

Gestão da Educação e do Trabalho em Saúde no SUS: trinta anos de avanços e desafios

The Management of Work and Education in Brazil's Unified Health System: thirty years of progress and challenges

Maria Helena Machado¹

Francisco Rosemiro Guimarães Ximenes Neto²

Abstract *This article presents a historical analysis of work management and education in the healthcare field over the three decades since the creation of Brazil's Unified Health System (SUS, acronym in Portuguese). Using the sociology of professions as a frame of reference, it addresses the following topics: the health labor market; trends in healthcare employment; the healthcare workforce; and the regulation and dynamics of undergraduate programs in the health field. It analyzes each of the moments that characterize the area, from the pre-SUS period to the present day. The period has witnessed the following: a boom in health schools, largely in the private sector; an overall increase in the level of education of health professionals, an increase in regional inequity; an alarming increase in distance learning programs; an imbalance between labor supply and demand; the expansion of installed capacity; the municipalization of health employment; an increased focus on multiprofessional teams; and an increase in precarious work and informal contractual relationships and deterioration of pay levels.*

Key words *Unified Health System, Work management, Education, Labor market*

Resumo *Este artigo faz uma análise histórica da Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, nas três décadas do SUS, a partir do referencial da sociologia das profissões, abordando temas como: o mercado de trabalho, a evolução dos empregos de saúde, a força de trabalho em saúde, a regulação e a dinâmica das graduações em saúde. Analisa os momentos que caracterizam a área, desde o pré-SUS até os dias atuais. O período evidencia um "boom" de escolas de saúde, com participação majoritária do ensino privado; aumento da escolarização, iniquidade regional; surgimento perigoso da educação à distância no campo da saúde; desequilíbrio entre oferta e demanda de mão de obra; expansão da capacidade instalada; municipalização dos empregos de saúde; crescimento da equipe multiprofissional; precarização do trabalho; crescimento da informalidade dos vínculos empregatícios e deterioração salarial.*

Palavras-chave *Sistema Único de Saúde, Gestão do Trabalho, Educação, Mercado de trabalho*

¹ Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz. R. Leopoldo Bulhões 1480, Manguinhos. 21041-210 Rio de Janeiro RJ Brasil. machado@ensp.fiocruz.br.

² Universidade Estadual do Vale do Acaraú. Sobral CE Brasil.

Sociologia das Profissões e o Mundo do Trabalho em Saúde: Notas Introdutórias

A sociedade moderna é uma sociedade de profissões, visto que a maioria das atividades humanas requer algum grau de profissionalismo para serem executadas. Em boa medida o que seja saúde, doença, sanidade ou insanidade, até mesmo o que seja ordem ou desordem, é definido no construto teórico das corporações. Pode-se afirmar que a saúde é um campo completamente profissionalizado.

Os primeiros estudos sobre profissões, na década de 1930, realizados por Carr-Saunders e Wilson, “já descreviam aspectos comuns às profissões, como, por exemplo, o compromisso com o ideal de servir, altruísmo, orientação para o coletivo. Acrescenta-se ainda a existência de um trabalho organizado e especializado. A ocupação passa a ser de dedicação integral, um complexo sistema de autorregulação, treinamento padronizado em escolas especializadas, tendendo à autonomia do exercício profissional e busca da preservação de um monopólio do mercado de trabalho”¹.

É fato que o surgimento dos mercados profissionais vai se dar no período da Revolução Industrial, na consolidação do sistema capitalista que requirava novas áreas de trabalho especializado. A presença da ciência na indústria, bem como no convívio social, provocou transformações nas bases cognitivas da divisão social do trabalho, revestindo-se de grande importância para a saúde, por ser um setor que presta serviços – individuais e coletivos, de alta relevância para a sociedade.

Autores como Martin Oppenheimer, Marie R. Haug, Magali Sarfatti Larson, John Mckinlay e Joan Arches, Eliot Freidson, Andrew Abbott, Maria Helena Machado, Sábado Nicolau Girardi, Edmundo Campos Coelho, Lilia Blima Schraiber e Cristiana Leite Carvalho, têm analisado as mudanças na base cognitiva, no grau de autonomia profissional e nas formas de inserção no mercado de trabalho. Estes estudos se enquadram na moldura teórico-metodológica da sociologia das profissões em três grandes correntes analíticas, que buscam compreender e reconceituar as transformações por que passam essas profissões tradicionais e as emergentes: a proletarianização, a desprofissionalização e a racionalização.

Precursora de estudos em profundidade sobre profissão e o mundo do trabalho, Donnan-gelo, nos anos 1970, abre caminho para novos

estudos envolvendo o contingente da saúde, dimensionado hoje em mais de 3,5 milhões de trabalhadores atuando no Sistema Único de Saúde (SUS)²⁻⁴.

