

UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS – UFAM
INSTITUTO LEÔNIDAS E MARIA DEANE – ILM/DFI/CRUZ AMAZÔNIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE, SOCIEDADE E ENDEMIAS
NA AMAZÔNIA.

ERICA LIMA BARBOSA

**CENÁRIO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE FIXAÇÃO E PROVIMENTO DE
PROFISSIONAIS DE SAÚDE NO AMAZONAS, 1970 - 1990.**

Manaus
2016

ERICA LIMA BARBOSA

**CENÁRIO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE FIXAÇÃO E PROVIMENTO DE
PROFISSIONAIS DE SAÚDE NO AMAZONAS, 1970 - 1990.**

Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Pós-Graduação em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia da Universidade Federal do Amazonas, como requisito obrigatório para a obtenção do título de Mestre em Saúde, área de concentração História da saúde e da Doença na Amazônia.

ORIENTADOR: Prof. Dr. Júlio Cesar Schweickardt

Manaus
2016

Ficha Catalográfica

Ficha catalográfica elaborada automaticamente de acordo com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Barbosa, Erica Lima
B238c Cenário das Políticas Públicas de Fixação e Provimento de
Profissionais de Saúde no Amazonas, 1970 - 1990. / Erica
Lima Barbosa. 2016
119 f.: il. color; 31 cm.

Orientador: Júlio Cesar Schweickardt
Dissertação (Mestrado em Saúde, Sociedade e Endemias na
Amazônia) - Universidade Federal do Amazonas.

1. Recursos Humanos em Saúde. 2. História da Saúde. 3. Gestão
do Trabalho em Saúde. 4. Fixação e Provimento. 5. Amazônia. I.
Schweickardt, Júlio Cesar II. Universidade Federal do Amazonas
III. Título

DEFESA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Universidade Federal do Amazonas
Instituto Leônidas e Maria Deane / FIOCRUZ Amazônia
Programa de Pós-Graduação em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia.

ERICA LIMA BARBOSA

**CENÁRIO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE FIXAÇÃO E PROVIMENTO DE
PROFISSIONAIS DE SAÚDE NO AMAZONAS, 1970 - 1990.**

Banca Examinadora:

Prof. Dr. JÚLIO CESAR SCHWEICKARDT – Orientador
INSTITUTO LEÔNIDAS E MARIA DEANNE – ILMD/FIOCRUZ

Prof. Dr. ALCINDO ANTONIO FERLA – Membro
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL – UFRGS

Prof. Dr. ANTÔNIO LEVINO DA SILVA NETO – Membro
UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS – UFAM

A minha mãe, Socorro Lima, pela amizade e cumplicidade que me confortou e me deu segurança nos momentos difíceis da minha vida. E a minha filha, Leticia Barbosa, fonte da minha maior inspiração na escrita de cada palavra dessa Dissertação.

AGRADECIMENTOS

A minha mãe Socorro Lima, companheira fiel que nunca me deixa na mão, dedico cada impulso positivo de continuar lutando para finalizar essa dissertação. O Exemplo de sua garra alimenta todos os dias a minha determinação. Te amo profundamente.

Aos meus irmãos Elton Lima, Scárlat Kamily, Francisco Neto, também amo todos vocês. Em especial ao meu irmão Eric Lima Barbosa, irmão amigo, companheiro constante desde o início dessa trajetória que nunca me abandonou e me fortaleceu com suas palavras de incentivo, deixo aqui o meu muito obrigada. Esta parceria me fortalece todos os dias. Amo você.

Aos meus sobrinhos Giovanna e Elias Cedric, foram muitas as vezes fontes de alegria. A minha cunhada Talita Tainam, valeu a força e as palavras de coragem. Ao meu padrastrô Luiz Ferreira, que durante esse processo do mestrado me ensinou a dirigir e com isso facilitou a minha locomoção, sem esquecer das palavras de perseverança que me foi dada durante os diversos trajetos percorridos. Aos meus avós César Garcia e Francisca da Silva Lima, que amo profundamente.

A Katia Lima, que se demonstrou por muitas vezes mais que amiga e sentou ao meu lado fazendo contribuições relevantes nesta pesquisa. Aos meus amigos mais chegados que irmãos, Isabela Emília Luciano Nunes, obrigada por compartilhar comigo diversas vezes meus fardos, minhas lágrimas na medida que transbordavam você as enxugavam. A Iná Isabel Rafael Silva, que me ajudou nas diversas conversas reconfortantes aonde não via a hora passar e nas correções ortográficas desse trabalho.

A Maria Rute, por compartilhar de suas ideias nos diversos intervalos de trabalho puxado. A Nilda Aires, Melina e Marcelo Mendes, sou grata pelo abraço caloroso e apoio nas horas difíceis. A minha companheira fiel Flávia Roberta Dias. Compartilhamos aflições e alegrias durante essa trajetória. Ao corpo docente da Uninorte do curso de Serviço Social em especial a coordenadora do curso Adilsimar Saraiva Maciel, com seu incentivo e pressão eu decidi entrar no mestrado.

Ao meu estimado orientador Dr. Júlio Cesar Schweickardt, eu sou extremamente grata. O acompanhamento e a solidariedade a mim ofertados trouxeram um sentimento de acolhida, e aos muitos momentos partilhados quero dizer que tive muita sorte em tê-lo como facilitador do processo de ensino e aprendizagem que vai além da caneta nas escritas das palavras. É um homem humano e solidário.

Agradeço também a Universidade Federal do Amazonas, ao Instituto Leônidas e Maria Deane – ILMD/FIOCRUZ AMAZÔNIA e ao Programa de Pós-Graduação Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia, representado pela coordenação de ensino e pela secretaria de ensino. Elen Ferreira, Renata e Rose obrigada pelo apoio e as orientações viabilizadas sempre que precisei durante esses 2 (dois) anos.

Aos professores da banca de qualificação Alcindo Ferla e Tiotrefis Fernandes pelas contribuições relevantes. Aos professores da banca de defesa Alcindo Ferla e Antonio Levino pela disponibilidade de avaliar esse trabalho.

Ao Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia (LAHPSA), pelas contribuições e inquietações na investigação que me foi fomentado através dos diversos encontros e seminários.

Em especial, agradeço ao meu companheiro Fabricio Alexandre Aguiar por me apoiar e me ajudar na construção desse trabalho e a toda a família Aguiar que me acolheu no seu lar, oportunizando a tranquilidade que eu precisava para escrever.

Finalizando todos os agradecimentos, me reporto a uma pessoa extremamente relevante no processo do mestrado, minha filha amada Leticia Barbosa. Cada vez que pensei em desistir, eu pensei em você. A cada noite em claro onde a fadiga tomava de conta dessa solitária escritora era em você que meu pensamento pairava. És a fonte de inspiração de cada palavra. De tudo o que eu fiz e tenho, você é o meu melhor.

Deus, a ti é ofertado toda a honra e toda a glória sobre todas as coisas. És o criador da minha existência.

