolvimento nos indica que a sociedade e a economia brasileiras podem perfeitamente aumentar em, pelo menos, 1/3 esse esforço para os cuidados da saúde, sem que isso implique desacelerar as outras áreas da vida social. Passemos às características de uma política de desenvolvimento de recursos humanos para a saúde e, inicialmente, à utilização desses recursos humanos. Trata-se sobretudo, como objetivo básico, de criar um mercado de trabalho tal que permita a flexibilização do modelo de prestação de serviços que nós visualizamos de uma maneira muito genérica, e ao mesmo tempo permita a transformação, ou as mudanças na área da formação. É necessário corrigir a composição e a distribuição atual dos recursos humanos para a saúde, através, sobretudo, de três grandes instrumentos: os incentivos para os níveis profissionais, médio e elementar, de tal maneira a valorizar o trabalho das ocupações desses níveis e aumentar sua participação dentro da equipe de recursos humanos, como um todo. Está aumentando. Mas ainda é relativamente lento. Em segundo lugar, incentivos àquelas profissões, ou categorias profissionais, que apresentem *deficit* de oferta, com o desestímulo correspondente àquelas categorias cuja oferta parece estar superando as possibilidades de utilização atual de nosso sistema. Em terceiro lugar, incentivos especiais para localização e

exercício em áreas geográficas carentes, e não apenas os salariais, mas também a criação de condições apropriadas de trabalho, de apoio e de oportunidade de crescimento, pessoal e profissional. Deve ser desestimulada a especialização exagerada e a sofisticação das práticas profissionais. Isso pode fazer-se através de que a admissão ao serviço público fundamentalmente de profissionais generalistas ou, quando muito, diferenciados nas áreas básicas do atendimento; que se modifique o sistema de remuneração atual, que privilegia as práticas sofisticadas e especializadas e, ao mesmo tempo, se melhore a remuneração das práticas gerais e da prestação de serviços básicos. Devem ser criadas carreiras no setor público, não apenas a nível das instituições federais, ou limitadas no âmbito estrito de uma instituição dada – carreiras que reconheçam o mérito, dedicação e a produtividade, que ensejem a oportunidade de crescimento e de desenvolvimento dos trabalhadores. Devem ser implantados programas integrais de educação continuada e de supervisão, a partir do entendimento de que a capacitação ou a formação dos recursos humanos não se esgota no âmbito da escola, mas que deve ser um processo permanente. Mesmo porque é permanente o processo de transformação das condições sociais, da técnica e dos recursos com os quais se prestam serviços de saúde e se satisfazem as necessidades da população. Devem ser criadas, dentro das instituições de saúde, dentro do sistema, atividades para o atendimento das necessidades dos seus trabalhadores e, sobretudo, os mecanismos que permitam a verdadeira participação desses trabalhadores na gestão e na avaliação das políticas, planos e programas de saúde. Na área da formação, refiro-me às características que selecionei, dividindo-as por três grandes níveis do processo de formação de recursos humanos para a saúde. Em primeiro lugar, os níveis elementar e médio; em segundo, o nível de graduação e, em terceiro, a pós-graduação. No que diz respeito aos níveis elementar e médio, é evidente a necessidade de expansão das atividades de capacitação, ainda que seletivas, por categorias profissionais. Mas, não podemos fazê-lo, se ficarmos confiantes apenas na capacidade ou julgando que isso é uma responsabilidade apenas do sistema educacional. É necessário que entendamos que, embora possa ser considerada uma responsabilidade maior do sistema de educação, a formação de recursos humanos de nível elementar e médio é uma responsabilidade compartilhada com as instituições de serviços e que não há solução senão na integração e na soma de esforços desses dois grandes sistemas que compõem o Sistema Nacional de Saúde. Além disso, estamos convencidos de que, enquanto a formação dos trabalhadores da Saúde seja feita apenas no âmbito da escola, essa formação não nos garantirá as características desejadas, não apenas aquisição de conhecimentos e o desenvolvimento de determinadas