

Gestão do trabalho em saúde no contexto de mudanças*

Maria Helena Machado**

SUMÁRIO: 1. Introdução; 2. Tempos de modernidade; 3. Nos tempos da municipalização; 4. Agenda de RH para a próxima década.

PALAVRAS-CHAVE: gestão em saúde; recursos humanos em saúde; trabalho e gestão em saúde; profissões e trabalho em saúde.

A gerência de recursos humanos nos sistema de saúde em geral tem buscado enfatizar a necessidade de priorizar políticas institucionais voltadas para a produtividade e qualidade dos serviços oferecidos à sociedade, preocupando-se cada vez mais com as condições em que estes serviços são produzidos. Apesar de a saúde ser uma área de proteção, regulação e controle do Estado, a realidade brasileira oferece farto material empírico que aponta para uma inadequada e perigosa desarticulação entre saúde como bem público e aqueles que produzem este bem. O mundo moderno aponta para questões extremamente importantes no que se refere a alguns desafios do fim de século: a qualificação do profissional que presta os serviços; o desnível de formação profissional e estruturação de equipes de trabalho; a formação; a feminização do contingente de saúde provocando mudanças significativas no processo de trabalho; a burocratização, racionalização e o estabelecimento de rotinas para as atividades até então desenvolvidas de forma semi-artesanal. A municipalização, a descentralização e a reforma do Estado, em especial a reforma do sistema de saúde brasileiros, têm levado gestores, formadores e o movimento sindical a buscar a formulação de uma nova agenda para os recursos humanos em saúde. É sobre estas questões que trata este artigo, que discute a gestão do Sistema Único de Saúde tendo como referência os recursos humanos.

* Este artigo, recebido em ago. 1999 e aceito em mar. 2000, baseia-se no texto original apresentado no XIV Congresso Nacional de Secretários Municipais de Saúde, realizado em Goiânia em nov. 1998.

** Socióloga, doutora em sociologia, pesquisadora titular da Ensp/Fiocruz e coordenadora de ensino e pós-graduação da Ensp/Fiocruz.

Healthcare labor management within a changing context

The management of human resources in healthcare, in general, tries to emphasize the need to give priority to institutional policies oriented to productivity and the quality of services offered to society; at the same time there is a growing concern with the conditions in which such services are being rendered. Although health is an area protected, regulated, and controlled by the State, the Brazilian reality offers plenty of empirical material that demonstrates an inadequate, dangerous disarticulation between health as a public good and those who produce such goods. The modern world points out to extremely important questions in relation to some challenges of the end of the century: the qualification of healthcare professionals; the different levels of professional training and structuring of work teams; training; feminization of the healthcare labor, causing significant changes in work processes; bureaucratization, rationalization, and routinization of activities that used to be semi-artisanal. The municipalization, decentralization and reform of the State, especially of the Brazilian healthcare system, have led managers, policy makers, and trade unions to search for the establishment of a new agenda for human resources in the healthcare field. This paper addresses these issues, discussing the management of the Unified Healthcare System from the human resources perspective.

1. Introdução

O mundo da modernidade realça a questão de recursos humanos em todas as instituições que buscam a correta adequação entre as necessidades da população usuária e os objetivos institucionais. Pensar recursos humanos como eixo da estrutura organizacional significa pensar estrategicamente, pensar modernamente. A gerência de recursos humanos em organizações modernas prioriza aquele que dirige e concebe políticas institucionais voltadas para esta área, uma vez que a produtividade e a qualidade do serviço oferecido à sociedade serão, em boa parte, reflexos da forma e das condições com que são tratados os recursos humanos que lá atuam profissionalmente.

O Brasil está entre aqueles países que fazem a política inversa da que mencionamos acima. Trata com pouca atenção os recursos humanos, sejam eles oriundos de setores mais tradicionais e importantes da economia, sejam do setor público ou privado. Apesar de a saúde ser uma área de proteção, regulação e controle do Estado, a realidade brasileira oferece farto material empírico que aponta para uma inadequada e perigosa desarticulação entre saúde como bem público e aqueles que produzem este bem. Salários irrisórios, condições precárias de execução das atividades essenciais, ausência de incentivos e infra-estrutura adequada para a produção de uma política de valorização profissional, entre outros problemas, têm levado muitos desses profissionais a abandonar a idéia de fazer *saúde pública*.

