



Revista Brasileira de Enfermagem

ISSN: 0034-7167

reben@abennacional.org.br

Associação Brasileira de Enfermagem

Brasil

Pereira Vilela Dourado, Edilmar; Sanna, Maria Cristina
Participação da enfermagem nas Conferências Nacionais de Saúde
Revista Brasileira de Enfermagem, vol. 62, núm. 6, novembro-diciembre, 2009, pp. 876-882
Associação Brasileira de Enfermagem
Brasília, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=267019596012>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica
Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Participação da enfermagem nas Conferências Nacionais de Saúde

Nursing participation in the National Conferences of Health

Participación de la enfermería en las Conferencias Nacionales de Salud

Edilmar Pereira Vilela Dourado¹, Maria Cristina Sanna¹

¹Universidade de Santo Amaro. Centro de Estudos e Pesquisa sobre História da Enfermagem. São Paulo, SP

Submissão: 10/06/2008

Aprovação: 07/12/2009

RESUMO

As Conferências Nacionais de Saúde abordaram a questão de Recursos Humanos com ênfase, fazendo prescrições de interesse para a Enfermagem, categoria numerosa dentre os profissionais da saúde. Com o objetivo de identificar, descrever e analisar o que os relatórios finais das cinco últimas conferências mencionaram sobre este tema, realizou-se estudo documental por meio de análise do discurso contido nesses textos. As categorias encontradas foram: condição de trabalho; educação, formação e capacitação; formação de equipes multiprofissionais e humanização. Concluiu-se que os aspectos abordados sejam de maneira pontual, seja numa formulação mais complexa dirigiram-se aos recursos humanos como um todo, com pouca especificidade para a enfermagem em contraste com a significância deste agrupamento para o SUS.

Descritores: História da Enfermagem; Conferências de Saúde; Administração de Recursos Humanos em Saúde.

ABSTRACT

The National Conferences of Health approached the question of Human Resources with emphasis, making prescriptions of interests for the Nursing, a huge class among the professionals of health. Aiming to identify, describe and analyze what the final reports of the last five conferences mentioned about this subject, it was done a documental study by means of analyses of the dissertation contained in those texts. The categories found are: job conditions; education; upbringing and qualification; formation of multi-professional teams and humanization. It was concluded that the aspects broached being in a punctual way or being in a more complex definition were driven to the human resources as a whole, with little specification for the nursing in contrast to the significance of this grouping for SUS.

Descriptors: Nursing History; Health Conference; Human Resources Administration in Health.

RESUMEN

Las Conferencias Nacionales de Salud abordaron el tema Recursos Humanos, con énfasis; haciendo previsiones de interés para la Enfermería, categoría numerosa entre los profesionales de la salud. Con el objetivo de identificar, describir y analizar lo que los informes finales de las cinco últimas conferencias mencionaron sobre este tema Se realizó un estudio documental por medio del análisis del discurso contenido en estos textos. Las categorías encontradas fueron: condiciones de trabajo; educación, formación y capacitación; formación de equipos multiprofesionales y humanización. Concluyose que los aspectos abordados sea de manera puntual, o de una formulación mas compleja dirígense a los recursos humanos como un todo, con pocas especificaciones para la enfermería en contraste con la significancia de este agrupamiento para el SUS.

Descriptores: Historia de la Enfermería, Conferencias de Salud, Administración de Recursos Humanos en Salud.

INTRODUÇÃO

As Conferências Nacionais de Saúde foram instituídas em 1937 pela Lei nº 378, quando num único Ministério estavam integrados Educação e Saúde. Elas deveriam acontecer com intervalo máximo de dois anos, convocadas pelo o Presidente da República para facilitar o reconhecimento das atividades concernentes à Educação e à Saúde realizadas no país e orientar o governo federal na execução dos serviços nessas áreas, bem como na concessão de auxílio e subvenção social⁽¹⁾.

A I Conferência Nacional de Saúde (CNS) só viria a acontecer em 1941 e a II em 1950. Esses encontros não tiveram grande força política, pois as discussões se constituíram principalmente num encontro técnico dos administradores do Ministério da Saúde e dos Estados. III CNS aconteceu 13 anos mais tarde, em 1963, quando o setor saúde passou a discutir a descentralização e a municipalização, tornando-se uma experiência do exercício da democracia e do federalismo^(2,3). Porém, o golpe das Forças Armadas de 1964 inviabilizou tais propostas porque instalou-se um período difícil da história do Brasil, com a suspensão de garantias constitucionais. Nos anos de 1967, 1975, 1977 e 1980 aconteceram as IV, V, VI e VII CNS, respectivamente, que acompanharam as decisões dos governos militares e tiveram caráter técnico⁽⁴⁾.