A Duas Flores

São duas flores unidas
São duas rosas nascidas
Talvez do mesmo arrebol,
Vivendo, no mesmo galho,
Da mesma gota de orvalho,
Do mesmo raio de sol.

Unidas, bem como as penas
das duas asas pequenas
De um passarinho do céu...
Como um casal de rolinhas,
Como a tribo de andorinhas
Da tarde no frouxo véu.

Unidas, bem como os prantos,
Que em parelha descem tantos
Das profundezas do olhar...
Como o suspiro e o desgosto,
Como as covinhas do rosto,
Como as estrelas do mar.

Unidas... Ai quem pudera
Numa eterna primavera
Viver, qual vive esta flor.
Juntar as rosas da vida
Na rama verde e florida,
Na verde rama do amor!
Castro Alves

RESUMO

A presente Dissertação é resultado da pesquisa de cunho histórico, que teve como objetivo analisar o cenário das políticas públicas de fixação e provimento de profissionais de Saúde no Amazonas no período de 1970 a 1990. A problematização está desmembrada nas seguintes questões: Quais as estratégias de fixação e provimentos de profissionais de saúde foram desenvolvidas no Amazonas no período entre 1970 a 1990? Como as políticas de desenvolvimento de recursos humanos foram articuladas com as políticas nacionais e implementadas no Estado do Amazonas? Como a Fundação de Serviço Especial de Saúde Pública- FSESP desenvolveu as estratégias de fixação e provimento de profissionais de saúde no estado do Amazonas? Para responder tais questões, o quadro teórico que sustentou a análise está dividido em três eixos temáticos, distribuídos nos três capítulos da Dissertação: Dos Recursos humanos para a gestão do trabalho em saúde; História das conferências nacionais de saúde; o Serviço Especial de Saúde Pública e as estratégias de interiorização da saúde no Amazonas; Cenários das políticas públicas de saúde: programas de interiorização da saúde no Amazonas. O tema da fixação e do provimento de profissionais de saúde tece todos os capítulos da Dissertação, na qual, mostro quando se iniciou a preocupação de fixar e prover profissionais de saúde para as regiões mais distantes como o Norte e Nordeste. Destacamos o papel do Serviço Especial de Saúde Pública - SESP no processo de desenvolvimento de recursos humanos que garantiu a formação e qualificação dos profissionais de saúde, viabilizando a fixação e provimento de profissionais para o Amazonas. A investigação possibilitou-me concluir que, na análise dos cenários de políticas públicas de fixação e provimento de profissionais de saúde no Amazonas, no período de 1970 a 1990. O Estado conseguiu desempenhar e executar estratégias próprias e inovadoras que possibilitaram, mesmo diante das dificuldades como, por exemplo, a distância e a falta de financiamento, além de algumas desarticulações com as políticas nacionais, a ampliação dos serviços de saúde na capital e no interior. Além da ampliação quantitativa, foi aprimorada a qualidade dos serviços, com a criação de projetos de treinamentos, atualizações, capacitações e formações a níveis de graduação, especialização e mestrado, em parceria com as agências bilaterais como a OPAS, FSESP e as instituições ministeriais e de outras instituições governamentais e não governamentais.

Palavras-chave: Recursos Humanos em Saúde; História da Saúde; Gestão do Trabalho em Saúde; Fixação e Provimento; Amazônia.

ABSTRACT

This dissertation is the search result of historical nature, which aimed to analyze the set of public policies and remedies of health professionals in the Amazon during the period from 1970 to 1990. The questioning is divided into the following questions: what are the fixing and providing of health professionals were developed in the Amazon during the period 1970 to 1990? As the human resources development policies were articulated with national policies and implemented in the State of Amazonas. As the Foundation of Special Public Health Service-EPSU developed fixing and providing of health professionals in the State of Amazonas. To answer such questions, the theoretical framework that supported the analysis is divided into three thematic axes, distributed in three chapters of the dissertation: Human Resources for the management of work in health: history of national conferences; the Special Public Health Service and the strategies of interiorization of health in the Amazon; scenarios of public health policies: interiorization of health programmes in the Amazon. The theme of professional items and weaves all the chapters of the dissertation, in which, when the concern to secure and provide health professionals for more distant regions like North and Northeast from the IV National Conference on health, highlight the role of Special Public Health Service in the process of human resources development that ensured the training and qualification of health professionals enable the setting and professional remedies to the Amazon. The research has enabled me to conclude that, in the analysis of public policies serving scenarios and health professionals in the Amazon, in the period from 1970 to 1990, the State was able to play and execute innovative strategies that made it possible, even in the face of the difficulties as, for example, the distance and the lack of funding, as well as some joint contractures with national policies the expansion of health services in the capital and in the interior. In addition to the quantitative, amplicon been improved the quality of services, with the creation of training projects, updates, training and undergraduate levels training, specialization and master's degree, in partnership with bilateral agencies such as OPAS, FSESP and Ministerial institutions and other governmental and non-governmental institutions.

Keywords: Human resources for health. Health work. Work management. Fixing and providing. Amazon.

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro de atividades programadas e realizadas na metropolitana 1985.....	101
Quadro de crescimento de pessoal de nível superior no interior 1981 a 1985.....	102
Quadro de Linha de ações SESAU 1985 1.1.....	102
Quadro de Linha de ações SESAU 1985 1.2.....	103
Quadro de Posto de saúde operacionalizado pela SESAU através de recursos próprio e dos convenio PDRI SESAU e SUDHEVEA no interior do estado 1983 a 1985.....	104
Quadro demonstrativo de capacitação de pessoal da SESAU 1983- 1.....	104
Quadro demonstrativo de capacitação de pessoal da SESAU 1983- 2.....	105
Quadro demonstrativo de capacitação de pessoal da sesau 1983- 3.....	105
Quadro demonstrativo de capacitação de pessoal da sesau 1983- 4.....	106
Quadro demonstrativo do Relatório anual da SESAU 1985- 1.1.....	107
Quadro demonstrativo do Relatório anual da SESAU 1985 -1.2.....	108
Quadro demonstrativo do Relatório anual da SESAU 1985- 1.....	109
Quadro demonstrativo do Relatório anual da SESAU 1985- 2.....	110

ÍNDICES DE TABELA

T1- Relatório anual feito pela Secretaria de Estado de Saúde – SESAU referente às atividades desenvolvidas no ano de 1983.....	99
T2- Pessoal admitido pela SESAU no ano de 1984.....	100

ÍNDICES DE FIGURAS

Figura 1- Visitadoras Sanitárias.....	110
Figura 2- Visitadoras Sanitárias.....	111
Figura 3- Mapa da situação das unidades médicas do interior do Amazonas, 1977....	111
Figura 4- Escola de Enfermagem de Manaus.....	112
Figura 5- Biblioteca da Escola de Enfermagem de Manaus.....	113
Figura 6- Sala de Aula da Escola de Enfermagem de Manaus.....	113
Figura 7- Sala de demonstração da Escola de Enfermagem de Manaus.....	114
Figura 8- Refeitório da Escola de Enfermagem de Manaus.....	114
Figura 9- Visitadoras Sanitárias da FSESP.....	115
Figura 10- Visitadoras Sanitárias da FSESP.....	116
Figura 11- Mapa do projeto FSESP saúde e saneamento do Alto Solimões.....	117
Figura 12- Mapa do projeto FSESP transamazônica.....	118