Surgem também neste período, ou um pouco mais adiante, estudos sobre os aspectos formativos e educativos, abrangendo não só os médicos e enfermeiros como também os profissionais de nível médio e elementar. Destacam-se os estudos de Gastão Campos, Jairnilsom Paim, Sérgio Rego, Carmem Teixeira, Célia Pierantoni, Ricardo Cecim, Laura Feuerwerker, Paranaguá de Santana, Paulo Buss, Tania Nunes, Ana Luiza Stiebler, entre outros que deram sua contribuição no desenvolvimento do complexo setor saúde.

A compreensão do complexo mercado de trabalho da saúde remete ao modo de inserção do trabalhador no sistema de saúde, além dos empregos formais e informais existentes, bem como os postos de trabalho ocupados, a tendência de multiempregos, as condições de trabalho e o processo de adoecimento a que estão submetidos e como se dá a formação e a educação permanente e suas repercussões no processo de trabalho individual e coletivo.

Para tanto, a gestão do trabalho e da educação na saúde “tem merecido atenção por parte dos gestores e instituições que buscam a correta adequação entre as necessidades da população usuária e seus objetivos institucionais. Pensar em gestão do trabalho como política significa pensar estrategicamente, e pressupor a garantia de requisitos básicos para a valorização do profissional de saúde e do seu trabalho, tais como: carreira, salários, formas e vínculos de trabalho com proteção social; negociação permanente das relações de trabalho em saúde, capacitação e educação permanente dos trabalhadores; humanização da qualidade do trabalho, adequadas condições de trabalho, ética profissional, dentre outros”¹.

Dada a complexidade deste mercado, é importante conceituar: *profissionais da saúde* sendo os que, estando ou não ocupados no setor, têm formação ou qualificação profissional específica para o desempenho de atividades ligadas ao cuidado ou às ações de saúde; *trabalhadores da saúde* são os que se inserem direta ou indiretamente na atenção à saúde no setor saúde, podendo ter ou não formação específica para as funções atinentes; *trabalhadores do SUS* são os que se enquadram tanto como profissionais ou trabalhadores da saúde, inseridos na atenção à saúde nas instituições no âmbito do SUS⁵.

Regulação do Trabalho em Saúde

Outra questão crucial no âmbito do mercado de trabalho, especialmente da saúde, é a regulação do trabalho, que corresponde a uma intervenção pública (ou da política) sobre a soberania dos mercados. Constitui um conjunto de regras, normas, hábitos e regulamentações extra mercado, que se impõem sobre determinadas atividades sociais e econômicas. Já a regulação profissional possui traços bastante específicos, com um aparato institucional formado por princípios, normas e leis de exercício profissional que conferem monopólios ou quase monopólios de prática; estruturas de autorregulação constituídas por pares, revestidas de autoridade pública, atribuídas para fiscalizar o exercício⁶.

A discussão de regulação do trabalho envolve quatro atores: a) o Legislativo, responsável pela promulgação das leis de regulamentação das profissões; b) o Executivo, que define formas e a extensão da regulação; c) o Judiciário, que decide sobre a constitucionalidade delas de acordo com os marcos jurídico-legais e os costumes das sociedades; d) e os agentes regulados, que participam da definição e sua implementação e por vezes as questionam. Dussault⁷ acrescenta o conceito de regulação social, ou seja, a inclusão da sociedade civil no processo regulatório.

Contudo, nos tempos atuais, no qual boa parte dos trabalhadores estão assalariados ou submetidos a constrangimentos ambientais e gerenciais, apresentam-se cada vez mais com dificuldades de exercer suas atividades plenamente sem interferências. Esses mecanismos gerenciais buscam aumentar a produtividade, a eficiência e a redução de custos operacionais.

Por outro lado, as profissões da saúde por intermédio de seus Conselhos Profissionais têm se valido cada vez mais de decisões judiciais, nas disputas jurisdicionais com outras profissões da saúde. O aparato corporativo, incluindo o sistema educativo, assume papel decisivo na definição dos níveis da oferta e padrões de qualidade dessa mão de obra especializada. O controle da oferta e demanda acaba sendo muito mais um jogo de poder entre aquele que oferta a sua força de trabalho e aquele que a demanda. Também no campo da regulação, a ética profissional passa a ser um dos temas centrais neste cenário de disputas e concorrências jurisdicionais.

Educação na Saúde

O trabalho em saúde é carregado de subjetividade, sendo em sua essência relacional, agregando tecnologias durante o processo saúde-doença-cuidado, exigindo dos trabalhadores uma formação de qualidade, educação permanente e competências específicas para atender as demandas do mercado de trabalho sanitário.

O ordenamento para a formação de RH é uma das atribuições do SUS, que busca dar conta de problemas relacionados à educação na saúde, como a formação de profissionais para a Atenção Primária à Saúde (APS), com um olhar sensível às necessidades de saúde das famílias e comunidades.