Com a Nova República, encerrou-se o período de 20 anos de ditadura militar e o processo de Reforma Sanitária, desencadeado por intelectuais e profissionais de saúde desde os anos 1970, tomou força⁽⁵⁾. Em 1986, o Ministério da Saúde convocou a VIII CNS, que foi diferente das que lhe antecederam por ter sido a primeira a permitir a participação de usuários do Sistema Nacional da Saúde e porque contou com pré-conferências municipais e estaduais preparatórias para o evento nacional, o que ampliou o espectro da discussão e lhes trouxe o espírito democrático. Participaram do evento quatro mil pessoas representando as instituições que atuavam no setor, bem como representantes da sociedade civil, dos grupos profissionais e dos partidos políticos⁽⁶⁾. Sua realização foi um marco na direção do novo Sistema Nacional de Saúde, sendo considerada como uma “pré-constituente” da saúde. Por recomendação desta, foi constituída a Comissão Nacional da Reforma Sanitária, que teve a incumbência de formular propostas para a reordenação institucional e jurídica do sistema de saúde no país. A comissão elaborou, além de outros documentos, dois principais: “Proposta do Conteúdo da Saúde para a Nova Constituição Brasileira”, e “Proposta para uma nova Lei do Sistema Nacional de Saúde”⁽⁷⁾, resultando na inclusão do SUS no texto da Constituição Federal de 1988, com, seus princípios organizativos e doutrinários.

Após a realização das eleições diretas para presidência da República em 1989, tomou posse um governo que restringiu a atuação no campo da Saúde com a adoção de uma Política Neoliberal. Estava em cena um evidente processo para o impedimento do avanço da implantação do SUS. Como fruto disto, o governo adiou a realização da IX CNS por várias vezes⁽⁸⁾, a qual foi viabilizada somente em agosto de 1992 e contou com a participação de mais de 5 mil pessoas. O tema central foi: Saúde: a municipalização é o caminho, e os temas discutidos foram: “implantação do SUS” e “controle social”. A expressão que empolgou as pessoas presentes foi “cumpra-se a lei”, exigindo a

operacionalização da VIII CNS e cumprimento da Constituição Federal de 1988⁽⁹⁾.

O contexto histórico vivido pelo o País, quando foi realizada a IX CNS, proporcionou que esta servisse de palco para discussão e ratificação da democracia brasileira, pois existiam importantes denúncias contra o governo federal que, mais tarde, culminariam com o *impeachment* do presidente. Nas palavras de Kurcgant et al⁽¹⁰⁾, a “importância da realização desse evento não reside apenas nos subsídios que proporcionam a efetivação das ações de saúde, mas também no fato de ter tido no decorrer de todo o processo a efetiva participação da população brasileira, de profissionais de saúde e de representantes do governo”.

Em setembro de 1996, foi realizada a X CNS, que contou com a participação de mais de três mil pessoas entre delegados, convidados e observadores provenientes de 27 Conferências Estaduais e mais de três mil Conferências Municipais de Saúde. No evento nacional, as discussões evidenciaram o sucesso dos municípios que encararam a municipalização com seriedade, oferecendo serviço público de saúde mais eficiente e universal, demonstrando as experiências positivas - “o SUS que deu certo”^(11,12). Por outro lado, à época, o SUS vivia uma crise orçamentária, o que levou os participantes da X CNS a elaborarem propostas com o intuito de aumentar o orçamento destinado à Saúde.

Em dezembro de 2000, realizou-se a XI CNS, que contou com a participação de 2.500 delegados e teve como tema central: “O Brasil falando como quer ser tratado: Efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social”⁽¹³⁾. Já em 2003, aconteceu a XII CNS, que estava programada para acontecer em 2004, mas foi antecipada com o intuito de estruturar as ações da nova equipe ministerial recém empossada com as propostas advindas da sociedade. Com a participação de mais de quatro mil pessoas, teve como tema: “Saúde: um direito de todos e dever do Estado: a saúde que temos o SUS que queremos”⁽¹⁴⁾, compondo um ciclo de 53 anos de eventos dessa natureza.

A partir da oitava, as CNS ganharam um novo aspecto, no que diz respeito à participação e controle social. Em 1990, a lei 8.142 as definiu como foros deliberativos fundamentais para a democratização do processo decisório, debate e discussão para encontrar as melhores alternativas no setor saúde, representando a mais importante jurisdição deste segmento no país⁽¹⁵⁾.

Os Relatórios Finais com as proposições referentes à saúde no Brasil são redigidos a partir do conjunto de deliberações aprovadas no plenário das CNS, e são os documentos chave tanto para difundir, para o conjunto da sociedade, as deliberações da conferência, como para que, no cotidiano da formulação da política, se evoque as decisões e os debates nela ocorridos. Esta influência se fez sentir nas atividades de formação e regulação profissional de saúde e na prestação de assistência, dentre as quais a Enfermagem.