habilidades, mas, sobretudo, a capacidade crítica e uma consciência social que comprometa esse trabalhador com a população a que serve. Creio que, somente, enquanto ou quando essa formação e essa capacitação se der no contexto social real, em relação a práticas reais é que se pode desenvolver esse tipo de consciência e essa capacidade crítica. Cremos que a Lei nº 5.692 deixou a abertura suficiente para que a profissionalização de segundo grau – e também de primeiro grau – possa fazer-se com a participação de serviços. Sugiro que uma política de desenvolvimento de recursos humanos, enquanto a esse assunto deve contemplar a três componentes: em primeiro lugar, que a escola dê capacitação básica ao indivíduo na área da saúde,

que o instrumentalize de uma maneira geral, para que ele possa fazer uma opção profissional, sem pretensões de dar-lhe terminalidade, para os que saiam da escola com essa “habilitação básica”, essa parcela que não siga no sistema educacional, que não adote a decisão de continuar o 3º grau, que pretenda inserir-se no trabalho, e na medida das necessidades do sistema de serviços, seja dada uma terminalidade profissional a esses serviços, sobretudo nos serviços públicos de nível federal e estadual. É preciso que se encontrem mecanismos, e creio que a lei faculta esses mecanismos, para que essa terminalidade, essa habilitação terminal dada pelos serviços, na prática, seja reconhecida, e aqueles que a receberem sejam titulados pelo sistema educacional. Ainda há mais. Sem importar precipuamente a vinculação com o sistema regular de ensino, aos serviços de saúde cabe a responsabilidade de qualificar os trabalhadores de nível elementar de que necessita, devendo-se, porém, articular-se com o sistema educacional para o reconhecimento e validação dessa qualificação. E existe, em terceiro lugar, uma quantidade de instrumentos específicos para as escolas técnicas ou de auxiliares técnicos, cuja promoção, sustentação e apoio, uma política de desenvolvimento de recursos humanos deve prover, integrando-as, porém, com as instituições de serviços, com a prestação de serviços. É necessário, por outro lado, que revisemos, a curto prazo, as habilitações já existentes e que, inclusive criemos outras habilitações na medida em que as necessidades dos serviços assim o requeiram e que esse esforço seja intersetorial. Para que a qualidade da capacitação seja satisfatória, uma política de desenvolvimento de recursos humanos nessa área deve prover a preparação de instrutores, supervisores, integrando-se as duas funções e não as vendo como mundos separados, integrando-se efetivamente o mundo da escola e o mundo da prática. Deve prever também o desenvolvimento de programas adequados, de conteúdos e de materiais instrucionais, mas, sobretudo, a preparação de condições para uma prática real e efetiva. Na área da graduação ou no nível de graduação, a proposta da política de recursos humanos para a saúde é que a graduação deve ter como objetivo a formação de generalistas em cada profissão, tecnicamente capazes, mas comprometidos consciente e criticamente com a sociedade. Deve liberar-se progressivamente da preocupação da formação isolada das profissões para buscar a formação da equipe de saúde. Deve privilegiar as funções de aprendizagem, e não apenas as de ensino, no sentido de que o problema da qualidade na preparação dos recursos humanos nesse nível, ou em qualquer outro, seja muito menos um problema de pedagogia e muito mais um problema de matéria. E para isso é necessário aqui também uma integração assistência-ensino. E propomos essa integração em todos os níveis da prestação de serviços, e que ela se concretize na organização e implementação de regiões docentes-assistenciais de saúde em que a escola, as universidades e as instituições prestadoras de serviços co-participem da responsabilidade comum da formação dos recursos humanos e da prestação de serviços. As mudanças e o desenvolvimento dos currículos são apenas conseqüências dessas condições e características. A integração assistência-ensino a que nos referimos, evidentemente, requer a existência daquele modelo de prestação de serviços citado no começo, e significa, sobretudo, a quebra do muro que sempara o mundo do ensino do mundo do trabalho, mundo da ciência do mundo da prestação de serviços, a teoria da prática concreta. No nível de pós-graduação e reconhecendo as

