

# Novo profissional de saúde. (Aspectos da perspectiva em atenção primária e regionalização)

*Nelson Rodrigues dos Santos (\*)*

## CONCEITO

São considerados recursos humanos em saúde, todas as pessoas que, independentemente da idade, grau de instrução, institucionalização ou não, retribuição monetária ou não, venham a capacitar-se de alguma maneira para o exercício de atividades específicas de saúde, quer integralmente, parcialmente, ou intermitentemente.

## FORMAÇÃO DO PERFIL E COMPOSIÇÃO

O perfil e composição dos recursos humanos de saúde são conseqüência de:

a) determinantes que definem as práticas de saúde na sociedade;

b) formas em que as práticas de saúde encontram-se socialmente organizadas.

Em outras palavras são conseqüência das características dos serviços de saúde e do próprio mercado de trabalho em saúde.

## ATUAIS CARACTERÍSTICAS DA ESTRUTURA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NO BRASIL

### 1. Sofisticação

Nas ações curativas, tem sido dado ênfase quase total a medicina especiali-

zada e a internação hospitalar (remuneradas por "unidade de serviço"), aos equipamentos hospitalares e laboratoriais importados, aos medicamentos importados procurando satisfazer as exigências da elite social compradora de serviços sofisticados. Nas ações preventivas, a ênfase é na utilização de medicamentos específicos (importados) e produtos químicos (importados) para o combate de insetos e caramujos transmissores de endemias.

### 2. Concentração dos serviços

A maior concentração de serviços ocorre no Sudeste e Sul do país e em cada Estado; nas capitais e grandes cidades, e em cada cidade, nos bairros elitizados e na região central. Esta concentração acompanha a concentração da renda, assim como dos profissionais de saúde e a dos hospitais, pois o nosso "modelo de saúde" é verdadeiramente um "modelo hospitalar".

Os hospitais se reproduzem com financiamentos do FAS, ou congêneres (cuja origem é a poupança da CEF), e fazem convênios ou são credenciados pelo INAMPS (cuja origem é o desconto de 8% na folha de pagamento dos assalariados pela CLT), ficando assim, assegura-

\* Secretaria Municipal de Saúde de Campinas.

do o pagamento das prestações ao FAS e a reprodução do próprio capital. Este "modelo hospitalar" é organizado em função dos interesses do "complexo médico-industrial", referido adiante.

### 3. Sistema Plurinstitucional e descoordenado

Há duplicações e superposições de objetivos e programas de dezenas de instituições e órgãos de saúde existentes no país. A grande consequência é a dispersão dos recursos em saúde, supercobertura de algumas camadas da sociedade e o resto da população permanecendo descoberto ou precariamente coberto.

Outro fenômeno aqui, é a existência de dezenas de grupos e núcleos de decisão e poder, até mesmo dentro de uma só instituição. O objetivo desses grupos, é o de permanecer intocáveis através de vários artifícios como: exclusivismo de responsabilidades, intocabilidade dos critérios de fixação das necessidades de recursos, anarquia na formalização de objetivos, etc. Enfim, os recursos inicialmente destinados às instituições e órgãos de saúde, vão sendo absorvidos pelo emaranhado das atividades-meio, pouco restando para as atividades-fim.

### 4. Dicotomia dos serviços preventivos e curativos

A separação dos serviços obriga a desperdício pela duplicação de recursos, tais como: prédios, pessoal, equipamentos, assim como, acarreta baixa eficácia do atendimento à saúde da população.

### 5. Centralização

A centralização do processo decisório é fenômeno político-administrativo que acompanha a concentração de recursos e

as outras distorções, justificando-as e protegendo-as através de mecanismos jurídicos, tecnológicos e normativos.

Essas cinco características, foram sendo forjadas, através dos anos, no sentido de satisfazer sempre mais aos interesses do "complexo médico-industrial", isto é, do conjunto articulado das indústrias multinacionais de medicamento e equipamentos, da medicina empresarial, das grandes indústrias e da pesquisa científica dissociada das necessidades básicas da população.