Dentre os problemas relacionados à formação em saúde, alguns ainda não foram superados, pois “persiste uma formação inadequada dos profissionais que atuam ou irão atuar no sistema”¹, além da defasagem entre “ensino e realidade e aspectos pedagógicos”, acrescentando-se a expansão do ensino privado⁸. Após quase 30 anos de SUS, ainda perduram dificuldades para o desenvolvimento de práticas integrais, de prevenção de riscos, agravos e doenças e de promoção da saúde, seja no cuidado, na assistência e na atenção à saúde, às famílias e comunidades nos diferentes espaços do território brasileiro. Portanto, faz-se mister uma competente educação na saúde, como diretriz para a qualidade do cuidado, devendo esta ser pautada com base nos determinantes sociais da saúde, nas necessidades da população e de grupos vulneráveis, no perfil epidemiológico locorregional, com vivências teórico-práticas voltadas para a realidade local, e com um currículo que permita a inserção do estudante de graduação em cenários de práticas, desde o primeiro semestre da universidade.

A atuação nos níveis de atenção à saúde do SUS exige, em especial na APS, uma diversidade de saberes e práticas em áreas relacionadas à gestão sanitária, do cuidado de famílias e comunidades, ao manejo das determinações e consequências sociais, ao território sanitário de atuação, que impõe, diariamente, novas situações a serem enfrentadas⁹.

A implantação de políticas e programas setoriais da saúde acabou por influenciar a abertura de inúmeros cursos na área da saúde, em função de novos postos de trabalho demandado por: Enfermagem e Medicina - Estratégia Saúde da Família (ESF); Odontologia - Programa Brasil Sorridente e nos Centro de Especialidades Odontológicas (CEO); Núcleo de Apoio à Saúde

da Família (NASF), com inserção de fisioterapeutas, assistentes sociais, educadores físicos, dentre outros.

Destarte, os cursos de graduação presenciais nas 14 profissões da saúde, denominadas pelo Conselho Nacional de Saúde por meio da Resolução Nº 287, de 8/10/1998, passaram de 1.032 para 5.222, no período 1995 a 2015, um crescimento de 506%. A evolução da implantação de alguns cursos mostra os seguintes percentuais: 3.071,4% - Biomedicina; 866,7% - Nutrição; 788,9% - Fisioterapia; 468% - Serviço Social; 439% - Medicina Veterinária; 387% - Psicologia; 241,4% - Educação Física; 200% - Terapia Ocupacional; 125,7% - Fonoaudiologia; e 103,2% - nas Ciências Biológicas¹⁰.

Quanto aos cursos presenciais de Medicina, Enfermagem, Odontologia e Farmácia, tem-se a seguinte evolução, durante o período de 1992 a 2016 (Gráfico 1): Medicina, de 80 para 279 (348,7%); Enfermagem, de 107 para 962 (899%); Odontologia, de 85 para 299 (351,7%); e Farmácia, de 50 para 515 (1.030%)¹¹⁻¹³.

Duas outras variáveis importantes do mercado educacional de graduações na saúde no Brasil são: a expansão do ensino superior por instituições privadas, que passou 538 cursos (52,1% do total dos cursos), em 1995, para 4.105 cursos (79% do total de 5.222 cursos), em 2015, dominando o ensino em áreas como a Enfermagem, Fisioterapia, Psicologia, Nutrição e Biomedicina; e a iniquidade geográfica da oferta dos cursos, com a concentração de 51,9% destes na região Sudeste, em 1995, com uma ligeira redução em 2015, para 45,4%. A região Nordeste apresenta

um significativo crescimento no período, passando de 15% para 20,3%^{10,12}.

O Censo da Educação Superior de 2016¹³ mostra que o número de cursos de Medicina (42,3%), Enfermagem (41,9%), Odontologia (38,1%) e Farmácia (43,9%) estão concentrados no Sudeste, em instituições privadas (Gráfico 2). É possível fazer a correlação entre formação e empregos, ou seja, é fato que a região Sudeste aglutina a maioria do parque formador da saúde e detém também o maior volume de empregos do país. Os estados que compõem a região Norte estão em sentido oposto, exibem percentuais baixos de cursos, bem como de empregos.

Situação de alerta no setor educacional da saúde é o ensino à Distância (EaD), inicialmente utilizado como estratégia pedagógica para reforçar os conteúdos ministrados em sala de aula, ou como atividade complementar curricular obrigatória. Com a liberalização do ensino superior e sua expansão na iniciativa privada, cursos como Enfermagem, Educação Física, Biomedicina, Ciências Biológicas, Nutrição e Serviço Social, passaram a ser ofertados na modalidade EaD, o que põe em risco a qualidade do atendimento. Cursos exigem, a exemplo da Enfermagem e da Educação Física, “uma base teórica sólida e o desenvolvimento de habilidades adquiridas com a prática das técnicas, pontos altamente vulneráveis na formação à distância”¹⁰.