O sistema de saúde brasileiro não tem buscado adequar-se a esta nova ordem sociopolítica de elevar a questão dos recursos humanos como “estratégia institucional”.

Este artigo visa a discutir estas questões, enfocando os profissionais que estão diretamente vinculados à assistência, produzindo serviços de saúde, e a traçar políticas que contemplem um programa de revalorização dos recursos humanos em saúde.

2. Tempos de modernidade

Estudos recentes desenvolvidos na Europa e nos EUA mostram um visível aumento da população mais educada, com elevação da escolarização nos diversos segmentos profissionais (Larson, 1980; Freidson, 1984; Machado, 1996, por exemplo). Quase toda atividade profissional hoje exige mão-de-obra qualificada, com entendimento cognitivo do processo de trabalho. O crescimento do número de escolas de nível superior no Brasil é uma característica deste processo de aumento da escolarização. Tomando a área da saúde como exemplo, “até os anos de 1950 havia apenas vinte e seis escolas de medicina, que formavam anualmente menos de 1.500 médicos. Na década de 1980, o Brasil passava a contar com setenta e seis escolas médicas, nas quais formavam em torno de sete mil e quinhentos a oito mil novos médicos (...). No período de 1955 a 1990, o Brasil graduou 156.212 profissionais, o que equivale a mais de 2/3 de todo o contingente existente hoje no mercado de trabalho” (Machado, 1996:147). A tabela 1 apresenta estes números.

Ano	Formandos	Ano	Formandos
1955	1.468	1979	8.316
1960	1.583	1980	8.318
1965	1.755	1981	8.048
1970	4.270	1982	7.871
1971	3.721	1983	7.289
1972	5.306	1984	7.443
1973	6.610	1985	7.536
1974	7.722	1986	7.259
1975	8.342	1987	6.877
1976	8.210	1988	7.108
1977	8.288	1989	7.182
1978	8.722	1990	6.968
Total			156.212

Fonte: MEC (Machado, 1996:148).

Em publicação recente, Vieira, Amâncio Filho, Machado e Moysés (1998: 20) mostram algumas particularidades da formação dos profissionais de saúde, sejam eles de nível superior ou médio (tabela 2): “Em 1990, para a formação de médicos, odontólogos, enfermeiros, farmacêuticos, nutricionistas e fisioterapeutas, o país contava com 393 instituições, sendo que 102 contemplavam a formação de enfermeiros, 81 de odontólogos e 80 de médicos. Dessas 393 instituições, 212 (53,8%) eram públicas (predominantemente federais) e 182 (46,1%) privadas. A participação dessas últimas demonstra a importância das entidades privadas de ensino na formação superior em saúde, indicando, ademais, tendência de crescimento nessa inserção. Em 1990, a rede privada de ensino já constava como principal responsável pela formação de fisioterapeutas, estando afeitas a ela 70,5% das instituições formadoras desse profissional, enquanto que, em compensação, na formação dos farmacêuticos a rede pública correspondia a 61,7% da oferta”.

Tabela 2
Cursos de saúde por natureza da entidade mantenedora,
segundo categorias profissionais: Brasil — 1990

Cursos de saúde	Públicos			Total		Privados		Total	
	Federal	Estadual	Municipal	Valor	%	Valor	%	Valor	%
	(valor absoluto)	(valor absoluto)	(valor absoluto)	absoluto		absoluto		absoluto	
Medicina	32	10	3	45	56,2	35	43,8	80	100,0
Enfermagem	33	19	5	57	55,9	45	44,1	102	100,0
Odontologia	27	15	4	46	56,8	35	43,2	81	100,0
Farmácia	20	8	1	29	61,7	18	38,3	47	100,0
Nutrição	18	4	0	22	56,4	17	43,6	39	100,0
Fisioterapia	6	5	2	13	29,5	31	70,5	44	100,0
Total	136	61	15	212	53,9	181	46,1	393	100,0

Fonte: Ministério da Saúde/Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS (Vieira, Amâncio Filho, Machado & Moysés, 1998:23).