## PERFIL ATUAL DOS RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE

A estrutura dos serviços de saúde é predominantemente lucrativa empresarial, monopolista e classista.

Desta maneira, os profissionais de todos os níveis, conscientemente ou não, encontram-se prestando serviços, preferentemente para:

- a) atender com padrão de qualidade a elite social;
- b) viabilizar lucros para o "complexo médico-industrial" e a medicina especializada empresarial;
- c) atender os trabalhadores urbanos com serviços de assistência médico-hospitalar dentro dos limites das conquistas sociais das massas trabalhadoras urbanas;
- d) atender os trabalhadores urbanos e rurais dentro dos limites do seu papel na distensão dos "bolsões" de tensão social;
- e) atender os trabalhadores das grandes empresas, especialmente grandes indústrias, dentro dos limites do seu papel no controle social.

Como explicação de alguns traços que predominam nos atuais recursos humanos em saúde, convém lembrar alguns exemplos típicos:

1. médico especialista precário que não fez residência ou especialização completa em bons serviços, ou que os fez, mas mudou de especialidade devido a melhores oportunidades que lhe surgem no mercado de trabalho;

2. 2. médico geral precário que desde a graduação preocupou-se em especializar-se, chegando a isso posteriormente, bem ou mal, e que ao final, vai trabalhar como médico geral, por oportunidade que lhe surge no mercado de trabalho;

3. enfermeiro hospitalar e administrativo afastado da atenção direta à saúde, com exceção das participações nas grandes sofisticadas (U.T.I., monitorizações, transplantes, etc.). Predominantemente, disciplinador e controlador dos auxiliares e atendentes, inclusive na estrutura "preventivista" de saúde pública;

4. farmacêutico-bioquímico ligado de forma crescente ao empresariamento de laboratórios clínicos e às multinacionais de medicamentos e alimentos;

5. dentista generalista vinculado ainda ao liberalismo profissional, com forte influência do nível social do seu cliente, sobre sua conduta diagnóstica e terapêutica;

6. auxiliares de enfermagem, técnicos e outros de nível médio em número insuficiente e concentrados nos grandes hospitais, policlínicas, diretorias regionais de saúde, etc.

7. atendentes e outros, de nível elementar, numericamente insuficientes com treinamento precaríssimo ou inexistente, e salários aviltantes.

## PERFIL DO "NOVO PROFISSIONAL DE SAÚDE"

Este perfil vai sendo moldado conforme vão se alterando as formas de satisfazer as reais necessidades de saúde de

toda a população, isto é, as formas em que as práticas de saúde estão socialmente organizadas ou ainda conforme se alteram as quantidades e qualidades na oferta dos serviços de saúde. Para tanto, é preciso que:

a) as necessidades em saúde sejam identificadas pela população a partir da sua consciência ampla e correta das necessidades e prioridades, consciência esta, que se forja através da luta democrática, libertando-se dos bloqueios e da manipulação da informação;

b) a estrutura de serviços seja flexível e permeável, também através da luta democrática e das pressões populares para satisfação das reais necessidades de saúde. Para tanto, deverá haver, obrigatoriamente, desconcentração, descentralização e regionalização dos serviços, assim como, pela desmonopolização do saber e práticas de saúde. Vale, como exemplo das conseqüências e desdobramento deste processo lembrar a imperiosidade da criação de novas tecnologias e adequação das existentes.

## PROPOSTA ALTERNATIVA

Enquanto o processo de democratização com intensa participação das organizações populares e dos atuais trabalhadores de saúde, não acabarem por definir o "novo profissional de saúde", as experiências consolidadas em outros países e algumas tentativas já feitas no nosso, sugerem *parâmetros atuais* que parecem adequados.

1. Os recursos humanos na produção de serviços possuem papel mais determinante do que os recursos materiais, ao contrário do que ocorre na produção de bens. No setor saúde, este papel determinante reflete-se no grande número de decisões e alternativas no trabalho diário das equipes e de cada profissional, na sua

criatividade e na sua intervenção na pauta de conduta das pessoas, etc. Por isso, o desenvolvimento dos recursos em saúde, assim como o peso do seu custo no global do serviço, devem merecer a devida prioridade e interesse.