De fato, as transformações ocorridas nas políticas de saúde, nos 53 anos de realização das CNS, se refletiram diretamente na Enfermagem. Com a idéia de profissionalização da Saúde, em 1949, foi promulgada a lei nº 775 que determinava, entre outras medidas, a escolaridade mínima dos candidatos para o ingresso nos cursos de enfermagem e exigia que a educação em enfermagem fosse centralizada nos centros universitários. Ficava estabelecido que, por um período de sete anos, as escolas poderiam continuar recebendo candidatos portadores de certificados de curso ginásial

ou equivalente. Esse prazo se estenderia mais de uma vez e somente em 1961, por força da lei nº 2995/56, as escolas passaram a exigir o curso secundário completo de seus candidatos. Assim, no ano seguinte a Enfermagem passou a ensino de nível superior^(16,17).

O processo de industrialização acelerado que o Brasil viveu a partir da década de 1950 gerou uma massa operária que deveria ser atendida por um sistema de saúde voltado para o corpo do trabalhador, visando manter e restaurar a sua capacidade produtiva. Ocorreu, então, a proliferação da rede hospitalar, abrindo um novo espaço para a atuação da enfermagem, demandando maior número de trabalhadores com preparo específico para o exercício da profissão. A criação de cursos de formação de auxiliares de enfermagem foi a solução encontrada à época⁽¹⁸⁾.

O crescimento do pessoal de enfermagem nos serviços de saúde, contribuiu para a iniciativa de disciplinar o exercício profissional, o que ocorreu com a Lei nº 2.604/55, posteriormente regulamentada pelo Decreto nº 5.038/61, estabelecendo que podiam exercer a Enfermagem, no país, os profissionais de nível médio os auxiliares de enfermagem, e os práticos de enfermagem ou enfermeiros práticos, desde que sob a supervisão de enfermeiros ou médicos⁽¹⁹⁾.

A lei nº 4.024/61, de Diretrizes e Bases da Educação Nacional entrou em vigor em 1962, definindo, de maneira inequívoca, a educação nacional em três faixas de ensino: primário, médio e superior. Esta proposição legal teve papel decisivo na criação dos cursos técnicos, entre eles o de Enfermagem, que surgiu em 1968, diversificando o número de profissionais de nível médio atuando no setor.

A década de 1970 se caracterizou pelo o agravamento das condições de vida e de saúde da população brasileira. O Estado, visando diminuir a insatisfação da população, fez um rearranjo nesta área e promulgou, em 1975, a lei do Sistema Nacional de Saúde. Já na Educação, o parecer nº 3814/74, do Conselho Federal de Educação, fixou os conteúdos mínimos para a formação do auxiliar de enfermagem, e revisou os estabelecidos pelo parecer 45/72 em relação ao técnico. A resolução nº 7 instituiu os dois cursos como habilitação de 2º grau, e a resolução nº 8 permitiu que o auxiliar de enfermagem fosse preparado no nível de 1º grau⁽¹⁸⁾. Regulamentação análoga redefiniu a formação de enfermeiros, em 1972.

O final da década de 1970 e início dos anos 1980 coincidiu com o esgotamento do modelo médico-assistencial privatista e teve início a proposta de atenção primária à saúde, ainda com uma visão reducionista, caracterizada pelo o desenvolvimento de programas de saúde simplificados. Na Enfermagem, abriram-se novas perspectivas em torno do tema da formação profissional. Os currículos escolares voltaram-se para a melhoria da qualidade da assistência de enfermagem e para despertar a consciência crítica dos enfermeiros.

Na década de 1980, ocorreram novos avanços, como a aprovação da Lei nº 7 498/86 que, em substituição à lei nº 2604/55, trouxe novas disposições sobre a regulamentação do exercício profissional, reconhecendo as categorias de enfermeiro, técnico de enfermagem auxiliar de enfermagem e parteira, e determinando a extinção, em dez anos, do pessoal sem formação específica⁽¹⁹⁾.

Considerando-se as transformações ocorridas no período em foco e diante da relevância das CNS, devido ao poder de suas proposições para o setor Saúde, no qual a Enfermagem é o maior

contingente e detém peso considerável na prestação de serviços de saúde, verifica-se a necessidade de conhecer o quê estes relatórios citam a respeito desse segmento.

OBJETIVO

Descrever e analisar os relatórios finais da VIII, IX, X, XI e XII Conferências Nacionais de Saúde quanto aos recursos humanos, formação e capacitação dos profissionais de enfermagem.

METODOLOGIA

Pesquisa documental de natureza qualitativa com abordagem sócio-histórica. Os relatórios finais das CNS foram encontrados sob a forma impressa os referentes à VIII, IX, X edição, mais os relatórios da XI e XII, disponíveis *on line*⁽²⁰⁾, se constituíram na fonte dos dados.