Por outro lado, o Brasil não se tem preocupado com os profissionais de nível médio, que exercem, em nossas instituições de saúde, funções relevantes e acima de suas capacidades técnicas. Afirmam os autores: “nesse panora-

ma, no qual o exercício de uma política de formação continuada/permanente ainda não se faz presente na agenda do setor saúde, os trabalhadores de nível técnico e auxiliar, em sua maioria, estão sendo formados por uma grande rede de instituições privadas, ainda descolada do projeto político do setor saúde, o que tem como consequência demandar, sobre os serviços, a responsabilidade de melhor preparar esse pessoal através de treinamentos, quase sempre pontuais e descontínuos. No caso dos trabalhadores de nível elementar, já é tradicional a incorporação freqüente de mão-de-obra com baixa escolarização e sem qualquer processo de qualificação prévia, sendo que estes compõem, nacionalmente, parcela significativa dos trabalhadores do sistema e, principalmente, da enfermagem brasileira” (Vieira, Amâncio Filho, Machado & Moysés, 1998:19).

As atividades profissionais que absorvem mão-de-obra de baixa escolarização e conhecimento restrito a uma determinada área têm-se tornado áreas de severas críticas por aqueles que formulam políticas de recursos humanos. A concepção do trabalho vem-se alterando muito, exigindo a formação de equipes de trabalho que respondam pelo conjunto de atividades referentes a uma determinada área de produção. No caso específico citado, as exigências por maior qualificação profissional do corpo de enfermagem levaram a própria corporação a buscar regularizar a situação dos atendentes, exigindo legalmente qualificação formal para as atividades até então desempenhadas sem qualquer pré-requisito técnico por estes profissionais. No entanto, a incorporação recente de “agentes de saúde”, através da nova política do governo federal, leva-nos a crer que estes profissionais, sem qualquer qualificação em saúde, incorporem atividades periféricas da enfermagem, assumindo, assim, progressivamente, o lugar dos atendentes. Este é um dos pontos mais preocupantes hoje na agenda política de recursos humanos.

Outras tendências se conformam no mundo do trabalho nos tempos da modernidade.

Vivemos um mundo mais feminino, com um expressivo aumento de mulheres que passaram a dedicar-se à vida socialmente produtiva, de domínio, até há pouco tempo, masculino. A esfera doméstica deixou de ser um fim em si mesma. O trabalho e a realização profissionais, bem como o ambiente público, passaram a fazer parte da realidade feminina. Na própria área da saúde podemos dar exemplo do que ocorre com a profissão médica: se as mulheres que se dedicavam ao ofício da medicina no início do século eram consideradas “extravagantes”, hoje esta situação se alterou radicalmente. Dados recentes mostram que o Brasil teve um comportamento similar a outros países no que se refere ao processo de feminização da profissão médica. Enquanto na década de 1970 as mulheres médicas eram apenas 11% do total, já na década seguinte este percentual se eleva para 22%, chegando nos anos 1990 a 33%. Estima-se que nas próximas duas décadas este percentual deva atingir 50%. Tomemos os dados internacionais: “Com exceção da Europa oriental — entre 1980-85 registrou-se

um aumento de quase sete pontos percentuais das mulheres nas escolas de medicina do mundo. Em todos os continentes, em 1984/85 as matrículas femininas representaram mais de 25% do total; chegaram a 54,1% na Europa oriental, 43,9% na Europa ocidental, 38,9% nas Américas e 36,8% na Oceania” (Machado, 1993:258).

Além de mais educada e feminina, a força de trabalho tem-se mostrado em franco processo de rejuvenescimento, ou seja, cresce em todo o mundo o contingente de jovens capazes e aptos ao trabalho, seja qual for o nível de escolaridade ou setor da economia. Ressalta-se o elevado contingente de profissionais universitários, que cresce proporcionalmente em todas as esferas da economia. O número de escolas universitárias que apresentamos é um fato inequívoco deste fenômeno, que atinge também o setor saúde. Psicologia, nutrição, fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiologia e inúmeras especialidades médicas e de enfermagem, por exemplo, são fruto deste século, mais especialmente da segunda metade. A equipe profissional que produz assistência à saúde é hoje formada por médicos, enfermeiros, odontólogos, farmacêuticos, biólogos, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, além das recentes inserções dos engenheiros biomédicos, economistas, sociólogos e entre outros que virão a incorporar-se à equipe.