2. Se por um lado, o perfil dos recursos humanos em saúde é determinado pelas práticas dominantes e pela forma em que estão organizadas na sociedade, não se pode, por outro lado, subestimar a sua potencialidade destes recursos humanos agirem como fatores de mudança, desde que:

2.1. no desenvolvimento dos recursos humanos hajam reais oportunidades de vir a ser mais sujeito que objeto do seu treinamento e desenvolvimento;

2.2. aumente a sua capacidade de participar através da maior variedade de oportunidades;

2.3. assuma atitudes de trabalho em equipe com participação constante na comunidade, no que tange às atividades de educação em saúde e apropriação pela população dos conhecimentos corretos da história natural das doenças. Em outras palavras aquisição pelo pessoal de saúde, de consciência política do seu papel perante os níveis de saúde da população.

3. É impossível deixar de reconhecer que certos valores sociais ligados à questão do poder, vêm conferindo exclusividade ao profissional médico para dispor dos conhecimentos de saúde/doença, receber e transmitir esses conhecimentos através das Faculdades de Medicina, e produzir esses conhecimentos sob influência hegemônica dos componentes do complexo médico-industrial. Como consequência deste verdadeiro monopólio de conhecimentos, aos profissionais não médicos (inclusive os atendentes) é dado acesso somente a conhecimentos e habilitações para executarem tarefas

auxiliares do "saber" e dar "ordens" médicas. Esta sonegação de conhecimentos, práticas e responsabilidades, frustra a caracterização de áreas próprias e interdependentes na equipe de saúde, onde cada profissional e cada membro deveria possuir a mesma importância para o serviço e para a população. Esta sonegação faz parte de um quadro maior que contempla o mesmo fenômeno, de toda a equipe de saúde em relação aos beneficiários dos serviços e à população em geral.

Por isso, os esforços no sentido do pessoal não médico vir a capacitar-se com conhecimentos e práticas até limites bem mais amplos, definidos pela sua potencialidade de aprendizado/motivação e os interesses maiores da população, devem estar ligados aos esforços para que a equipe de saúde transfira ativamente para a população, conhecimentos e práticas de saúde/doença até os limites ditados pela potencialidade de aprendizado/motivação, e também pelo inalienável direito da população conhecer a história natural das doenças.

4. Nos serviços de Atenção Primária os profissionais institucionizados mais elementares (atendentes, auxiliares, etc.), devem ser recrutados na própria comunidade em que vão trabalhar, com a participação desta, na sua indicação.

Apesar de institucionalizados, devem assumir mais o papel de agentes da comunidade no seio da instituição do que o contrário. Com o avanço do processo de democratização e regionalização, estes profissionais crescerão numericamente, constituirão a base da pirâmide dos recursos humanos em saúde institucionizados, e atingirão o maior peso profissional no conjunto destes recursos humanos. Cabe agora considerar que, dependendo da correlação de forças e grau da dominância ideológica, estes

profissionais poderão evoluir para:

a) estender e exercer um eficiente controle social, ou

b) reforçar e sistematizar uma pressão ascendente no sentido da democratização e regionalização do setor saúde.

Por isso, as tentativas inovadoras de regionalização e Atenção Primária devem produzir, desde o início, um autêntico clima e mecanismos internos de discussão e democracia.

Do ponto de vista da atenção à saúde da população, os serviços complexos deverão complementar aqueles ofertados maciçamente pela rede de Atenção Primária, através dos encaminhamentos mútuos, e não o contrário. Isto significa que os médicos especialistas deverão ser complementares aos médicos gerais, e ambos aos atendentes, auxiliares e técnicos.

5. Os "novos profissionais de saúde", devem ser os que venham a se distribuir quantitativa e qualitativamente na pirâmide de recursos humanos em saúde, na medida em que os serviços de saúde estiverem se reestruturando efetivamente em direção à sua regionalização e democratização desde a base (rede de Atenção Primária), até o ápice (sofisticação e referência). A grosso modo, já se pode identificar alguns "traços novos".