Para cada um foi feito um fichamento bibliográfico, que se caracterizou pela transcrição das informações, após a primeira leitura. Em seguida, mediante leitura mais profunda, foram feitos levantamentos mais rigorosos para a organização do texto dos resumos, nos quais se manteve as estruturas textuais dos relatórios e seus tópicos⁽²¹⁾.

Para análise dos dados, o conteúdo dos resumos foi organizado por similaridade e pertinência temática, conservando-se o registro de a qual CNS pertencia o conteúdo, estabelecendo-se relações entre eles. Descrevendo-os e cotejando-os com a literatura científica existente, foi possível enunciar e analisar quatro categorias que emergiram daqueles procedimentos e que serão apresentadas a seguir.

RESULTADOS e DISCUSSÃO

Condições de trabalho

Em todas as CNS analisadas foi abordada a questão dos planos de carreiras cargos e salários (PCCS) do SUS. O documento elaborado pela ABEn/COFEN⁽²²⁾ para a VIII CNS preconizava o estabelecimento de um plano de carreira pautado em critérios objetivos, claros e justos, e que contemplasse a definição do processo de admissão com política de pessoal que eliminasse o clientelismo do setor público.

É interessante notar que, com o decorrer do tempo, as prescrições se tornaram mais dirigidas a questões específicas e menos abrangentes, como era no início. De fato, na VII CNS, a proposição preponderante foi remuneração condigna e isonomia salarial entre as mesmas categorias profissionais nos três níveis de governo, indicando a urgência no estabelecimento de um plano de carreira, cargos e salários.

Já a X CNS acrescentou, ao que a VIII definia, a criação de um quadro de profissionais de saúde em cada esfera de governo, apontou para criação de adicionais por condições especiais de trabalho, local, distância e turnos, e reconheceu a necessidade de funcionário com qualificação específica, independente da profissão, para ocupação dos cargos de gerência. Por fim, propôs a revisão periódica dos PCCS em função das necessidades do SUS.

Na X CNS foi composta uma comissão especial para elaborar proposta de criação e operacionalização do PCCS para todas as esferas de governo, abrangendo todos os trabalhadores em saúde,

além de incremento salarial para aumentar a abrangência do serviço de saúde. Essa Conferência também determinou o prazo de doze meses para implementação dos PCCS. A XII CNS pontualmente indicou apenas a consideração do PCCS como instrumento essencial da política de gestão do trabalho.

A ênfase destinada ao assunto em cada CNS foi se deslocando para passos sucessivos, até que se tornasse apenas uma questão conceitual e não mais um conjunto de ações a serem observadas, indicando que provavelmente os PCCS se tornaram realidade para os servidores públicos.

O texto do relatório final da XI CNS revelou preocupação com a forma de realização dos concursos públicos e recomendou a vinculação dos procedimentos em relação ao perfil da instituição e demanda a ser atendida, bem como aos PCCS e regras do SUS, chegando ao requinte de sugerir os tipos de provas a serem aplicadas. Na XII CNS não houve pronunciamento sobre este assunto.

Na IX CNS apareceu pela primeira vez a condição de terceirização da gestão do serviço público de saúde como recurso que tornava inviável o controle do processo de trabalho, invertia as prioridades e finalidades do serviço público e facilitava a perda de direitos trabalhistas. No texto há indicação concreta para a extinção da forma de contratação temporária, sob a alegação de que este conjunto de circunstâncias impedia a garantia da qualidade do serviço de saúde.

De fato, a X e a XI CNS se referiram às formas de alteração na contratação de Recursos Humanos como cooperativas e outras, como “precarização do trabalho no SUS”. Nesse sentido propôs a defesa dos direitos trabalhistas dos servidores de saúde e apontou a terceirização por meio de ONGs, que buscam atender às dificuldades de gestão no nível municipal, como regra que estava se tornando geral. A XI CNS ainda condenou a medida, na elaboração na Norma Operacional Básica de Recursos Humanos (NOB/RH) do SUS.

A importância do acesso à informação foi assunto a partir da IX CNS. Enquanto esta conferência mencionava apenas o acesso à informação por parte dos usuários e dos trabalhadores como fundamental para garantir a democratização e viabilização do SUS, na X CNS estendeu as proposições para a criação de um centro de documentação, comunicação e educação em saúde, e recomendou, ainda, o acesso à informação aos gestores, usuários e conselheiros, como forma de possibilitar o controle social, a fiscalização, a gerência e o planejamento do SUS.

A XI CNS denunciou que não se utilizava as informações existentes na saúde para organizar e desenvolver a gestão dos recursos humanos e propôs viabilizar a criação do banco de dados sobre força de trabalho em saúde pelo o Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, para que se pudesse prover melhores condições de trabalho e remuneração adequada.

A evocação constitucional de leis regulamentadoras desta e de leis ordinárias para dar sustentação às proposições apareceram nas X, XI e XII CNS, particularmente na X CNS, quando agenda de prioridades para a implantação da política de Recursos Humanos foi indicada, desde que coerente com os princípios e diretrizes do SUS.