Assistimos, na maioria dos países, à redução do contingente dos *blue-collar*s em detrimento dos *white-collar*s, ou seja, daqueles trabalhadores com funções e atividades profissionais que exigem maior escolarização e envolvimento de processos de trabalhos mais sofisticados e menos rotineiros. Incluem-se aí os profissionais liberais, os profissionais de escritório e todos aqueles que desenvolvem atividades em organizações que produzem serviços especializados para o mercado, como, por exemplo, a saúde.

O processo de burocratização e racionalização encontrado em outros setores da economia tem atingido fortemente as instituições de saúde, privadas ou públicas, provocando alterações profundas na estrutura e na forma de atendimento à população. Atualmente, a maioria das ações médicas baseadas na autonomia técnica tem sido substituída por um novo complexo médico-empresarial centrado em organizações burocráticas de base urbana, tais como: hospitais universitários, hospitais de grande porte, clínicas particulares com formato de medicina de grupo e, mais recentemente, as megacorporações de saúde, que imprimem uma forte marca empresarial ao setor, diversificando a oferta de serviços e racionalizando custos e benefícios. Da mesma forma, o Estado, através das políticas governamentais e com medidas regulatórias (taxação do valor dos serviços, modalidade de atendimento, definição de clientela etc.), tende a controlar parte significativa da assistência médica prestada à população. Com a crise fiscal, poucas vantagens podem ser absorvidas pelos *white-collar*s na manutenção do prestígio e das prerrogativas monopolistas adquiridos. Devido aos cortes orçamentários, racionalizando custos e infra-estrutura de atendimento e produção, os salários desses profissionais têm sido baixos,

as condições de trabalho desfavoráveis. Também foram reduzidas as cotas de medicamentos e procedimentos terapêuticos.

A premissa weberiana de que os empregados devem evitar tomar decisões com base emocional tem sido levada a sério e adotada cada vez mais no setor saúde. Os médicos, que tradicionalmente decidiam por conta própria, passaram a prestar contas de seus atos, procedimentos e condutas técnicas aos gerentes hospitalares, que são cada vez mais estranhos à área médica propriamente dita, ou seja, são profissionais com formação em economia, administração, sociologia e advocacia, entre outras. Com instrumentos administrativos eficientes e modernos, esses gerentes, objetivando maior eficiência e eficácia, passaram a controlar o movimento clínico, administrativo e burocrático dos hospitais. Esta é uma nova cultura organizacional progressivamente implementada nas modernas organizações de saúde. Um bom exemplo é o atual sistema de controle de procedimentos médicos americano baseado em DRG, que formula regras organizacionais e a standardização, reificando diagnósticos e tendo como foco os pacientes. As organizações complexas são estruturalmente mais burocráticas do que as profissionais e ameaçam a autonomia dos profissionais especializados. A burocracia tende a tratá-los como trabalhadores de fábrica no que se refere às condições de trabalho e à ordenação das funções e papéis.

A subjetividade, característica peculiar da relação médico-paciente, cede lugar à objetividade racionalizadora. Obedecendo às novas normas administrativas, os médicos e os enfermeiros especialmente, nos ambulatórios, em hospitais modernos ou mesmo nos consultórios particulares com predominância de convênios, são compelidos a adotar atitudes que mais os assemelham a técnicos burocraticamente controlados do que a profissionais que detêm autonomia técnica. Preenchendo papeletas, prontuários e seguindo as normas preestabelecidas pela administração, eles acabam por se aproximar das características de um “despachante” da saúde. As pessoas são vistas como um benefício potencial, talvez um impedimento para cumprir as regras, ou, em caso da atenção médica, uma condição impessoal que deve ser processada. Estes profissionais sem autonomia técnica acabam atendendo os pacientes baseados nos diagnósticos primários ou secundários, assumindo, assim, a postura de funcionários do Estado ou de empregados de uma empresa privada de prestação de serviços de saúde.

Cresce também o movimento sindical destes *white-collars*, que, inseridos no mundo do trabalho cada vez mais assalariado, passam a reivindicar e solicitar das agremiações sindicais proteção trabalhista (Abbott, 1988; Oppenheimer, 1970; Haug, 1988). Com isso, o cenário sindical experimenta mudanças estruturais importantes. No Brasil, a incorporação dos sindicatos e associações de médicos, odontólogos, enfermeiros, farmacêuticos, psicólogos etc. nas mesas de negociações instaladas nos âmbitos federal, estadual e municipal ilustra bem os novos tempos. Estas profissões, que tradicionalmente desenvol-

viam suas atividades de forma liberal, passaram a conviver e incorporar padrões de trabalho semelhantes aos encontradas nos *blue-collars*.