Em 2016, existiam 115 cursos da área da saúde na modalidade EaD (Enfermagem – 6; Educação Física – 34; Biomedicina – 1; Ciências Biológicas – 45; Nutrição – 1; e Serviço Social – 28), 61,74% (71) estavam em instituições privadas.

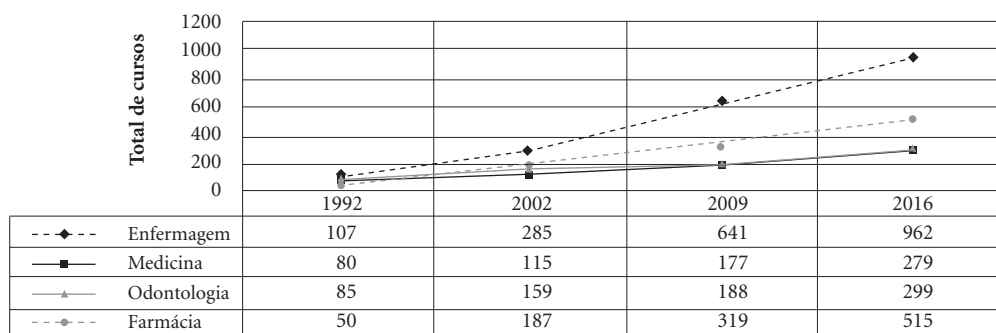


Gráfico 1. Distribuição do número de cursos de saúde de categorias selecionadas - Brasil, 1992/2001/2009/2016.

Fonte: Adaptado de Haddad et al.¹¹; Pierantoni et al.¹²; Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP)¹³. Dados de cursos presenciais.

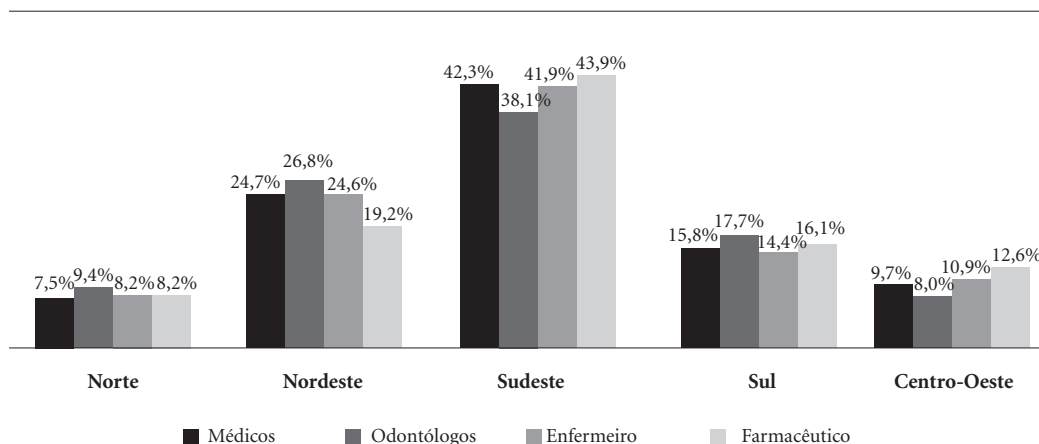


Gráfico 2. Distribuição percentual de cursos de saúde de categorias selecionadas - Brasil, 2016.

Fonte: Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP)¹³.

Dos 34 cursos em instituições públicas, 30 são de Ciências Biológicas, 13 de Educação Física e 1 de Serviço Social¹³.

Nos anos 1990, década perdida para os trabalhadores da saúde, por conta das influências da “política neoliberal de flexibilização da inserção do trabalhador no mundo do trabalho”¹⁴, no que diz respeito aos direitos e garantias dos trabalhadores, deu-se a intensificação do processo de privatização do ensino superior e, conseqüente, mercantilização deste. Deve-se esse crescimento, principalmente, à expansão do ensino superior estimulada pela Lei de Diretrizes e Bases para a Educação (LDB) de 1996, o que intensificou o aumento do número de vagas nos grandes centros urbanos e a interiorização do ensino, com a criação de novas instituições.

Apesar do ordenamento da formação na saúde de ser de responsabilidade do SUS, ocorreu uma forte privatização da educação superior, contrariando a legislação sanitária e a normatização do CNS. Apesar das políticas de Gestão da Educação na Saúde estabelecidas nas últimas décadas, a formação dos trabalhadores para o SUS ainda apresenta desafios como: a mudança do modelo flexneriano, que se mantém em grande parte dos currículos, com a formação centrada ainda na clínica hospitalar e na especialidade, e a manutenção do paradigma hegemônico da cura, em detrimento às práticas comunitárias; os pro-

fissionais, a exemplo de enfermeiros, médicos e odontólogos, não vivenciam uma densa formação voltada para a atuação na APS, o que dificulta a compreensão, o planejamento e a organização do processo de trabalho e a efetivação de projetos terapêuticos humanizados; o corpo docente de profissões, como a Medicina e Odontologia, com poucas vivências no SUS e em práticas de promoção da saúde, em detrimento da prática hegemônica nos consultórios; o forte crescimento do ensino privado e a distância, sem o correspondente controle e regulação estatal, da qualidade da formação, acenando para a necessidade de institucionalização do exame de suficiência para obtenção do registro profissional junto aos Conselhos Profissionais; a manutenção da iniquidade regional brasileira na oferta de vagas na graduação, o que afeta diretamente a disponibilidade e distribuição dos profissionais da saúde, nos espaços de práticas.