ÍNDICES DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEN- Associação Brasileira de Enfermagem

AIS- Ações Integradas de Saúde

CERH- Conferências Específicas de Recursos Humanos

CIB- Comissão Intergestores Bipartite

CIT- Comissão Intergestores Tripartite

CIRH- Comissão Intersetorial de Recursos Humanos

COSAMA- Campanha de Saneamento do Amazonas

CMA- Comando Militar da Amazônia

CNS - Conferência Nacional de Saúde

CNRH- Conferência Nacional de Recursos Humanos

CMS- Conselho Municipal de Saúde

CRH- Coordenadorias de Recursos Humanos

CS- Convenção Sanitária

CSI- Convenção Sanitária Internacional

DGTES- Departamentos de Gestão do Trabalho e Educação da Saúde

FSESP- Fundação Serviço Especial de Saúde Pública

FNU- Fundo das Nações Unidas

FUA- Fundação Universidade do Amazonas

INPS- Instituto Nacional de Previdência Social

MS- Ministério da Saúde

MTE- Ministério do Trabalho e Emprego

MUDES- Movimento Universitário de Desenvolvimento Econômico e Social

NOB- Norma Operacional Básica

NOB/RH–SUS- Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS

OPAS- Organização Pan Americana da Saúde

OMS- Organização Mundial da Saúde

OSI- Oficina Sanitária Internacional

PCCS- Plano de Carreira, Cargos e Salários

PIPMO- Programa Intensivo de Preparação de mão- de- obra

PIUMI- Plano de Implantação de Unidades Médicas no Interior

PPREPS- Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde

RH- Recurso Humano

SESP- Serviço Especial de Saúde Pública

SUDAM- Superintendência de Desenvolvimento da Amazônia

SUDS- Superintendência de Desenvolvimento Social

SUSEMI- Superintendência de Serviços Médicos do Interior

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	17
A opção pelo tema e objetivos	17
Metodologia e Fontes	18
Estrutura da dissertação.....	21
CAPÍTULO 1 - DOS RECURSOS HUMANOS PARA A GESTÃO DO TRABALHO EM SAÚDE: AS CONFERÊNCIAS NACIONAIS DE SAÚDE.....	23
1.1 Recursos humanos em saúde: mudanças na política nacional.....	32
1.2 Gestão do trabalho em saúde e a cooperação internacional	41
CAPÍTULO 2 - O SERVIÇO ESPECIAL DE SAÚDE PÚBLICA E AS ESTRATÉGIAS DE INTERIORIZAÇÃO DA SAÚDE NO AMAZONAS	45
2.1 A Fundação de Serviço Especial de Saúde Pública como espaço de formação de estratégia para provimento e fixação de trabalhadores da saúde no Amazonas no período de 1942 a 1990.	52
CAPÍTULO 3 - CENÁRIOS DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE: PROGRAMAS DE INTERIORIZAÇÃO DO TRABALHO EM SAÚDE NO AMAZONAS.	59
3.1 Desafios de articulação do processo de trabalho nas políticas públicas de provimento e fixação de trabalhadores da saúde no Amazonas.....	74
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	90
REFERÊNCIAS	93
Fontes documentais:.....	98
Entrevistas.....	99

INTRODUÇÃO

A opção pelo tema e objetivos

O Estudo sobre ‘Cenário das Políticas Públicas de Fixação e Provimento de Profissionais de Saúde no Amazonas, 1970 - 1990’, está vinculado ao projeto maior intitulado: “Cenário da Gestão do Trabalho no Amazonas: fixação e Provimento dos profissionais de saúde no SUS”¹, desenvolvido pelo Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia (LAHPSA/FIOCRUZ/AM)².

A escolha do recorte temporal se deve ao cenário das mudanças internacionais relativas ao campo da saúde que influenciaram nas mudanças propostas na política nacional e local, relativas ao tema deste estudo. Trata-se de uma abordagem histórica sobre as questões de provimento e fixação de profissionais na área da saúde no Amazonas, o que pressupõe a análise das fontes e dados sobre as políticas de Gestão do Trabalho no estado que, atualmente, apontam para a necessidade de priorizar a pessoa humana como principal recurso para o desenvolvimento dos objetivos organizacionais nas atividades em saúde.

O conceito de recursos humanos, até a década de 1970, se restringiu à ideia de que as pessoas possuem o mesmo valor atribuído aos outros recursos no processo de produção. Esse campo de atuação, por muito tempo, limitou-se apenas à contratação de profissionais e fechamento de folha de pagamento. A política de gestão do trabalho em saúde no Brasil passou a ter ênfase a partir da IV Conferência Nacional de Saúde, na qual um dos objetivos apontava para a necessidade de formação de profissionais para o desenvolvimento das atividades de saúde. Esse desafio era maior para regiões com características geográficas de difícil acesso, como é o caso da Amazônia.

¹ O projeto vinculado ao PPSUS- Programa Pesquisa para o Sistema Único de Saúde e a FAPEAM-Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Amazonas, trabalha com a ideia de realizar uma pesquisa compartilhada, com envolvimento de pesquisadores locais e de instituições nacionais, assim como de profissionais dos serviços de saúde do interior do Estado, onde a pesquisa está sendo realizada. Importante destacar a participação de alunos de mestrado, que estão desenvolvendo suas pesquisas na área do projeto. Esta pesquisa compõe um projeto maior, que já foi submetido e aprovado pelo Comitê de ética em pesquisa da Universidade Federal do Amazonas, número do parecer: 517.862, data da relatoria: 29.01.2014.

² O Grupo História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia foi credenciado no Diretório de Grupos de Pesquisa do CNPQ, em dezembro de 2014. O grupo tem a sua base no Laboratório História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia, no Instituto Leônidas e Maria Deane – ILMDFiocruz Amazonas. Grande área predominante: Ciências da Saúde. Área predominante: Saúde Coletiva, cujos líderes são: 1º líder: Júlio Cesar Schweickardt e 2º líder: Alcindo Ferla.

As problematizações desta pesquisa são: Quais as estratégias de fixação e provimento de profissionais de saúde foram desenvolvidas no Amazonas no período entre 1970 a 1990? Como as políticas de desenvolvimento de recursos humanos foram articuladas com as políticas nacionais e implementadas no Estado do Amazonas? Como a Fundação de Serviço Especial de Saúde Pública - FSESP desenvolveu as estratégias de fixação e provimento de profissionais de saúde no estado do Amazonas?