Atualmente, experimentamos transformações nunca vistas no processo de trabalho. Referimo-nos à implosão do processo de trabalho tradicional, onde as etapas do processo (simples ou complexas) eram praticadas no mesmo espaço organizacional, regidas pelo mesmo contrato de trabalho. É cada vez mais freqüente nas instituições a contratação de serviços, terceirizando inúmeras atividades. Por outro lado, o processo e o mundo do trabalho estão-se deslocando de espaços públicos, amplos e coletivos para espaços privados, domésticos, reduzidos em nichos individuais.

3. Nos tempos da municipalização

A municipalização do setor saúde tem exigido a construção de uma nova ordem de agenda política no campo das políticas de RH, na política sindical, na produção e oferta de serviços de saúde e no gerenciamento. Vários são os dilemas que se impõem neste cenário de mudanças, especialmente para aqueles que gerenciam o sistema — os gestores — e os que negociam as condições de trabalho dos que produzem neste sistema, ou seja, os sindicalistas. Destacam-se alguns a seguir.

- ▼ Como manter a autonomia técnica e definir a essencialidade do trabalho dos tradicionais profissionais de saúde (médicos, enfermeiros e farmacêuticos, por exemplo), com prerrogativas especiais, quando ocorre uma expansão de novos segmentos profissionais (terapeutas, fisioterapeutas, psicólogos, nutricionistas, ou mesmo médicos especialistas em novas áreas, entre outros)? O debate sobre a composição de uma equipe técnica para prestar assistência é um dilema de nossos tempos. A expansão das atividades técnicas de uma equipe não é uma questão fácil de se resolver, especialmente em uma arena política onde todos reivindicam prerrogativas monopolistas de reserva de mercado.
- ▼ A saúde tem uma grife própria. Profissionais especiais que oferecem serviços essenciais à população, em estado de especial fragilidade, precisam manter e preservar a boa relação consumidor-produtor que pressupõe uma estreita relação moral de ética + confiança + intimidade + sigilo com o cliente. Por outro lado, a manutenção desta boa relação não pode continuar sendo responsabilidade somente do profissional que executa os serviços. Ela deve ser de todos e muito especialmente dos gestores, garantindo ambiente adequado e condições de trabalho compatíveis para estes profissionais. A perda da confiança da clientela no médico é um fato. A clientela

está-se tornando mais reivindicativa, pressionando os médicos a executarem serviços de melhor qualidade. Organizada em associações (aidéticos, safenados, deficientes físicos e pacientes crônicos renais, entre outros) esta clientela passa a controlar os serviços médicos prestados, comparando condutas, medicamentos adotados etc. Hoje em dia, os profissionais de saúde têm sido vistos pelos pacientes como técnicos que operam equipamentos sofisticados (oftalmologia, endoscopia, hemodinâmica, terapia intensiva etc.) e interpretam exames computadorizados e imagens radiológicas de alta precisão, cada vez mais racionais e distantes do cliente.