Corroborando com autores, as escolas formadoras junto aos serviços de saúde devem ampliar a capacidade resolutiva de suas lupas⁸, para detectar constantemente as necessidades relativas ao processo saúde-doença-cuidado-trabalho e introduzi-las na formação universitária e na educação permanente dos trabalhadores do SUS, além do Ministério da Saúde e o Conselho Nacional da Saúde retomarem para si o papel do ordenamento na formação de pessoal.

Trabalho em Saúde

Paralelamente ao processo de municipalização do Sistema de Saúde, o Brasil experimentou um crescimento sem precedentes de municípios. Até final da década de 1980 (quando então ocorreu a 2ª expansão), o país tinha 3.974 municípios, passando para 4.491 em 1990, chegando 5.561 em 2000, e atualmente, tem 5.570. Vale ressaltar que, em meados da década de 1950 o Brasil tinha 2.468 municípios, chegando a 4.235 em 1963 (1ª expansão). Em 50 anos, o número de municípios cresce 226%.

Associado à expansão municipalista, observam-se três questões:

- A primeira refere-se à concentração de 88% dos municípios com população de até 50.000 habitantes, reforçando a ideia de que não houve um crescimento sustentável, mas uma expansão;

- A segunda é a da concentração populacional, uma vez que em 5,6% dos municípios com mais de 100.000 habitantes, concentram 46,5% da população do País; ao passo que a metade dos municípios responde por pouco mais de 8% da população total brasileira (Gráfico 3).

- A terceira questão refere-se à concentração dos empregos de saúde nos municípios de maior porte populacional, ela persiste e se aprofunda quando se observa o comportamento das quatro profissões básicas da assistência (Tabela 1). Enquanto os médicos somam 3,9% na região Norte; os odontólogos, 5,2%; os enfermeiros, 7%; e os farmacêuticos 7,9%. Apresenta-se, no Sudeste, a

seguinte situação oposta: os médicos contabilizam 53%; os odontólogos, 49%; os enfermeiros, 45,9%; e os farmacêuticos, 46%. Estamos falando aqui da região Amazônica (Norte) com sete estados, ocupando 45% do território nacional, enquanto o Sudeste com 10,9% do total do território é a região mais desenvolvida e industrializada do país.

Situação do Mercado de Trabalho: Retrospectiva e Atualidade

Dados do IBGE da década de 1980 dão conta de uma realidade do chamado Pré-SUS, no qual o País contava com: 18.489 estabelecimentos de saúde; 573.629 empregos de saúde, sendo que na esfera municipal eram 47.038, na estadual 96.443, e na federal 122.475 empregos. O mercado de trabalho de saúde contava com: 197.352 empregos de nível superior; 111.501 técnicos e auxiliares; e 264.776 de nível elementar. A equipe de saúde era bipolarizada: médicos e atendentes de enfermagem, em sua maioria, atendentes.

Passados 30 anos, desde a constituição do SUS, o Brasil tem a seguinte realidade sanitária¹⁷: 200.049 estabelecimentos de saúde; 3.594.596 empregos de saúde. Em 2017, o setor público municipal contava com 1.649.074 empregos de saúde; o estadual com 463.720; e o federal com 96.491 empregos. A equipe de saúde torna-se multiprofissional: enfermeiros, odontólogos, médicos, farmacêuticos, nutricionistas, fisioterapeutas, assistentes sociais, psicólogos, dentre ou-