Os objetivos deste estudo consistem em analisar as políticas públicas de fixação e provimento de profissionais de Saúde no Amazonas no período de 1970 a 1990, identificando as estratégias e descrevendo as principais políticas da área da gestão do trabalho desenvolvidas no Estado. Do mesmo modo, buscamos analisar as ações da Fundação Serviço de Saúde Pública - SESP na relação com a formação e a fixação dos trabalhadores da saúde no Amazonas. Para tanto, utilizaremos como categorias de análise: Recursos Humanos em Saúde, Trabalho em Saúde, Gestão em Trabalho, Fixação e Provimento.

A relevância acadêmica consiste na produção de novos conhecimentos acerca do tema fixação e provimentos de profissionais da saúde no Amazonas, apontando a necessidade de estudos com enfoque na área da história. A relevância social é caracterizada através da divulgação desta pesquisa na sociedade, possibilitando a ampliação do conhecimento na democratização do saber.

Na ciência sua relevância se destaca através de consulta de fontes ainda não investigadas com o propósito de responder as problematizações desta pesquisa. Assim, o campo da história não será visto como um conhecimento sem importância, mas capaz de atuar em diversas áreas da sociedade e que através dessa pesquisa identificou que o Amazonas não foi apenas um lugar de difícil acesso, quase que inabitado e com sinônimo de atraso. Aqui também houve pesquisa e promoção da saúde.

Metodologia e Fontes

Trata-se de uma pesquisa histórica, de base qualitativa, realizada a partir do uso de fontes secundárias e primárias. As fontes secundárias compreendem a pesquisa de dados de segunda mão, as informações que foram trabalhadas por outros estudiosos e, por isso, já são de domínio científico, o chamado estado da arte do conhecimento. As fontes primárias correspondem aos dados originais, a partir dos quais se tem uma relação direta com os fatos a serem analisados (OLIVEIRA, 2007). As técnicas utilizadas para a

realização da pesquisa foram: a pesquisa bibliográfica, a pesquisa documental e a história oral, utilizados concomitantemente.

A pesquisa bibliográfica segundo Gil (1999), é desenvolvida a partir de material já elaborado, constituído de livros e artigos científicos. Sendo assim, foi realizada uma revisão bibliográfica, com as seguintes palavras chave: Recursos Humanos, Gestão do trabalho, OPAS e PPREPS. Assim foi possível identificar estudos relevantes que se embasam no arcabouço teórico.

O método da pesquisa documental utiliza materiais que ainda não receberam tratamento analítico, os chamados documentos de primeira mão. De acordo com Belloto (1991, p. 25), o documento é qualquer elemento gráfico, iconográfico, plástico ou fônico pelo qual o ser humano se expressa. Os documentos são fontes de dados e contribui tanto para a preservação da memória da instituição quanto para a configuração das suas atividades.

A análise documental, segundo Santos (2000), compreende na análise de fontes escritas, investigação de documentos contemporâneos ou retrospectivos, considerados cientificamente autênticos. É uma técnica importante na pesquisa qualitativa, para desvelar aspectos novos de um tema.

Inicialmente, realizamos a análise documental nos seguintes relatórios: relatórios das atividades da Secretaria de Estado da Saúde (SESAU) no quadriênio no período de 1971-1974, relatório da Secretaria de Estado da Saúde (SESAU) no ano de 1975, relatórios do triênio da Secretária de Estado da Saúde do Estado do Amazonas nos anos de 1979-1981, relatório do 1º Plano Integrado das ações de saúde no período de 1977, relatório anual de 1983 da SESAU, relatório anual de 1984 da SESAU, relatório de diagnóstico a uma proposta de política para a saúde do Amazonas no período de 1985, relatório anual de 1985 da SESAU e relatório anual de 1987 da SESAU.

Como investigação, também foram feitas análise documental de leis, decretos e portarias que envolviam a política de saúde pública no contexto regional, além de fotos, programas e relatórios da SESAU, das CNS, da OPAS disponibilizados na COC, cujos relatórios sobre a OPAS e o PPREPS não estavam disponibilizados em versão digitalizadas, no qual sempre mediante autorização prévia do responsável, os mesmos foram fotografados.

A pesquisa documental para a coleta de dados também foi realizada através do site do diário da Imprensa Oficial do estado do Amazonas (IO-AM), cujo endereço

eletrônico-<http://diario.imprensaoficial.am.gov.br/diariooficial/consultaPublica>.

Também foram investigadas as seguintes fontes:

a) Relatórios das Conferências Sanitárias Pan-Americanas de Saúde nas décadas de 1980 e 1990; b) Relatórios de Gestão da Representação da OPAS no Brasil, no período selecionado; c) Dossiês: 1. Conferência Nacional de Recurso Humano para a Saúde. (BRRJCOC 8C-RI-17.13/10/1986-17/10/1986 Produção Casa Oswaldo Cruz);

2. Programa PPREPS: relatórios, Programas de Trabalho, correspondência com a OPAS sobre questões administrativas do Programa, minuta do Termo Aditivo ao acordo para Saúde no Brasil celebrado entre o Governo- Representado pelo Ministério da Educação e a OPAS e Sub- Programa de Treinamento e Desenvolvimento de Recursos Humanos;3. Dossiê – 1977-11/1978 PPREPS. BR 01-05-0142; 4. Dossiê – 11/01/1996 PPREPS BR RJ 01-05-0144; 5. Decretos, Cadernos dos Ministérios da Saúde referente às Conferências Nacionais de Saúde; 6. Relatórios internos de órgãos públicos, ementas, ofícios, relatórios de acompanhamentos e memorandos.³6.1 Relatórios: a) relatórios das atividades da Secretária de Saúde no quadriênio no período de 1971-1974; b) relatórios do triênio da Secretária de Estado da Saúde do Estado do Amazonas nos anos de 1979-1981; c) relatório da SESAU no ano de 1975; d) relatório anual de 1987 da Secretária de Estado da Saúde do Estado do Amazonas.

Esta pesquisa também fará uso da história oral que, segundo Ferreira e Amado (2001), representa o núcleo da investigação, que possibilita esclarecer trajetórias individuais, eventos ou processos que às vezes não têm como ser entendidos ou elucidados de outra forma. Na história oral, conforme os autores, há geração de documentos (entrevistas) que possuem uma característica singular, ou seja, são resultado do diálogo entre entrevistador e entrevistado, entre sujeito e objeto de estudo.

Foram realizadas entrevistas semi - estruturadas com os profissionais e gestores que atuaram nas oficinas de gestão do trabalho realizadas pela OPAS, FSESP e SESAU. O depoimento oral e as fontes documentais escritas segundo Montenegro (2001) se complementam, embora requeiram tratamento técnico e metodológico específico. Esta pesquisa utilizou a técnica de indicação de outras pessoas pelos entrevistados.

A análise do discurso foi feita com abordagem Interpretativa, que busca no enunciado a relação do sujeito e o contexto político e social. Este estudo irá obedecer aos princípios da Resolução 466/12, que estabelece os princípios éticos da pesquisa científica.

³Os Dossiês estão todos disponibilizados na CASA OSWALDO CRUZ na Cidade do Rio de Janeiro.