- ▼ Sendo a auto-regulação a palavra-chave no mundo do trabalho na saúde, os gestores, juntamente com os sindicalistas, deverão buscar o diálogo com os profissionais que reivindicam a manutenção da auto-regulação tradicional dos profissionais típicos (médicos e odontólogos, entre outros) e a nova regulação gerencial, que busca controlar os procedimentos de saúde executados nas instituições de saúde, mais precisamente nas instituições privadas.
- ▼ Ao longo da história, as profissões liberais produziram um complexo aparato organizacional, definindo políticas antimercado: monopólio e controle de clientela, de preços (remuneração dos serviços) e de mercado. Este é dos temas mais importantes que deverão ser priorizados na agenda política dos gestores e sindicalistas. Aliar direitos e prerrogativas legais das profissões com a democratização do acesso e consumo dos produtos prestados é uma questão a ser negociada.
- ▼ A idéia de que o profissional de saúde adquire seu passaporte profissional definitivo para atuar no mercado (diploma ou certificado profissional) não mais corresponde a uma adequada premissa de qualidade da prestação de serviços. A capacitação técnica dos que lidam com a vida de seres humanos, com responsabilidade civil sobre seus atos, não pode ser fruto da vontade pessoal de cada profissional, mas sim da decisão política dos gestores, com o apoio das instituições acadêmicas. A saúde é um setor de risco: risco de errar, risco de prestar assistência de má qualidade técnica e de praticar atos pouco éticos etc. A saúde é uma área de serviços essenciais que exige que seus profissionais tenham qualificação formal para atuar.
- ▼ A revolução tecnológica mudou o perfil e as exigências dos profissionais, assim como da própria clientela. Produziu efeitos positivos, ou seja, mais esclarecimento, mais segurança e a possibilidade de melhoria da qualidade de vida. Efeitos negativos também são observados. Por exemplo, o processo de trabalho em saúde tornou-se mais complexo e os serviços altamente custosos, dificultando muito o acesso. Observa-se também a proliferação de profissionais na composição da equipe supostamente moderna. O processo de

trabalho tornou-se mais complexo, por vezes desnecessariamente fragmentado em ocupações, profissões, especialidades e subespecialidades, fracionando em demasia o conhecimento e a prática. Ocorreu também uma visível transformação da clientela, ou seja, ela se tornou mais informada, mais esclarecida, mais institucionalizada, mais organizada e mais cidadã. A ignorância do cliente não é mais a categoria-chave do poder dos profissionais de saúde. Os clientes não estão mais tolerantes com os erros médicos. Esta tensão entre direitos dos pacientes e prerrogativas monopolistas dos profissionais precisa ser enfrentada pelo gestor como um dos pontos mais delicados e centrais da boa assistência à saúde, defendida por todos nós.

4. Agenda de RH para a próxima década

O século XXI impõe grandes desafios em todas as esferas da sociedade, nos campos da ciência, da economia, da política ou no campo social. O desafio do setor saúde será esclarecer e superar alguns mitos, na construção de uma agenda que formule políticas de recursos humanos para este setor de prestação de serviços.

Primeiro, o mito de que os serviços prestados pelas instituições públicas são de má qualidade, realizados por profissionais desqualificados e que, portanto, são prescindíveis. Ao contrário, são serviços de excelência, com uso de equipamentos e tecnologia de ponta e executados por profissionais qualificados que, na sua segunda jornada de trabalho, exercem atividades semelhantes nas instituições privadas.

Segundo, de que não fazemos C&T. Ao contrário, nossas instituições acadêmicas de ensino e pesquisa, a maioria pública, desenvolvem programas de excelência técnico-científicos responsáveis pela quase totalidade dos cursos *lato e stricto sensu* oferecidos para a formação de nossos profissionais. São nestas instituições públicas que se produz C&T em saúde. Portanto, os investimentos e a infra-estrutura destas instituições não podem ser negligenciados pelo governo federal. Negligenciá-las ou não provê-las de equipamentos técnico-científicos modernos além de não manter seu *staff* em permanente atualização com o mundo científico internacional significa correr o risco de liquidar com a escassa produção técnico-científica de que dispomos, se comparada com a produção mundial. Um exemplo do que afirmamos pode ser dado pela profissão médica, que, apesar de deter os melhores índices de recursos humanos com qualificação em pós-graduação, apresenta apenas 8% de médicos mestres e 3% de médicos doutores. Acrescente-se a isso a existência de mais de 80 escolas de medicina, tendo um corpo docente sem a devida qualificação que responde pela formação de quase 8 mil médicos por ano (Machado et alii 1997:61-3).

Terceiro, que o setor privado é prescindível para o SUS. Ao contrário, é exatamente neste setor que é produzida boa parte dos atos hospitalares, uma vez que a maioria absoluta dos leitos hospitalares é de propriedade privada. Desnecessário dizer que o SUS é estruturado por estas duas importantes redes de assistência à saúde: a pública e a privada. O setor privado é um subsetor do sistema de saúde, funcionando complementarmente ao subsetor público e financiado fortemente por fontes públicas. Qualquer agenda política que de fato busque a melhoria da qualidade da assistência deverá manter um espírito dialógico com este setor.