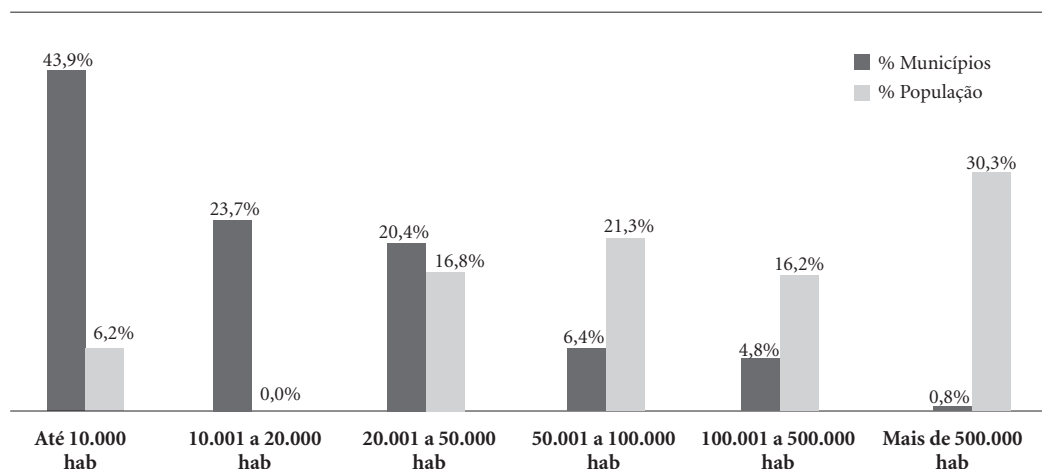


Gráfico 3. Distribuição percentual de cursos de saúde de categorias selecionadas - Brasil, 2016.

Fonte: Adaptado de IBGE, Estimativas do Censo Demográfico/Indicadores Sociais Municipais - 2002¹⁵ e Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária - 2017¹⁶.

tros; além de técnicos e auxiliares, em sua maioria. O setor saúde passa a contar com: 1.104.340 empregos de nível superior; 889.630 técnicos e auxiliares; e 317.056 de nível elementar¹⁸. Atualmente, o Brasil conta com 453.428 médicos¹⁹, 484.530 enfermeiros²⁰, 300.000 odontólogos²¹ e 203.600 farmacêuticos²².

A Tabela 2 comprova esta evolução da capacidade instalada nos dois momentos mencionados: Pré-SUS e SUS.

Se por um lado podemos nos orgulhar do gigantismo do SUS em termos de capacidade instalada – número de estabelecimentos de saúde (ambulatoriais e hospitalares), leitos e empregos de saúde, com mais de 3,5 milhões de trabalhadores atuando em equipes multiprofissionais, qualificadas e especializadas, por outro, é fato também que esse setor se mantém crescendo e

gerando novos postos de trabalho. Contudo, há problemas estruturais que ainda persistem, especialmente na gestão do trabalho, tais como: desequilíbrio entre oferta e demanda, escassez de profissionais no interior do país, precarização do trabalho, terceirização dos serviços de saúde e, conseqüentemente, da mão de obra especializada (médicos, enfermeiros, técnicos em geral, dentre outros). O trabalho precário é uma situação que atinge significativo contingente da saúde.

A Organização Internacional do Trabalho (OIT) elenca sete dimensões inter-relacionadas de precariedade em contraposição ao trabalho decente, quais sejam: 1) insegurança do mercado de trabalho pela ausência de oportunidades de trabalho; 2) insegurança do trabalho gerada pela proteção inadequada em caso de demissão; 3) insegurança de emprego gerada pela ausência de

Tabela 1. Empregos de Saúde de categorias selecionadas segundo Regiões - Brasil, 2017.

Categorias	Norte		Nordeste		Sudeste		Sul		Centro-Oeste		Total	
	N. abs	%	N. abs	%	N. abs	%	N. abs	%	N. abs	%	N. abs	%
Profissionais												
Médicos	39.389	4,0	174.381	17,7	520.265	52,9	181.191	18,4	68.631	7,0	983.857	100,0
Enfermeiro	19.124	7,0	69.070	25,2	125.936	45,9	40.189	14,7	19.772	7,2	274.091	100,0
Odontólogos	7.659	6,0	30.878	24,3	57.737	45,5	20.931	16,5	9.720	7,7	126.925	100,0
Farmacêutico	2.553	7,9	6.309	19,6	14.953	46,5	5.656	17,6	2.675	8,3	32.146	100,0

Fonte: Ministério da Saúde. Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES), Dez/2017¹⁷.

Tabela 2. Capacidade instalada do sistema de saúde, Brasil – 1980/1992/2002/2009/2017.

Capacidade Instalada	1980	1992	2002	2009	2017
Estabelecimentos	18.489	49.676	67.612	94.070	200.049
Públicos	10.045	27.092	38.373	52.021	82.169
Privados	8.444	22.584	29.239	42.049	117.880
Leitos	509.168	544.357	471.171	443.888	436.812
Públicos	122.741	135.080	146.319	119.062	167.540
Privados	386.427	409.277	324.852	324.826	269.272
Empregos	573.629	1.438.708	2.180.598*	3.078.518	3.594.596
Públicos	265.956	735.820	1.193.483	1.703.050	2.209.285
Federais	122.475	113.987	96.064	117.932	96.491
Estaduais	96.443	315.328	306.042	382.733	463.720
Municipais	47.038	306.505	791.377	1.203.085	1.649.074
Privados	307.673	702.888	987.115	1.375.468	1.385.311
Categorias profissionais					
Médicos	146.091	307.952	466.110	636.017	983.857
Enfermeiros	15.158	41.501	88.952	163.099	274.091
Odontólogos	16.696	41.509	56.995	94.136	126.925
Farmacêutico	4.630	6.908	28.670	39.988	32.146

Fonte: IBGE. Estimativas do Censo Demográfico/Indicadores Sociais Municipais - 1980, 2002, 2009 e 2017²³; Ministério da Saúde. Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES), Dez/2017¹⁷.