5.1. *Atendentes e outros de nível elementar*, bem treinados em ações educativas, preventivas e curativas no âmbito da Atenção Primária, periodicamente reciclados e intimamente ligados à comunidade, a suas lideranças e organizações. No processo de discussão do treinamento e reciclagens, estes profissionais devem estar aptos e atentos para não se deixarem pressionar pelo curativismo e medicalização. Da mesma maneira, devem estar preparados para identificar a partir de que ponto a "delegação de funções" pode alimentar e estimular a omissão dos

profissionais de nível superior, na sua responsabilidade de atendimento. Finalmente, devem também estar alertados contra certas "pressões superiores" para extensão de cobertura pura e simples, sem compromisso com a qualidade dos serviços prestados e elevação do nível de saúde da população. Estas pressões servem a intenções demagógicas de "dar um mínimo a quem nada recebe", criando ilusões de que o dinheiro público está sendo bem aplicado, mas na verdade, ampliando o simples e ineficaz "consumismo" de bens e serviços de saúde. Estes profissionais devem ser preferencialmente polivalentes;

5.2. *Técnicos e outros profissionais de nível médio*, são os menos representados quantitativa e qualitativamente no elenco atual. No sistema hierarquizado por complexidades crescentes, estes profissionais distribuem-se nos níveis intermediários da pirâmide dos recursos humanos, assumindo as mais diversas atividades, desde o atendimento direto à população, incluindo a educação em saúde, até apoios administrativos, laboratoriais em supervisão, em saneamento, vigilância epidemiológica, etc. É provavelmente nesta faixa dos recursos humanos que há mais necessidade, tanto de crescimento numérico, como a criação e adequação de novos perfis profissionais. Aqui, a polivalência parece não ser meta preferencial, nas indicações disponíveis, deveria predominar perfis bivalentes e trivalentes, e com menos frequência, monovalentes.

5.3. *Enfermeiros de nível superior*: A atual concentração neste profissional, das atividades administrativas, deve ceder lugar à distribuição destas responsabilidades por toda a equipe, e nos órgãos mais complexos, a profissionais tipicamente administrativos. Nesta visão incluímos também as responsabilidades

de recrutamento, seleção, treinamento e reciclagens, isto é, os demais profissionais de nível superior, e os de nível médio e elementar devem participar igualmente destas responsabilidades. Enfim, a democratização interna da equipe de saúde deverá abolir o papel autoritário e controlador do "pessoal de enfermagem", hoje exercido pela maior parte das enfermeiras hospitalares, ambulatoriais e mesmo dos órgãos de saúde pública. Concomitantemente este profissional deverá reassumir o seu papel fundamental de atenção direta à população, mas com uma diferença: agora, já não como a antiga "enfermeira de cabeceira", simples extensão da "autoridade médica", mas sim na medicina integral, exercida maciçamente em redes de postos de Atenção Primária, definindo uma área profissional própria que inclui atividades de treinamento, supervisão, educação em saúde, diagnóstico individual, conduta terapêutica, vigilância epidemiológica, etc. Este retorno ao atendimento direto deverá se dar também nos serviços mais complexos, respeitadas suas características próprias e o objetivo de se constituírem em referência da rede de Atenção Primária.

5.4. *Médicos*: Além do atendimento médico, devem capacitar-se e aceitar conscientemente, no seu perfil profissional, a responsabilidade em participar dos encargos administrativos, burocráticos, programáticos, treinamentos e reciclagens, junto aos demais componentes da equipe de saúde.

Quanto ao atendimento, devem superar a dicotomia artificial prevenção x cura, e exercer a medicina integral, onde sua conduta será sempre consequência de uma análise biopsicossocial. Deverão ainda, superar a ilusão da prática liberal como ideal, e aceitar a prática institucionalizada, obviamente numa perspectiva

de esforço para que a instituição se democratize e venha de encontro ao interesse maior da população. Finalmente, deverão superar o preconceito e as barreiras contra a desmonopolização do conhecimento e práticas de saúde, desmonopolização esta, que deve se dar através da transferência destes conhecimentos e práticas para o pessoal de enfermagem e para a própria população. Na rede de Atenção Primária deve predominar o médico geral, com perfil polivalente e capacitação de bom nível, através da graduação médica e reciclagens posteriores. Deve haver uma margem de necessidade do pediatra e talvez do toco-ginecologista na Atenção Primária, dependendo das circunstâncias regionais quanto à urbanização e desenvolvimento econômico.