A criação de cargos na área da Saúde, sob a aprovação dos fóruns competentes do SUS, foi proposta na XI CNS, tomando por base a Constituição Federal. Já as Leis Orgânicas da Saúde e a NOB/RH foram mencionadas para o direcionamento da gestão do

trabalho e da educação na saúde – uma competência constitucional e legal dos gestores do SUS. Na XI CNS, as Leis Camata e de Responsabilidade Fiscal foram citadas como ameaças à manutenção do número de trabalhadores do SUS, contra o quê se propôs reestruturar e aumentar o investimento em Recursos Humanos nas Secretarias de Saúde. Finalmente, na X CNS, houve a proposição da criação na mesa nacional permanente de negociação tripartite para viabilizar a regulamentação de legislação comum para o trabalhador de saúde.

Educação, formação e capacitação

A.VIII CNS trouxe indicações para a formação, capacitação e reciclagem permanentes dos profissionais de saúde, integrada ao sistema de saúde regionalizado e hierarquizado.

A IX CNS apontou, para além da proposição da VIII CNS, a possibilidade para evolução do trabalhador na carreira e definição dos critérios que garantissem, no nível local de gerenciamento do SUS, uma política de desenvolvimento de pessoal, de formação e capacitação dos trabalhadores do SUS.

A educação continuada dos profissionais de saúde foi tratada mais a fundo a partir da X CNS, quando foi proposto, para as três esferas de governo, promover programas permanentes de capacitação, formação e educação continuada, reciclagem e renovação de equipes e dos trabalhadores em saúde, a fim de viabilizar o atendimento de boa qualidade, além do fomento à Educação Continuada através do aumento de vagas para residência médica e a criação de programas de residência e estágios de enfermagem, psicologia, nutrição, farmácia, serviço social, fonoaudiologia, fisioterapia, terapia ocupacional e outras profissões de nível superior ligadas à saúde.

Na XI CNS, as proposições indicaram que a educação continuada resultasse em pontuação para renovação dos registros nos respectivos conselhos profissionais. Propôs, ainda, que se desenvolvesse uma política de capacitação para profissionais de saúde, em todos os níveis, em trabalho conjunto entre as Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde e universidades, inclusive implantando e implementado cursos de capacitação à distância para os trabalhadores da saúde. Nessa Conferência, estabeleceu-se um parâmetro de comparação entre educação permanente e educação continuada dos trabalhadores de saúde: enquanto o primeiro se destinaria ao pessoal que trabalhava no SUS, o segundo se destinaria aos profissionais independentes, que não tenham vínculo empregatício com o SUS, dentre eles, profissionais recém formados.

A XII CNS citou a intenção de promover e implementar a educação permanente para qualificar trabalhadores de todas as categorias e recomendou que o SUS capacitasse todos que lograssem aprovação em concurso público. Sob este aspecto, a questão da formação dos profissionais da Enfermagem (atendentes e auxiliares) foi bastante discutida.

Na IX CNS apresentou-se proposição para assegurar o cumprimento da lei do exercício profissional da Enfermagem, desenvolvendo-se cursos supletivos de ensino fundamental, ou de primeiro grau, como eram chamados à época, em todos os Estados, por ser requisito para qualificar os atendentes de enfermagem como auxiliares de enfermagem. Na X CNS, propôs-se, para os gestores do SUS, incrementar a qualificação dos atendentes de enfermagem que atuavam na rede de serviços públicos e privados, conferindo-lhes a devida

certificação. A XI e XII CNS propuseram a continuidade do PROFABE (Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem) e sua ampliação para outras categorias profissionais, para garantir a profissionalização do pessoal de saúde em todos os Estados.

Desde a IX CNS já se denunciava a desqualificação tecnológica e profissional que, junto com a falta de apoio político financeiro à universidade brasileira, acarretava na formação inadequada de Recursos Humanos para o setor saúde. A X CNS propôs que a formação dos novos trabalhadores para o setor saúde deveria ser acompanhada pelo desenvolvimento dos trabalhadores das unidades e serviços de saúde. Nas palavras de Ceccim, Armani e Rocha⁽²³⁾ a integração ensino serviço foi recuperada na X CNS com a inclusão da comunidade, a partir da importância que se passou a dar ao controle social, o que permitiu que se falasse em integração ensino-serviço-controle social.

A XII CNS apontou para a constituição dos pólos de educação permanente em saúde em todos os Estados. Propôs ainda que fossem criados fóruns para a formação de políticas de formação ou capacitação para todos os níveis. A possibilidade dos gestores do SUS criarem mecanismos de estímulo à participação de todos os trabalhadores em saúde em congressos, seminários, encontros, atividades científicas e cursos de pós-graduação foi outro aspecto aventado.