*Incluem os empregos administrativos.

delimitações da atividade ou até mesmo de qualificação de trabalho; 4) insegurança de integridade física e de saúde em razão das más condições das instalações e do ambiente de trabalho; 5) insegurança de renda, fruto da baixa remuneração e ausência de expectativa de melhorias salariais; 6) insegurança de representação quando o trabalhador não se sente protegido e representado por um sindicato¹.

Política de Gestão do Trabalho e da Educação: Avanços, Retrocessos e Desafios - Notas Finais

Pode-se afirmar que a Política de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde tem como foco central a participação do trabalhador como fundamental para a efetividade e eficiência do SUS. Ele é percebido como sujeito e agente transformador de seu espaço de trabalho, protagonista de práticas e saberes, durante o processo de trabalho (individual e coletivo).

Para tanto, pressupõe-se a garantia de requisitos básicos para a valorização do trabalhador e do seu trabalho: PCCS, vínculos de trabalho com proteção social, espaços de discussão e negociação do trabalho, educação permanente, humanização da qualidade do trabalho, dentre outros.

De forma resumida, pode-se dizer que a política de RH em saúde no Brasil pré-SUS se divide em três períodos: a) 1967 - 1974: incentivo à formação profissional de nível superior, expansão dos empregos privados, incremento da contratação de médicos e atendentes de enfermagem, reforçando a bipolaridade médico/atendentes; incentivo à hospitalização/especialização; b) 1975 - 1986: aumento da participação do setor público na oferta de serviços ambulatoriais e hospitalares e a formação do pessoal técnico e sua incorporação nas equipes de saúde; e c) 1987 - 1990: caracterizado pelas mudanças estruturais rumo à Reforma Sanitária, marcadas, especialmente, pelo processo de descentralização da assistência e, conseqüentemente, dos profissionais que integram os serviços¹⁴.

Passados 30 anos da Reforma Sanitária, resultando na criação do SUS, avanços e retrocessos são contabilizados permitindo esboçar três grandes momentos do SUS no que se refere às Políticas de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde:

- O primeiro momento refere-se ao período de 1990 a 2002 – *Momento da Antipolítica de RH*, caracterizado pelo abandono da proposta de PCCS, precarização do trabalho, desmobilização do movimento sindical (a Mesa Nacional de Negociação criada em 1993 pelo CNS foi desativada

no mesmo ano pelo governo federal), pulverização das ações educativas e formativas no âmbito do SUS, proliferação de escolas na área da saúde. Período marcado pelo desrespeito e desvalorização dos trabalhadores da saúde - a Década perdida para os trabalhadores do SUS.

- O momento seguinte dá-se de 2003 - 2015 - *Momento da Política de Gestão do Trabalho e Educação*, caracterizado pelo retorno aos princípios constitucionais de que saúde é um bem público e trabalhadores da saúde também o são. A grande mudança positiva nas políticas públicas no campo culmina com a criação, no âmbito do Ministério da Saúde, em 2003, da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES). Momento em que, o dispositivo do ordenamento de RH para o SUS passa a valer com políticas públicas tais como: Política Nacional de Educação Permanente em Saúde; AprenderSUS; Projeto Vivências e Estágios na Realidade do SUS (VER-SUS); Pró-Saúde; PET Saúde; Telessaúde; UNASUS; Reativação da Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS; Programa de Desprecarização do Trabalho no SUS, Câmara de Regulação do Trabalho, Política Nacional de Promoção da Saúde do Trabalhador do SUS, Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS (ProgeSUS), Fórum Permanente Mercosul para o Trabalho em Saúde. E mais recentemente, em 2013, é instituído o Programa Mais Médico (PMM), levando médicos em locais longínquos e difícil acesso em todo o país, grande auxílio para a população brasileira desassistida de assistência médica nos interiores escassos de profissionais da saúde.

- O momento atual, que se inicia em meados de 2016 até os dias atuais – *Momento de ameaça de perda dos direitos essenciais* - direitos trabalhistas, salários, estabilidade, aposentadoria, desregulação da política de formação profissional, privatização, etc., ou seja, o retorno da Anti-Política de RH, preconizada nos tempos neoliberais da década de 1990.

Avizinham-se situações políticas de grande tensão e embates entre gestores do SUS (público e privado) e os trabalhadores por conta da possível perda da prioridade e essencialidade da saúde como direito da população e dever do Estado. Tal ameaça contra essa premissa constitucional coloca em risco a máxima das políticas públicas que vinha sendo construída ao longo destas três décadas: saúde e trabalhadores da saúde são bens públicos do SUS.