Quarto, de que é possível fazer assistência sem médicos e enfermeiros. O SUS precisa reestruturar sua política de RH, fazendo com que contemple uma corajosa discussão da essencialidade das atividades profissionais. O mito da equipe profissional “tecnicamente isonômica”, na qual todos os profissionais exercem funções relevantes e fundamentais, deverá ser desfeito. Devemos fomentar o debate nas instituições de saúde públicas e privadas, nas secretarias municipais e estaduais, no Ministério da Saúde, nos sindicatos e, nas sociedades científicas, a construção de um consenso do que seja de fato uma “equipe essencial de saúde”. Não é possível continuar com o discurso de que todos são necessários e essenciais, ou seja, médicos, enfermeiros, odontólogos, psicólogos, farmacêuticos, fisioterapeutas, nutricionistas, assistentes sociais, técnicos e auxiliares de diversas áreas. Esta isonomia ideológica tem produzido efeitos desastrosos para aqueles que produzem a assistência e para os usuários do sistema. A assistência à saúde requer uma equipe que de fato faça o que tem de ser feito àqueles que procuram o SUS para a solução de seus problemas de saúde. Sem desmerecer as contribuições das demais profissões, precisamos assumir corajosamente que a assistência não se faz sem *médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem, que constituem o que chamamos de equipe essencial de saúde*. No entanto, é preciso reafirmar que não estamos advogando a adoção de uma equipe simplificada, mas afirmando que estes profissionais não podem ser negligenciados como mais um na equipe. É preciso restabelecer o diálogo entre aqueles que formulam políticas de recursos humanos, os que produzem os serviços de saúde e os que gerenciam, buscando analisar e traçar uma política de RH adequada para cada subsetor da atenção à saúde, que requer, conforme a complexidade e natureza dos serviços, equipes diferenciadas. Alguns exemplos podem ser dados: a área de saúde mental exige a incorporação dos psicólogos, assistentes sociais e terapeutas ocupacionais; a área de ortopedia e traumatologia deverá incorporar os fisioterapeutas, os terapeutas ocupacionais, os técnicos de raios X; hospitais especializados, como os de pediatria, requerem uma delicada discussão da composição de uma equipe ideal para uma população que exige atendimento diferenciado. Nestes casos e em tantos outros, será necessária uma ampla discussão para definir o que é essencial em uma equipe. A noção ideológica de que todos são

essenciais e imprescindíveis terá de ser desfeita e mais bem definida. É preciso diferenciar para ser justo e coerente com a política de prestar atendimento de qualidade. Urge o agendamento desta discussão, uma vez que, com salários impróprios, condições inóspitas têm levado muitos destes profissionais essenciais a abandonar definitivamente o SUS.

Quinto, a idéia da isonomia salarial, na qual todos recebem salários iguais para supostas atividades iguais, deverá ser desfeita. Somos iguais no plano da sociedade política, no entanto, somos diferentes quando inseridos no mercado de trabalho, no qual, por definição profissional, exercemos funções diferentes, produzindo bens e serviços diferentes em valores social e econômico. A igualdade que reivindicam os defensores da isonomia é formal, e não real, tornando-se, de fato, uma política antimercado. O debate proposto sobre o mito da isonomia técnica deverá ser ampliado para as questões do mito da isonomia salarial.

Sexto, a reivindicação sindical de um plano de cargos e carreiras e salários não pode continuar sendo considerada o alçó do sistema, responsável pelo “engessamento” da gestão. Esta questão não deve continuar sendo tratada com tão pouca seriedade pelos gestores públicos. Da mesma forma, é incorreto associar o PCCS à noção de atraso gerencial, à inoperância administrativa, como muitos “modernos administradores” tentam nos passar. Ao contrário, o PCCS, se bem-estruturado e corretamente executado, com a devida flexibilidade que a realidade impõe, é uma garantia de que o trabalhador terá o direito de vislumbrar uma vida profissional ativa, na qual a qualidade técnica e a produtividade sejam variáveis-chave para a construção de um sistema exequível.

Sétimo, a descentralização e a municipalização não podem ser consideradas símbolos de desobrigação institucional do poder federal. Repor mão-de-obra qualificada, manter as instituições públicas de alta complexidade, especialmente os hospitais gerais, em bom estado de conservação e de funcionamento, garantindo o acesso e a qualidade da assistência à população, não são tarefas de que o governo federal poderá se omitir. A minimização do poder público federal nas questões do SUS deverá ser denunciada e reconsiderada em aliança com os poderes municipal e estadual.