Esta pesquisa compõe um projeto maior, que já foi submetido e aprovado pelo Comitê de ética em pesquisa da Universidade Federal do Amazonas, número do parecer: 517.862, data da relatoria: 29.01.2014, CAAE 20016613.7.0000.5020

Estrutura da dissertação

O trabalho está dividido em 03 capítulos: No primeiro capítulo, aborda-se o processo de mudança dos recursos humanos para a gestão do trabalho em saúde. O enfoque destacou a história das Conferências Nacionais de Saúde, destacando a contextualização dos recursos humanos em saúde a partir das mudanças na política Nacional e como estas influenciaram o desenvolvimento do RH em saúde no contexto regional.

O segundo capítulo, destaca o Serviço Especial de Saúde Pública - SESP e as estratégias de interiorização da saúde no Amazonas. Caracterizando a cooperação técnica do SESP na viabilização de políticas de recursos humanos em saúde. Diante disso, mostra-se necessário a influência que esta agência exerceu na execução de política de formação de profissionais de saúde no Brasil e em destaque no Amazonas. Ainda no segundo capítulo foi desenvolvido uma subseção acerca da Fundação Serviços de Saúde Pública (FSESP) como espaço de formação de estratégias para o provimento e fixação de profissionais da saúde no Amazonas no período de 1970 a 1990, e o programa de interiorização do trabalho em saúde no Amazonas.

O terceiro capítulo traz à luz os desafios de articulação do processo de trabalhos nas políticas públicas de provimento e fixação de profissionais da saúde no Amazonas, com enfoque no trabalho em saúde.

Para compreensão e aprofundamento do objeto de estudo, este trabalho fará uma breve contextualização sobre os programas de interiorização no campo da Saúde com destaque nas ações de cooperação do governo brasileiro com a Organização Pan Americana da Saúde (OPAS)⁴, Organização Mundial da Saúde (OMS) e as ações do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP)⁵. Esses programas priorizaram o tema do trabalho em saúde na agenda internacional, e influenciaram agenda do governo brasileiro

⁴Instituições governamentais, multilaterais e internacionais, que desenvolveram agendas dirigidas para a formação de trabalhadores e para a gestão do trabalho em saúde no Brasil (ALVES et al, 2008).

⁵O SESP desenvolveu um abrangente campo de atuação na saúde nas áreas de engenharia hospitalar, assistência médica e educação sanitária. E estabeleceu acordos de cooperação com diversos estados e municípios, através de seus programas regionais (CAMPOS, 2006).

acerca das estratégias de fixação, provimento e formação de profissionais de saúde no Amazonas, como também o desenvolvimento dos recursos humanos em saúde no Brasil e no cenário local.

CAPÍTULO 1 - DOS RECURSOS HUMANOS PARA A GESTÃO DO TRABALHO EM SAÚDE: AS CONFERÊNCIAS NACIONAIS DE SAÚDE.

A pesquisa sobre os Recursos Humanos (RH) em saúde evidenciou a carência de trabalhadores em saúde e a necessidade de capacitação dos mesmos, principalmente nas regiões mais distantes do Brasil. Conforme aponta Pierantoni *et al* (2012, p. 31) o período que antecedeu o desenvolvimento de uma política voltada aos Recursos Humanos nas Conferências de Saúde demonstrava que:

Durante décadas, questões referentes ao financiamento e à organização da assistência tiveram destaque nas agendas dos gestores públicos na área da saúde, enquanto os recursos humanos eram tratados como mais um insumo, assim como os recursos materiais e financeiros, sem que tivessem destaque sua importância e especificidade.

A política de Recursos Humanos em saúde no Brasil passou a ter ênfase a partir da IV Conferência Nacional de Saúde, na qual um dos objetivos lançados nas diretrizes apontava a necessidade de formação de contingentes de pessoal dos quais o país carecia para o desenvolvimento de suas atividades de saúde. Esse desafio era maior para a região da Amazônia, por ser caracterizada como uma região de difícil acesso.

Nos relatórios finais e Anais das V (1975), VI (1977) e VII (1980) Conferências Nacionais de Saúde no Brasil evidencia-se uma preocupação com as regiões Norte e Nordeste na questão de viabilizar a formação e fixação de profissionais de saúde. A discussão sobre a territorialidade e sobre a regionalização foram temas recorrentes nesse período. Os documentos acima citados apontam algumas questões norteadoras sobre as possíveis dificuldades em viabilizar saúde nestas regiões.

A partir das Conferências Nacionais de Recursos Humanos (CNRH) no Brasil, cujos temas centrais foram: “Políticas de Recursos Humanos Rumo à Reforma Sanitária” e “Os Desafios Éticos Frente às Necessidades de Saúde” (1986 - 1992), foram promovidas as discussões sobre o papel do RH no campo da saúde, elencando questões sobre as necessidades de desenvolver o RH, frente aos novos desafios propostos nas políticas de saúde, de levar saúde de qualidade e com maior cobertura para as regiões Norte e Nordeste. Segundo Castro (2008), a 1ª CNRH (1986) culminou com um fórum privilegiado de debate sobre a problemática específica da área de recursos humanos, desencadeando discussões desenvolvidas em cinco eixos: Valorização profissional, Preparação de Recursos Humanos, Órgãos de Desenvolvimento de recursos humanos

para a Saúde – Estratégia de Interação Institucional, Organização dos Trabalhadores de Saúde e Relação do Trabalhador de Saúde com os usuários do serviço.

As recomendações da 2ª CNRH ocorridas no ano de 1992 tiveram grande pertinência e urgência para o SUS – Sistema Único de saúde, em sua fase de implantação, com o desafio de estabelecer novas práticas.

O período de 1964 a 1992 que antecede a IV e até a IX Conferência Nacional de Saúde (CNS) foi marcado pelo controle burocrático e autoritário do Estado. Neste contexto, o capital humano era decisivo para a política desenvolvimentista. Os problemas de gestão de RH recebiam pouca atenção, maiores prioridades foram dadas às questões relacionadas à qualificação, instrução e treinamento. Iniciam-se, no entanto, discussões sobre a necessidade de formar equipes de diferentes profissionais de saúde (PIERANTONI *et al*, 2012).

A IV CNS⁶ objetivou a formulação de políticas permanentes de avaliação de RH no Brasil, tendo em vista a formação de profissionais de saúde, para atender às demandas do país de acordo com suas especificidades regionais (ANAIS DA IV CNS, 1967). O tema central da IV CNS contemplou o RH para as Atividades em Saúde, no qual, foi subdividido em: o profissional de saúde de que o Brasil necessita, pessoal de nível médio e auxiliar, responsabilidade do Ministério da Saúde na formação e aperfeiçoamento dos profissionais de saúde e do pessoal de nível médio e auxiliar e responsabilidade das universidades e das escolas superiores de desenvolvimento de uma política de saúde (ANAIS DA IV CNS, 1967).