Os desafios a serem enfrentados no âmbito do SUS no que tange à Gestão do Trabalho e da

Educação são muitos e implicam na reorganização dos trabalhadores em seus sindicatos, da sociedade e do controle social na busca da preservação das conquistas e avanços produzidos nestes 30 anos do SUS.

Colaboradores

MH Machado e FRG Ximenes Neto participaram da concepção e delineamento do estudo, redação e revisão crítica do conteúdo intelectual, aprovação da versão final do manuscrito.

Referências

1. Machado MH, Vieira ALS, Oliveira E. Gestão, Trabalho e Educação em Saúde: perspectivas teórico-metodológicas. In: Baptista TWF, Azevedo CS, Machado CV, organizadores. *Políticas, planejamento e gestão em saúde: abordagens e métodos de pesquisa*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2015. Cap. 10. p. 294-321.
2. Donnangelo MCF. *Medicina e Sociedade*. São Paulo: Pioneira; 1975.
3. Donnangelo MCF, Pereira L. *Saúde e Sociedade*. São Paulo: Duas Cidades; 1976.
4. Donnangelo MCF, coordenador. *Condições do exercício da medicina na área metropolitana de São Paulo: relatório de pesquisa*. São Paulo: Universidade de São Paulo/ Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; 1980.
5. Machado MH. Trabalho e emprego em saúde. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. Cap. 9. p. 259-276.
6. Girardi SN. Dilemas da regulamentação profissional na área da Saúde: questões para um governo democrático e inclusionista. *Revista Latinoamericana de Estudios del Trabajo* [Internet]. 2002 [acessado 2018 Jan 25]; 8(15):67-85. Disponível em: http://relet.iesp.uerj.br/Relet_15/Relet_15.pdf.
7. Dussault G. Lições da Reforma do sistema de saúde do Quebec. In: Buss PM, Labra ME, organizadores. *Sistemas de Saúde, continuidades e mudanças: Argentina, Brasil, Chile, Espanha, Estados Unidos, México e Quebec*. São Paulo: Hucitec; 1995. p. 245-259.
8. Campos FE, Aguiar RAT, Belisário AS. A formação superior dos profissionais de saúde. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. Cap. 29. p. 885-910.
9. Ximenes Neto FRG, Sampaio JJC. Gerentes do território na Estratégia Saúde da Família: análise e perfil de necessidades de qualificação. *Rev. bras. enferm.* [Internet]. 2007 Dec [acessado 2018 Jan 6];60(6):687-695. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672007000600013&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672007000600013>.

10. Vieira ALS, Moyses NMN. Trajetória da graduação das catorze profissões de saúde no Brasil. *Saúde debate* [Internet]. 2017 Abr [acessado 2018 Jan 08]; 41(113):401-414. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042017000200401&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201711305>.
11. Haddad AE, Pierantoni CR, Ristoff D, Xavier IM, Giolo J, Silva LB, organizadores. *A trajetória dos cursos de graduação na área da saúde: 1991-2004*. Brasília: Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira; 2006.
12. Pierantoni CR, França T, Magnago C, Nascimento DN, Miranda RG. *Graduações em saúde no Brasil: 2000 a 2010*. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS/UERJ; 2012.
13. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP). *Simopse Estatística da Educação Superior 2016*. [online]. Brasília: INEP; 2017. [acessado 2018 jan. 20]. Disponível em: <http://inep.gov.br/sinopses-estatisticas-da-educacao-superior>.
14. Machado MH. Trabalhadores da saúde e sua trajetória na Reforma Sanitária. In: Lima NT, Gerschman S, Edler FC, Suárez JM, organizadores. *Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. p. 257-281.
15. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Estimativas do Censo Demográfico/Indicadores Sociais Municipais*. Rio de Janeiro: IBGE; 2002.
16. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária*. Rio de Janeiro: IBGE; 2017.
17. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde – CNES*. Brasília: MS; 2017.
18. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: Síntese de Indicadores 2009*. Rio de Janeiro: IBGE; 2010.
19. Conselho Federal de Medicina (CFM). *Estatística: médicos em atividade no país*. [acessado 2018 Fev 11]. Disponível em: http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_estatistica.
20. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). *Enfermagem em números*. [acessado 2018 Fev 11]. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/enfermagem-em-numeros>.
21. Conselho Federal de Odontologia (CFO), 2016, [acessado 2016 Dez 31]. Disponível em: <http://transparenciacfo.org.br/>.
22. Conselho Federal de Farmácia (CFF). *Número total registrado*. [acessado 2018 Fev 11]. Disponível em: <http://www.cff.org.br/pagina.php?id=801&menu=801&titulo=Dados+2016>.
23. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Estimativas do Censo Demográfico - 1980, 2002, 2009 e 2017*. Rio de Janeiro: IBGE; 2018.

Artigo apresentado em 05/01/2018

Aprovado em 30/01/2018

Versão final apresentada em 16/03/2018