Oitavo, da mesma forma que devemos ser atentos e críticos com a forma “autista” e pouco generosa como as instituições acadêmicas se relacionam com as instituições prestadoras de serviços de saúde, precisamos também estar atentos e críticos com a forma “predatória” como estas instituições tratam aqueles que lá trabalham, ou seja, nos serviços, de modo geral, não se tem infra-estrutura que permita o desenvolvimento de programas elementares de educação continuada em qualquer nível de complexidade. Da mesma forma, não há nessas instituições uma efetiva política de desenvolvimento de recursos humanos que contemple as necessidades técnico-científicas dos que lá trabalham.

Nono, a idéia de que o SUS não precisa de reformas é falsa. A realidade dos serviços de saúde aponta para a necessidade de reestruturação do SUS, adequando-o às necessidades municipais, que exigem mudanças. Os novos programas divulgados e difundidos pelo Ministério da Saúde, especialmente o Programa de Saúde da Família, são uma resposta a estas questões. No entanto, devem ser vistos com cautela, uma vez que a assistência simplificada não responde à complexidade das necessidades humanas de uma sociedade de fim de século. A especialização não é uma evidência empírica dispensável ou supérflua. No entanto, é necessário que se definam modelos assistenciais compatíveis com a população usuária. Estes modelos precisam se adequar à diversidade de nosso país, ajustando simplificação com especialização.

Décimo, o mito de que RH é coisa da política e de políticos deve ser definitivamente desfeito. RH precisa ser considerado peça fundamental da estrutura do SUS, como uma questão técnica essencial na agenda política dos que governam. Não se concebe e não se estrutura o SUS sem profissionais adequados, qualificados, satisfeitos, para executarem os serviços. Da mesma forma que a saúde é um bem público, seus produtores também o são. Fazer política de RH é uma necessidade prioritária dos gestores e sindicalistas, que são, direta ou indiretamente, responsáveis pela mão-de-obra que atua nos serviços de saúde.

Referências bibliográficas

- Abbott, Andrew. *The system of professions. An essay on the division of expert labor*. London and Chicago, The University of Chicago Press, 1988.
- Freidson, Eliot. Are professions necessary? In: Haskell, Thomas L. (org.). *The authority of experts. Studies in history and theory*. Bloomington, Indiana University Press, 1984.
- Haug, Marie R. Deprofessionalization: an alternate hypothesis for the future. In: Halmos, Paul (org.). *Professionalisation and social change*. Staffordshire, The University of Keele, 1973.
- . A re-examination of the hypothesis of physician deprofessionalization. *The Milbank Quarterly*, 66(2):48-58, 1988.
- Larson, Magali Sarfatti. Proletarianization and educated labor. *Theory and Society*, 9:131-75, 1980.
- Machado, Maria Helena. Women and the health sector's labor market in the Americas. Female hegemony? In: Gómez, E. G. (org.). *Gender, women and health in the Americas*. Washington, Pan American Health Organization, 1993.

- . *Os médicos e sua prática profissional: as metamorfoses de uma profissão*. Rio de Janeiro, Iuperj, 1996. (Tese de Doutorado.)
- et alii. *Os médicos no Brasil: um retrato da realidade*. Rio de Janeiro, Fiocruz, 1997.
- Offe, Claus. *Trabalho e sociedade. Problemas estruturais e perspectivas para o futuro da “sociedade do trabalho”*. Trad. Gustavo F. Bayer. Rio de Janeiro, Tempo Brasileiro, 1989. (v. 1: A crise.)
- . *Trabalho e sociedade. Problemas estruturais e perspectivas para o futuro da “sociedade do trabalho”*. Trad. Gustavo Bayer e Margit Martincic. Rio de Janeiro, Tempo Brasileiro, 1991. (v. 2: Perspectivas.)
- Oppenheimer, Martin. White-collar revisited: the making of new working class. *Social Policy*, July/Aug. 1970. p. 27-32.
- Vieira, A. L.; Amâncio Filho, A.; Machado, M. H. & Moysés, N. (orgs.). *Trabalhadores de saúde em números*. Rio de Janeiro, Fiocruz, 1998.