A relevância do país em discutir a questão dos RH para as atividades de saúde, como demonstra o tema da IV CNS, apresenta a necessidade de estudar novos métodos quanto ao provimento e à fixação de profissionais de saúde especificamente as áreas de difícil acesso. Nessa conferência foram apontadas recomendações, sobre o suprimento de profissionais de saúde para realizar a assistência médico-hospitalar, que enfrentava carência desses profissionais na maioria dos municípios brasileiros.

Abraham Horwitz⁷ destacou na conferência que na América Latina o problema dos RH era tanto de quantidade como de qualidade. A necessidade de desenvolver o RH

⁶Decreto n. °58.266, de 27 de abril de 1966, nos termos do disposto no art. 1.º da Lei n. ° 1.920, de 25 de julho de 1952, com finalidade de formular sugestões para a política permanente de avaliação de recursos humanos. O Presidente da República neste período foi: Marechal Arthur da Costa e Silva que nomeou para o Ministério da Saúde Leonel Miranda Tavares de Albuquerque.

⁷Diretor da Repartição Sanitária Pan-Americana. Expositor na IV CNS sobre Políticas e Realizações da Organização Pan-Americana da saúde e da organização Mundial da saúde nas Américas, 1967.

no campo da saúde compreenderia a ampliação das ações de contratação de mão de obra, para a necessidade de atividades de qualificação como treinamentos e capacitações. Assim, a parceria do ministério da saúde com o ministério da educação, subsidiaria no apoio técnico de profissionais capacitados e de ampliação de ofertas de cursos, principalmente na área de medicina.

A questão da formação de profissionais eram elementos relevantes que dificultam as ações de saúde no país, a preocupação de formar um contingente de pessoal na área da saúde estava pautada em estratégias de educação permanentes, que levassem em consideração as especificidades locais. Os problemas da pobreza e das doenças se mostravam de modo distinto nas sociedades em nível de desenvolvimento socioeconômico diferentes.

Na IV conferência ainda eram pontuados como problemas de RH na América Latina, a questão da quantidade e qualidade, ou seja, não bastava somente resolver a escassez de profissionais, tinha que melhorar também a formação e as condições de vida destes profissionais para possibilitar uma intervenção prática que condiz com a realidade sócio, política e econômica dos países da América Lática.

Segundo o expositor Dr. Ernâni Braga⁸, os RH deveriam se preocupar menos com o quantitativo e privilegiar o qualitativo, ou seja, a preocupação deveria ser em capacitar os profissionais de saúde para desenvolver suas habilidades e competências. Os problemas sobre a formação de pessoal não se evidencia apenas no quantitativo, na IV conferência já são apontadas diretrizes sobre a necessidade de investimento e avaliação sobre as instituições de ensino. Verificou-se também a necessidade de reajustar as matrizes curriculares, diante da concepção de que a saúde está relacionada ao aspecto social do indivíduo, fomentando desta maneira a necessidade de o país formar pessoas preparadas para atuarem em contextos de vulnerabilidade social.

Os Anais da IV CNS (1967) evidenciaram as seguintes questões: Quanto de investimento financeiro as nações poderão gastar com os serviços de saúde que devem oferecer à população? E qual o investimento justificável de recursos financeiros as nações deveriam disponibilizar aos RH de cada país?

A finalidade da supracitada conferência é de oferecer sugestões para formulação de uma política permanente de avaliação de RH de que o país carece. Assim, foram

⁸Chefe da Divisão de Educação e Treinamento da Organização Mundial de Saúde. Expositor sobre a Educação e Treinamento de Pessoal para as atividades de Saúde na IV CNS, 1967.

formuladas diretrizes que viabilizariam o desenvolvimento dos recursos humanos como um processo de aumentar o conhecimento, as habilidades e a capacidades de todas as pessoas.

O roteiro de trabalho abordou a questão da classificação do pessoal que atuaria no campo da saúde como profissionais de saúde (nível superior); auxiliares de saúde (nível médio e elementar). Essas ações compreenderiam a preparação do pessoal de acordo com os programas decorrentes da Política Nacional de Saúde, tendo em vista a responsabilidade do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação e Cultura. Também foram apontadas a necessidade da centralização na elaboração das normas de ensino e a descentralização na preparação do pessoal de saúde de acordo com classificação do pessoal (ANAIS DA IV CNS, 1967).

Verifica-se que a política de pessoal passa estruturalmente a se adaptar a uma nova organização do ensino à avaliação científica dos resultados, atrelado fortemente à realidade econômica e social do país, tendo como desafio a necessidade de identificar o tipo de profissional que atenderia à demanda do país considerando as especificações regionais.

Segundo Pierantoni (2012), o período que antecede a V CNS é marcado pela desarticulação entre o sistema de ensino e as necessidades econômicas do país ocasionadas pela falta de planejamento. Portanto, as implicações deste contexto na saúde se tornam relevante, pois, a falta de acordos firmados pelo governo irá propiciar que as diretrizes estabelecidas pelas conferências anteriores não conseguiram realizar grandes mudanças. Diante disso, as prioridades econômicas do país eram antagônicas às propostas das políticas públicas, que estabelecia a necessidade de uma articulação com o sistema de ensino, tendo como prioridade a questão da formação de profissionais de saúde que o país carecia para levar ações de saúde a regiões mais remotas e de vulnerabilidade social.

Foram apontadas pela V CNS questões como baixo quantitativo de profissionais de saúde, assim como escassez de pessoal em tempo integral, falta de atuação do Ministério da Educação no sentido de se adequar ao sistema, à formação de médicos e demais trabalhadores na área da saúde. Assim, a recomendação sobre a regionalização de serviços hierarquizados em complexidade crescente foi entendida como um processo eficaz na descentralização da prestação de serviços básicos de saúde e de racionalização do uso da capacidade instalada e recursos humanos, pois viabilizaria a autonomia do município na questão da gestão do trabalho (RELATÓRIO FINAL V CNS, 1975).

As principais contribuições da V CNS foram recomendações para a realização, em curto prazo, cursos e seminários intensivos a nível regional, com participação ampla dos órgãos envolvidos, focalizando especialmente as peculiaridades sanitárias regionais. Diante disso, as recomendações davam ênfase à criação de cursos em áreas não tradicionais e orientava acerca da integração do Ministério da Saúde com o da Previdência e Assistência Social. Chama a atenção nesse período também as recomendações sobre a necessidade da educação permanente.

A VI CNS ocorreu em 1977⁹ e teve por finalidade reunir profissionais e autoridades para o estudo e debate de temas relacionados aos objetivos do Governo Federal no setor da saúde. Os temas da VI CNS constituíam sobre a situação atual do controle das grandes endemias, sobre a operacionalização dos novos diplomas legais básicos, interiorização dos serviços de saúde e política de saúde, o qual foi apresentado por Antonio Carlos de Azevedo (RELATÓRIO FINAL, VI CNS, 1977).¹⁰

No que se refere à área da Gestão do Trabalho, Pierantoni *et al* (2012) enfatizam que a VI CNS trouxe uma visão mais abrangente, destacando a importância da criação do Grupo Saúde Pública, como tentativa de melhor utilização de profissionais de saúde, objetivando assim, uma equipe multiprofissional, polivalente e integrada por duas categorias de trabalhadores: sanitaristas e o agente de saúde público. O Ministério da Saúde seria responsável pelo desenvolvimento do grupo e a operacionalização das ações.