As XI e XII CNS propuseram que os aparelhos formadores introduzissem, em seus currículos, o ensino sobre SUS e que, na revisão das estruturas curriculares, enriquecessem o debate sobre a política, legislação e trabalho no SUS. Além disso, que as escolas produzissem um profissional qualificado do ponto de vista científico, técnico, humano, ético e crítico, que fosse atuante e comprometido socialmente com a luta pela saúde de seu povo.

A XI CNS também propôs que fossem implementadas novas diretrizes curriculares para o ensino técnico e superior da área de saúde, de modo a possibilitar modificações na formação dos profissionais, de acordo com a proposta do SUS. Essa CNS propôs também que o processo de qualificação desses profissionais se desdobrasse no exercício legal do SUS como ordenador da formação de Recursos Humanos para a saúde, abrangendo seu papel do aparelho formador, em sua interface com a sociedade e na sustentação técnica, política e intelectual do sistema.

A XI CNS ponderou que os Conselhos de Saúde e de Educação deveriam estabelecer critérios rígidos para regular a criação de novas instituições formadoras, autorizar a abertura de novos cursos e ampliação de vagas na área de saúde, e que fosse levada em consideração a necessidade social de cada região, no cumprimento da lei nº 8 080/90 artigo 6º parágrafo III, que diz estar, no campo de atuação do SUS, a ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde.

A esse propósito, registre-se a opinião de *experts*⁽²⁴⁾ no assunto, para quem a formação e o desenvolvimento de recursos humanos se apresenta como um desafio a vencer para que se alcance os objetivos propostos pela política nacional de saúde, sendo necessário que se estabeleça um processo complexo, que envolva mudanças conceituais e de postura das relações institucionais, incluindo o enfrentamento de saberes hegemônicos sedimentados tanto nas instituições de ensino que formam para o setor quanto nas organizações que respondem pelos serviços nas organizações de saúde.

Os relatórios da IX, XI e XII CNS referiram-se à utilização dos dados da rede nacional de informação em saúde para subsidiar a formação e qualificação de profissionais no âmbito dos serviços do SUS. Propuseram, ainda, que se disponibilizasse o acesso à informação por parte dos usuários e priorizasse a informação sobre o resultado de pesquisas científicas, inclusive para profissionais de saúde, e que fossem criados sistemas de comunicação institucional integrando profissionais, serviços e usuários, o que possibilitaria o compartilhamento das informações em saúde de maneira a Integrar as políticas de saúde, educação e de ciência e tecnologia, garantindo investimentos, absorção e formação de recursos humanos.

Formação das equipes multiprofissionais

Os participantes da XI CNS observaram que o Brasil não tinha um modelo de atenção à saúde adequado e que os modelos vigentes eram obsoletos, curativistas e operados por profissionais despreparados, resultando num sistema que continuava com a intersectorialidade frágil, decorrente da fragmentação na atuação das equipes de saúde, com a organização hierarquizada desses, o que agravava a desarticulação e provocava situações de conflito cotidianamente.

Os participantes dessa CNS consideravam indispensável resgatar o conceito de saúde afirmado na VIII CNS. Para esta, saúde era resultante das condições de alimentação, moradia, educação, lazer, transporte e emprego, e o direito à saúde significava a garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação de saúde, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade.

Na IX e a XI CNS, foi proposto o atendimento universal e integral nos níveis institucional, domiciliar e comunitário, com equipes multiprofissionais e interdisciplinares nas unidades do SUS. A XII CNS partiu do pressuposto que a intersectorialidade seria observada a partir da compreensão sistêmica dos problemas com seus determinantes e condicionantes integrados e interdependentes.

A VIII CNS atentou para a composição multiprofissional das equipes e recomendou que fossem consideradas as necessidades da demanda de atendimento de cada região, em consonância com os critérios estabelecidos pelos padrões mínimos de cobertura assistencial. Na X CNS foi acrescentado, ainda, que fossem considerados os indicadores epidemiológicos, a localização geográfica da unidade ou serviço de saúde e as definições de composição adequada da equipe previamente discutidas e aprovadas pelos Conselhos de Saúde. Além disso, a XI CNS observou que fosse levada em consideração a disponibilidade de recursos humanos no SUS e que estes mecanismos servissem para combater os pacotes pré-determinados de equipes e processos de trabalho.

A XII CNS propôs que o Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde incentivassem, inclusive financeiramente, a composição das equipes com enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem, farmacêuticos, odontólogos, técnicos de higiene bucal, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, médicos geriatras, psicólogos, fonoaudiólogos e assistentes sociais.