A pediatria e toco-ginecologia são vistas aqui como variações dentro da medicina geral, assim como são associações do tipo: clínica de adultos + toco-ginecologia, ou clínica de adultos + pediatria, ou toco-ginecologia + pediatria, ou clínica de adultos + pequena ou média cirurgia. Aliás no processo de transição para a regionalização e democratização dos serviços de saúde, a necessidade de médicos gerais deverá, durante certo tempo, ser maior do que a capacidade das escolas médicas formá-los na graduação ou residências, e se multiplicarão os casos de médicos híbridos, exercendo uma especialidade em parte do tempo (cardiologia, anestesia, nefrologia, etc.), e medicina geral na outra parte. E *não* há motivos realmente justificados, para se ter maiores dúvidas sobre o bom desenvolvimento da capacidade e comportamento destes híbridos em direção à medicina geral e atenção primária.

A prática tem revelado uma tendência muito positiva neste sentido, a partir de médicos jovens que foram obrigados a

especializar-se por contingência do atual mercado de trabalho.

Finalizando, repetimos o conjunto dos recursos humanos, deverá refletir a regionalização dos serviços; os mais complexos *complementando* os mais simples, dando soluções para problemas que foram detectados e não resolvidos pelos mais simples. Este papel de *complementaridade no atendimento* deve ser aceito pelos profissionais de nível superior em relação aos de nível elementar e médio, e pelos médicos especialistas em relação ao resto da equipe de saúde. Além deste papel, toda a responsabilidade é de fornecer apoio técnico e logístico aos serviços e profissionais da rede de Atenção Primária, no sentido desta rede oferecer serviços de boa qualidade a toda população e solucionar pelo menos noventa por cento dos problemas de saúde, que dependam da equipe de saúde.

## Referências

1. CARVALHO, A. I. — Saúde e Educação de Base; Algumas notas. 1976. mimeogr.
2. CENTRO REGIONAL DE SAÚDE DE MONTES CLAROS — *Manuais sobre capacitação de recursos humanos em atenção primária*. Doc. mimeogr.
3. ENCONTRO NACIONAL DE AUXILIARES DE SAÚDE, 1. Conclusões Finais. Londrina, novembro, 1978.
4. MACEDO, C. G. — Recursos Humanos em Saúde; Conferência. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE HIGIENE, 19 outubro, 1977.
5. MELO, C. G. — *A Formação do médico generalista e a medicina previdenciária*. — Campinas, maio, 1978.
6. MS/MEC. *Equipe Técnica Interministerial*. Saúde como Compreensão de vida. Publ. 1977.
7. SANTOS, N. R. — *Atenção Primária em Saúde*. Um Posicionamento. Campinas, outubro, 1979.
8. ———. *Contribuição ao Entendimento do Novo Médico Geral ou de Família*. Brasília, fevereiro, 1978.
9. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE LONDRINA. *Manuais sobre capacitação de recursos humanos em atenção primária*. Doc. mimeogr.
10. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPINAS — Política municipal de saúde comunitária, dezembro, 1978. Mimeogr.
11. SECRETARIA TÉCNICA/PIASS E GRUPO TÉCNICO CENTRAL/PPREPS — *Diretrizes para o desenvolvimento de recursos humanos*, abril, 1977.
12. SEMINÁRIO SOBRE A FORMAÇÃO DO MÉDICO GENERALISTA. In: Revista Brasileira de Educação Médica. Supl. 1. 1978.
13. ST/PIASS, NUTES/CLATES, SRH/MS e PPREPS — *Guia Curricular para desenvolvimento de atividades de capacitação de pessoal para saúde. Visitadores e atendentes de saúde pública*. Publicação. 1979.
14. WERNER, D. B. — *O Trabalhador rural de saúde, servidor ou libertador?* maio, 1977. Mimeogr.