O Relatório Final da VI CNS (1977) apontou para algumas questões problemáticas: a inexistência de uma política setorial de saúde e suas estratégias, e destaca a nível estadual; a inexistência de uma política de desenvolvimento de RH necessária a práticas de ações de saúde. Na questão de financiamento, verificou-se que tanto o nível Federal como estadual dificultam a utilização adequada dos recursos financeiros transferidos ou atribuídos.

As recomendações do relatório final da VI CNS (1977) propõem a promoção de treinamento intensivo, orientado e financiado pelo Ministério da Saúde, assim como a capacitação dos RH e a criação do grupo de saúde pública. Verifica-se a evidente ênfase à articulação dos sistemas de saúde e de educação.

⁹VI Conferência Nacional de Saúde foi convocada pelo Decreto n. 79.318, de 1º de março de 1977, foi instalada pelo Excelentíssimo Senhor Presidente da República, Ernesto Geisel. No período teve como Ministro de Estado da Saúde o senhor Doutor Paulo de Almeida Machado.

¹⁰ Nesse período Antonio Carlos de Azevedo foi Coordenador de Saúde da Amazônia, do Ministério da Saúde (RELATÓRIO FINAL VI CNS, 1977).

Em 1980 ocorreu a VII CNS¹¹ cuja temática central foi sobre “Extensão das Ações de Saúde através de Serviços Básicos”. Esta conferência objetivou fomentar a discussão sobre a implantação do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE)¹², no qual carecia de uma definição dos RH baseada nas particularidades e dificuldades de cada região (PIETANTONI *et al*, 2012).

A Conferência Nacional abordou a questão da formação de RH, pois entendia que essa era uma das condições fundamentais ao desenvolvimento dos serviços básicos de saúde. A preparação de profissionais capacitados com condições de promover a articulação entre os serviços e a comunidade foi outro ponto destacado da Conferência. Verificou-se a necessidade de criação de empregos e de trabalho que estimulasse atitudes e comportamentos eficazes. Sendo assim, a sugestão foi que os profissionais de saúde se ajustassem ao contexto regional e desenvolvessem ações e atividades práticas, formação contínua e treinamentos que culmine no processo de integração com o trabalho, ou seja, o ensino rompendo barreiras entre a escola e os serviços, assegurando a educação permanente (ANAIS DA VII CNS, 1980).

Na questão do financiamento para a oferta da formação contínua para os profissionais de saúde de nível superior, segundo a VII CNS, não apresentava risco de estrangulamento, pois, os RH apresentavam problemas de recursos físicos, ou seja, falta de estrutura qualitativa para o desenvolvimento das ações, o que fortalece a necessidade do oferecimento da educação permanente.

A discussão da saúde estava no contexto do processo de democratização da sociedade brasileira e do movimento da reforma sanitária na década de 1980. A necessidade do processo de mudança sobre o sistema de saúde passa a ser fomentado por um sentimento legítimo de esperança na melhoria das políticas de saúde, educação, trabalho e moradia para todos.

Cabe destacar que, em dezembro de 1978, ocorreu a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma – Ata, na antiga União Soviética, sob os auspícios da OMS e do Fundo das Nações Unidas (FNU). Esta conferência reafirmou a saúde como direito do homem e constituiu a Atenção Primária à Saúde como

¹¹VII Conferência Nacional de Saúde foi convocada pelo Decreto n. 84.106, de 20 de setembro de 1979, foi instalada pelo Excelentíssimo Senhor Presidente da República, João Baptista de Oliveira Figueiredo. No período teve como Ministro de Estado da Saúde o senhor Waldyr Mendes Arcoverde.

¹² O Programa objetivou a extensão dos serviços de saúde a toda a população brasileira o mais rápido possível, através da implantação acelerada de uma rede básica de unidades de saúde de cobertura universal (ANAIS DA VII CNS, 1980).

prioridade e metas na operacionalização de saúde para todos no ano 2000 (CASTRO, 2008). Essa conferência foi importante no Brasil porque questiona o modelo hospitalocêntrico adotado no país.

Em seguida, no ano de 1982 ocorreu a XXI Conferência Sanitária Pan-Americana de Saúde, que estabeleceu através da Resolução nº 32 orientações aos governos membros, incorporar ao setor saúde um processo de formulação e aplicação de políticas condizentes com o desenvolvimento de estratégias e práticas gerenciais que favoreçam resultados mais eficazes e eficientes, e um compromisso mais firme com a equidade. As deliberações dessa Conferência Sanitária também recomendavam aos governos – membros que fossem concedidas prioridade ao desenvolvimento de recursos humanos, mediante o fortalecimento de programas acadêmicos e de educação contínua¹³, reforçando o planejamento de pessoal (CASTRO, 2008).

Como resultado desse movimento, ocorreu a VIII CNS¹⁴ em 1986. A plenária da VIII CNS contou com a participação efetiva de quase todas as instituições que atuam no setor, assim como a representatividade da sociedade civil, dos grupos de profissionais e dos partidos políticos. Os temas discutidos foram saúde como direito, reformulação do sistema nacional de saúde e financiamento setorial. O tema saúde como direito, especificou como inadequada à formação de RH tanto em nível técnico quanto em aspectos éticos e de consciência social, associada a sua utilização em condições insatisfatórias de remuneração e de trabalho (RELATÓRIO FINAL, VIII CNS, 1986).

O segundo tema sobre a reformulação do sistema nacional de saúde foram pontuadas questões relacionadas à Gestão do Trabalho: remuneração condigna e isonomia salarial entre as mesmas categorias profissionais no nível Federal, Estadual e Municipal; estabelecimento de plano de cargos e salários; capacitação e reciclagem permanente; admissão através de concurso público; estabilidade no emprego; composição multiprofissional das equipes; cumprimento da carga horária contratual e incentivo à dedicação exclusiva; direito à greve e sindicalização dos profissionais de saúde; formação dos profissionais integradas ao sistema de saúde regionalizado e hierarquizado; inclusão no currículo de ensino em saúde o conhecimento das práticas alternativas e incorporação

¹³Segundo Castro (2008) nos documentos da OPAS, não há distinção sobre educação continuada e educação permanente, os dois termos são utilizados indistintamente.

¹⁴VIII Conferência Nacional de Saúde reflete um processo de discussão, que iniciado nas pré-conferências preparatórias estaduais e municipais, culminou com a participação de mais de 4000 (quatro mil) pessoas, dentre as quais 1000 (mil) delegados. Este processo materializou-se nos textos, debates, mesas – redondas, trabalhos de grupos e seus relatórios, resultando neste documento aprovado na plenária final da Conferência (RELATÓRIO FINAL VIII CNS, 1986).

dos agentes populares de saúde como pessoal remunerado sob a coordenação do nível local do Sistema Único de Saúde (RELATÓRIO FINAL, VIII CNS, 1986).