A XII CNS definiu-se pela modificação do modelo de formação do profissional, considerando o controle social e o caráter multiprofissional e interdisciplinar das práticas. Ainda propôs a implementação articulada de uma política e de programas de educação

permanentes, com ênfase nos princípios da intersetorialidade e com equipes multiprofissionais, para romper a formação fragmentada e reafirmar os princípios do SUS. Nessa Conferência também se observou que fosse desenvolvida a cultura da intersetorialidade com a população, gestores, trabalhadores e conselhos de saúde, que deveria se manifestar nas práticas cotidianas desse atores.

Humanização

A proposição da VIII CNS foi o compromisso dos servidores com os usuários. Este foi ampliado na X CNS, para que fossem implantadas estratégias permanentes para desenvolver o comprometimento ético e solidário dos trabalhadores em saúde, visando melhorar e humanizar a qualidade no atendimento ao usuário. O relatório da XI CNS destaca a necessidade de humanização do cuidado prestado aos usuários das ações e serviços de saúde e de ampliação máxima da qualidade técnica da assistência requerida em cada caso ou situação, melhorando o acolhimento das pessoas e a capacidade resolutive de cada tratamento. A XII CNS propôs que fosse dada ênfase na humanização dos hospitais para a melhoria das condições de trabalho e o aprimoramento da qualidade da relação equipe-usuário-família, buscando meios de envolver mais efetivamente os profissionais de saúde.

Na XI CNS foi denunciada a falta de recursos humanos na rede e o não comprometimento dos profissionais com a população e seus problemas, juntamente com a inexistência de proximidade dos profissionais e da equipe de saúde com os problemas de saúde no seu local de trabalho, o que acarretava dificuldades na relação usuário/profissional e desinformação dos pacientes.

Enquanto isso, a X e a XII CNS dispuseram sobre o estabelecimento de processos e práticas que garantissem a universalidade do acesso, acolhimento aos usuários e responsabilização com a geração de vínculo entre profissionais e população. A última citada recomendou, também, a melhora do diálogo entre os serviços, profissionais de saúde e os usuários, para que se transmitisse segurança e confiança nos diagnósticos e tratamentos adotados.

A XI CNS evidenciou a deficiência técnica na formação do profissional que chegava aos serviços. Para tanto, enfatizou a necessidade de se melhorar a questão da humanização. Esta CNS e a XII propuseram que fosse implantada a educação permanente e que se garantisse, nos currículos dos cursos de formação de recursos humanos para a saúde, conteúdos de comunicação interpessoal, com o objetivo de melhorar as relações dos profissionais de saúde entre si e com os usuários, a fim de viabilizar atendimento de boa qualidade técnica, humanizado e ágil.

A XI e XII CNS revelaram que as mudanças no modelo de atenção dependiam da adesão dos profissionais de saúde e da qualidade do seu trabalho; porém, ocorria que não se estimulava os profissionais de saúde a trabalharem com satisfação e com salários

dignos. Recomendou a criação de mecanismos para o trabalhador da saúde conhecer o SUS e se orgulhar de ser elemento que dele participa e o impulsiona, recuperando a imagem do trabalho e do prestígio do servidor público.

A X e a XII CNS indicaram que a valorização dos trabalhadores se daria a partir do momento que os gestores do SUS implementassem medidas que garantissem, a todos os trabalhadores em saúde, tratamento igualitário. Por fim, a XII CNS denunciou o distanciamento e falta de relação humanizada entre trabalhadores da saúde e gestores.

Para finalizar, é preciso apreciar Rizzotto⁽²⁵⁾, que afirma que, apesar das propostas para a humanização da assistência em nível local, há que se compreender que esse processo só tem possibilidades reais de se concretizar e disseminar se houver mudanças também, no nível da macro-estrutura, ou seja quando as políticas sociais forem colocadas acima das políticas econômicas, quando a vida do homem estiver acima dos interesses da obtenção do lucro.

CONCLUSÃO

A política de Recursos Humanos é marco significativo na efetivação dos princípios do SUS, constitui parte fundamental da estratégia de intervenção concebida a partir da nova concepção do processo saúde-doença, num elenco de contingências no qual a construção social do novo modelo de atenção à saúde exige um conjunto integrado de mudanças no processo de trabalho e conseqüente transformação do novo profissional requerido. Por isso, os Recursos Humanos para a Saúde ganharam atenção considerável nos Relatórios das CNS analisadas.

Foram abordados diferentes aspectos que transitam principalmente por condições de trabalho, humanização, capacitação e formação. Ainda foram tratados, nos textos dos relatórios, de maneira pontual, a composição das equipes, seu relacionamento interno e com os gestores, e a necessidade de participarem exercendo seu papel no controle social.

Sobre a Enfermagem, pouca prescrição foi-lhe especificamente dirigida, bem como pouca atenção foi devotada à análise das condições e contexto em que este conjunto de profissionais opera, em contraste com a indicação de desse grupamento com recurso estratégico para a concretização do SUS.