funções básicas da pós-graduação na formação de especialistas, de docentes e de pesquisadores, cremos que, do ponto de vista de uma política de desenvolvimento de recursos humanos para a saúde, adquire relevo fundamental a formação de especialistas. Ela deve fazer-se através do privilégio das formas de residência e de especialização, ou seja, a pós-graduação em sentido amplo, e, mais ainda, com prioridade absoluta para as áreas básicas do atendimento e a área da saúde coletiva. Cremos que a expansão exagerada e desordenada da pós-graduação, inclusive em muitos casos atendendo interesses que não aqueles da preparação de recursos humanos para a docência, para a pesquisa ou para a prestação de serviços, deve ser coibida. Deve prevalecer a preocupação pela melhoria da qualidade. A coibição da expansão, de uma forma geral, das atividades de pós-graduação, é perfeitamente compatível com a expansão limitada àquelas áreas consideradas prioritárias. Estamos convencidos de que uma política de recursos humanos deve considerar também os processos através dos quais se formam e se mantêm o conhecimento, na sociedade, da área da saúde, porque não cremos que formar conhecimento deva ser considerada apenas como uma atividade própria dos claustros científicos ou acadêmicos. Se essa integração entre o mundo da escola e o mundo dos serviços, entre a ciência e a prática realmente se der, será na prática também um instrumento importante para a formação de conhecimento válido, e um instrumento indispensável para a formação de conhecimento que se forme; então, acreditamos que cada pessoa, que cada trabalhador, que cada recurso humano inserido nesse processo tem, além das suas responsabilidades de prestação de serviço, a responsabilidade também de pensar e, como tal, de formar conhecimento para a melhoria desses serviços. Mas recursos humanos em nosso conceito — embora, até agora, eu tenha-me referido mais àqueles vinculados institucionalmente — não são apenas os trabalhadores que recebem o salário, mas a própria população participando. Como nós definimos, a participação da população constitui recursos humanos de valor inestimável, para a melhoria das condições de vida e de saúde em nossa sociedade. É nossa responsabilidade, numa política de recursos humanos, é propor os mecanismos e as formas através dos quais possamos transferir a essa população conhecimentos, e dotá-la de mecanismos sociais para essa participação, porque somente na medida que instrumentalizamos essa população, para que ela possa pensar criticamente sua situação, é que estamos dando-lhe condições concretas para liberar-se dela. Não creio, meus colegas, na possibilidade da liberação espontânea, numa sociedade tremendamente injusta, em que os processos de dominação são muito mais fortes do que os anseios de liberação. Somente acredito na liberação das maiorias e na verdadeira participação da população em saúde, como expressão da participação global, porque não creio na participação restrita, limitada, na medida que se possa instrumentalizar a população ou essas maiorias, para que elas exerçam também o poder à que hoje não têm, praticamente, nenhum acesso. Cremos que numa política como essa que estamos visualizando, deve-se incluir também a criação de um sistema nacional de recursos humanos integrado ao Sistema Nacional de Saúde, pela articulação das instituições que o compõe e com expressões democráticas ou democratizadas a nível estadual, regional e local. E por último, já que o tempo acaba, gostaria de falar-lhes sobre alguns caminhos de estratégia, através do qual poderíamos visualizar uma política com as proposições