Os relatórios demonstraram que a Enfermagem não está se fazendo ouvir e não está recebendo a atenção equivalente à responsabilidade que a ela se atribui no SUS. Isto enseja a reflexão sobre a necessidade de, através das categorias profissionais que a integram, seja por meio das entidades de classe ou de outras formas de organização, desenvolver-se a prática política dos profissionais da Enfermagem, para o que se quis contribuir com o presente trabalho.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Lei nº 378, de 13 de janeiro de 1937. Dá a nova organização ao Ministério da Educação e Saúde Pública. Diário Oficial União 1937jan 15; 2110.
2. Pinheiro MC, Westphal MF, Akerman, M. Equidade em saúde nos Relatórios das Conferências Nacionais de Saúde pós-Constituição Federal brasileira de 1988. Cad Saúde Pública 2005; 21(2): 449-58.
3. Chianca TCM. O Sistema Único de Saúde: A proposta de viabilização e a inserção da Enfermagem. Saúde em Debate. 1994; 44: 48-54.
4. Ministério da Saúde (BR). A questão dos recursos humanos nas Conferências Nacionais de Saúde: 1941-1992. Cad Rec

- Hum Saúde 1993; 1(1).
5. Ferreira MAL, Moura AAG. Evolução da política de Recursos Humanos a partir da análise das Conferências Nacionais de Saúde. Recife: Fiocruz; 2006.
 6. Ministério da Saúde (BR). Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde. In: Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde; 1987. Brasília (DF), Brasil. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde; 1987. p. 381-9.
 7. Silva JA. A inserção da Enfermagem frente à Reforma Sanitária Brasileira. In: Anais do 39º Congresso Brasileiro de Enfermagem; 1987. Salvador (BA), Brasil. Salvador: ABEn-BA; 1987. p. 51-7.
 8. Bertolozzi MR, Greco RM. As políticas de Saúde no Brasil: Reconstrução histórica e perspectivas atuais. Rev Esc Enferm USP 1996; 30(3): 380-98.
 9. Ministério da Saúde (BR). Relatório final da 9ª Conferência Nacional de Saúde; 1992, Brasília (DF), Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 1992.
 10. Kurcgant P, Castilho V, Leite MJ. Capacitação do profissional de saúde no âmbito da formação e da educação continuada. Rev Esc Enferm USP 1994; 28(3): 251-6.
 11. Ministério da Saúde (BR). Relatório final da 10ª Conferência Nacional de Saúde; 1996, Brasília (DF), Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 1996.
 12. Marino SRA, Ortiga, AMB. Enfermagem e instâncias colegiadas de decisão: um estudo da representação da enfermagem nos Conselhos Municipais de Saúde. Rev Bras Enferm 1994; 47(2): 91-9.
 13. Ministério da Saúde (BR). Relatório final da 11ª Conferência Nacional de Saúde; 2000, Brasília (DF), Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.
 14. Ministério da Saúde (BR). Relatório final da 12ª Conferência Nacional de Saúde; 2003, Brasília (DF), Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.
 15. Ministério da Saúde (BR). Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde, e da outras providências. Diário Oficial União 1990 dez 31; 1: 1.
 16. Almeida MCP. A Formação do Enfermeiro Frente à Reforma Sanitária. Cad Saúde Pública 1986; 2(4): 493-4.
 17. Almeida AH, Soares CB. A dimensão política do processo de formação de pessoal de auxiliar: A enfermagem rumo ao SUS. Rev latino-am Enfermagem 2002; 10(5): 629-36.
 18. Dantas RAS, Aguiar OM. O ensino médio profissional no contexto da enfermagem brasileira. Rev Latino-am Enfermagem 1999; 7(2): 25-32.
 19. Geovanini T, Moreira A, Dornelles S, Machado WCA. História da Enfermagem versões e interpretações. Rio de Janeiro; Revinter, 1995.
 20. Ministério da Saúde (BR). Série D, reuniões e conferências. Brasília: Ministério da Saúde. [citado em 15 fev 2006]. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/genero/s00d.htm>
 21. Severino AJ. Metodologia do trabalho científico. São Paulo: Cortez; 2002.
 22. Conselho Federal de Enfermagem, Associação Brasileira de Enfermagem. Direito à Saúde e Direito à Assistência de Enfermagem. Contribuição do COFEN e da ABEn para o debate da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília: ABEn; 1986.
 23. Ceccim RB, Armani TB, Rocha CF. O que dizem a legislação e o controle social em saúde sobre a formação de Recursos Humanos e o papel dos gestores públicos, no Brasil. Ciência Saúde Coletiva 2002; 7(2): 373-83.
 24. Filho AA, Vieira ALS, Garcia ACP. Oferta das graduações em Medicina e Enfermagem no Brasil. Rev Bras Educ Médica 2006; 30(3): 161-70.
 25. Rizzotto MLE. As políticas de saúde e da assistência. Rev Bras Enferm 2002; 55(2): 196-99.
-