que aqui indicamos. Cremos — repetindo o que disse anteriormente — que somente na medida em que viabilizemos politicamente essas proposições é que poderemos tratá-las técnica e operacionalmente. Vejo, dentro da diversidade de agentes interessados no assunto, dentro da diversidade dos interesses que caracterizam uma sociedade aberta ou em processo de abertura como a nossa, a necessidade de alianças, não necessariamente de conciliação, mas de alianças em torno a projetos ou a objetivos maiores e comuns, ainda que sejam temporárias; a necessidade de que saibamos e tenhamos a coragem de enfrentar os conflitos, a oposição ou que sejamos oposição, quando isso for necessário. Com isso em mente, eu vejo basicamente quatro grandes caminhos de viabilização estratégica da política de recursos humanos, ou melhor, da política de saúde no Brasil, hoje, cada um deles com suas limitações, com suas restrições, suas impossibilidades e também possibilidades. Primeiro, o trabalho na manipulação ou manejo do conhecimento científico e da técnica; quase todos os que estamos aqui, muitos dentre mais de um milhão de trabalhadores de saúde, temos o privilégio de dominar determinados instrumentos do conhecimento científico e tecnológico. Na maioria das vezes, temos utilizado essa propriedade, como um instrumento para reforçar nossa situação de privilégio dentro da sociedade, e não para a liberação daqueles em nome de quem sempre dizemos estarmos trabalhando. Creio que nessa área, inclusive a nível do sistema educacional, na formação dos recursos humanos, há todo um campo de trabalho político que os técnicos, para serem bons técnicos, podem e devem utilizar. Há o outro campo da intervenção ou da participação nos processos de decisão a nível institucional. Boa parte de nós tem acesso a esses processos de decisões, não necessariamente nas decisões. Podemos exercer uma influência para que as decisões sejam tomadas ou não. Constituímo-nos, em uma boa parte, naqueles que pregam a mudança, esse corpo ainda informe e que tem merecido inclusive o vilipêndio, hoje pejorativo, da adjetivação de tecnoburocracia. Mas creio que se compreendêssemos o significado político dos objetivos que propomos, poderíamos, dentro da tecnoburocracia, ser muito menos burocratas — e quase nada tecnocratas — sendo, em compensação, muito melhores técnicos, porque mais produtivos socialmente. Há todo um campo, aí, de trabalho, de ação política que não temos sabido aproveitar. Depois, há todo um amplo espectro de trabalho a nível das organizações da sociedade civil interessada nos problemas de saúde, ou interessada nos problemas da vida da nossa sociedade, e que defendem, como nós defendemos, a necessidade da melhoria dessas condições de vida e de bem-estar da população. Entretanto, tem sido pouco o trabalho articulado de natureza política desenvolvido por essas organizações de classe, de trabalhadores, patronais, comunidades científicas, acadêmicas, partidos políticos e, inclusive — expressão máxima em termos políticos formais da sociedade civil —, o Congresso Nacional e as assembleias legislativas. Por isso, a minha alegria manifestada inicialmente pela realização deste Simpósio aqui nesta Casa. Há, aí, um trabalho muito grande que pode e deve ser feito por nós, transformados também em agentes de transformação ou, pelo menos, para não sermos tão pretensiosos e não darmos a impressão de tomar uma interpretação apolítica da História, que nós devemos integrar-nos e apoiar. Mas sobretudo, o trabalho político de viabilização de uma proposta de política como a

que nós visualizamos está ao nível da criação de uma consciência e de uma organização social que permita, de fato, aquela participação e o controle social das decisões do Governo e de suas instituições. Esses caminhos não esgotam as possibilidades do trabalho político para viabilização de nossas propostas. A propô-los à consideração dos senhores, tenho, sobretudo, a esperança e a convicção, a confiança íntima e o otimismo arraigado, mas não exagerado, de que saberemos compreender este desafio, porque a política de desenvolvimento de recursos humanos para a saúde nada mais é do que uma parte, um aspecto do desafio global que vive o Brasil hoje, ou seja, a construção de uma sociedade mais justa e verdadeiramente democrática, em que a satisfação das necessidades básicas de todos seja o objetivo fundamental da política de desenvolvimento, da qual as políticas de saúde ou a política de saúde e uma política de desenvolvimento de recursos humanos nada mais são do que um todo inseparável. Esse é o desafio, esses são alguns dos rumos e dos objetivos. Não temos caminhos previamente construídos e fáceis de trilhar. Temos de construí-los na própria luta e eu espero que estejamos dispostos a lutar. Muito obrigado. (*Palmas.*)