A contribuição da VIII CNS resultou na discussão sobre a política nacional de recursos humanos em saúde. Todas as questões levantadas retratavam a realidade da gestão de trabalho pelo qual o país padecia. A falta de valorização profissional e de condições dignas para o desempenho do trabalho em saúde, assim como de formação, capacitação e reconhecimento geraram conjuntos de princípios e propostas que foram discutidas na 1ª Conferência Nacional de Recursos Humanos para a saúde (CNRH), realizada em outubro de 1986.

Segundo Pierantoni *et al* (2012), considerando que a formação de recurso humano em saúde não atende às reais necessidades de saúde da população e dos serviços, foi apontada pela 1ª CNRH, em 1986, a necessidade de maior articulação entre instituições prestadoras de serviço, tendo em vista de que premissa da VIII CNS defendida foi “Saúde direito de todos e dever de estado”.

Para Castro (2008), as discussões realizadas na 1ª CNRH apontam especificamente para o tema de RH: questões relacionadas à formação e aprimoramento de pessoal dos níveis médio e elementar; ensino de Graduação, Educação Continuada para pessoal de nível médio na perspectiva dos serviços; capacitação de recursos humanos após a graduação; integração docente assistencial; hospitais de ensino/centros de saúde/distritos escolas.

As estratégias criadas para formar trabalhadores com habilidades e competências condizentes com a nova realidade estabeleceu no art. 200, inciso III, da Constituição Federal de 1988, a determinação de que compete ao SUS ordenar a formação de recurso humano em Saúde, cuja responsabilidade foi enfatizada no art. 6º, inciso III da Lei Orgânica da Saúde – LOS nº. 8080/90 (PIERANTONI ET AL, 2012).

Em 1992 ocorreu a IX CNS¹⁵ que trouxe como lema a municipalização como o caminho. Na IX CNS foi reafirmado o objetivo de uma implantação da política de RH como efetivação plena do SUS, o ponto crucial da discussão pontuou a necessidade da criação de quadros de trabalhadores da saúde em cada esfera, com a implantação de plano de carreira no SUS que obedeça a princípios legais como: regime jurídico único em cada

¹⁵IX Conferência Nacional de Saúde ocorreu nos dias 09 a 14 de agosto de 1992, concebida como um processo chegou a sua etapa nacional depois de uma intensa participação e debate da sociedade brasileira nas etapas municipal e estadual, demonstrando a capacidade de articulação e organização do povo com a questão de saúde. Neste período o Brasil vive o movimento social a favor do impeachment do presidente Fernando Collor e teve como Ministro da Saúde o senhor Jose Serra (RELATÓRIO FINAL IX CNS, 1992).

esfera do governo, que o plano englobe todos os trabalhadores do SUS, implantação e execução dos planos de carreiras e de cargos e salários (PCCS), o ingresso no serviço público por concurso e a isonomia salarial (RELATÓRIO FINAL IX CNS, 1992).

Durante o ano de 1994 ocorreu a 2ª CNRH, que apontou o diagnóstico já mencionado nas demais conferências, verificou-se a permanência de questões como inexistência e inexpressividade do sistema de informação em saúde, a necessidade de investimento na regulação do mercado de trabalho e na qualificação dos RH (PIERANTONI, 2012).

A X CNS¹⁶ reafirmou a necessidade de uma política de RH, que contemplasse a composição de equipes de multiprofissionais de saúde, a avaliação de desempenho das equipes e a educação continuada. Na questão do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS), foi delimitado o prazo de 180 dias para a organização de uma comissão especial a fim de se elaborar uma proposta de criação e operacionalização do plano para todas as esferas do governo (RELATÓRIO FINAL X CNS, 1996).

Os participantes da X CNS determinaram ao Ministério da Saúde e ao Conselho Nacional de Saúde a elaboração de uma Norma Operacional Básica de Recursos Humanos (NOB/RH/SUS), visando instrumentalizar gestores, formadores, trabalhadores e usuários para lidar adequadamente com as questões referentes aos processos de trabalhos (PIERANTONI *ET AL*, 2012).

Os Conselhos estaduais e municipais e as Comissões Intergestores Bipartides (CIB) deveriam criar e implementar Comissões Intersetoriais de Recursos Humanos (CIRH) para subsidiá-los nas questões relativas aos trabalhadores em saúde. No que se refere ao financiamento das folhas de pagamento do setor público de saúde, deve ser mantido pelas três esferas do Governo, para isso, devem ser implementadas, pelos gestores das três esferas do SUS, câmaras de compensação salarial (RELATÓRIO FINAL X CNS, 1996).

No ano 2000, a XI CNS¹⁷ aprovou integralmente a 3ª versão da NOB-RH/SUS, propondo sua regulamentação e implementação segundo as demandas locais. Foram

¹⁶X Conferência Nacional de Saúde ocorreu nos dias 02 a 06 de setembro de 1996, foi representada por 1260 delegados provenientes das Conferências estaduais de todos os estados da União e do Distrito Federal, antecedidas por 3.000 conferências municipais de saúde. Teve como Ministro da Saúde o senhor Jose Serra (RELATÓRIO FINAL X CNS, 1996).

¹⁷XI Conferência Nacional de Saúde ocorreu em Brasília nos dias 15 a 19 de dezembro de 2000, pretende contribuir de forma efetiva para o fortalecimento do modelo de atendimento público em saúde no País. O encontro, o último do tipo realizado no século XX, foi um momento marcante para o SUS, deixando evidente a importância do controle social para que o Sistema Único seja implementado nos mais de 5.500

destaques a relevância sobre a reestruturação e aumento de investimento em RH nas Secretarias Estaduais de Saúde e de Trabalhadores e os Conselhos de Saúde locais, assim como pactos sobre a política de RH no SUS. Quanto ao PCCS, foi proposto mais uma vez a elaboração de um plano adequado aos trabalhadores de saúde (RELATÓRIO FINAL XI CNS, 2000).

Ao longo da trajetória das CNS foram sugeridas diretrizes para a reformulação de RH em saúde. O que se estabelece nesta interface indagações acerca da execução dessas diretrizes nas políticas de saúde na área de RH no contexto regional. Para tanto, as mudanças foram fomentadas a partir da concepção da gestão do trabalho, fornecendo a compreensão não somente do processo de captação de mão de obra mas também do compromisso com a formação de profissionais que iriam atuar na saúde. A ideia era que a formação de profissionais fosse pontuada com concepções humanísticas, com intervenções profundas, que se dariam desde as matrizes curriculares nas instituições educacionais de formação, até na própria concepção de saúde e educação.

1.1 Recursos humanos em saúde: mudanças na política nacional

Este subitem contextualiza o desenvolvimento do campo de recursos humanos (RH) nas políticas públicas a partir da evolução da política nacional de saúde nas décadas de 1970 a 1990. O processo de evolução dos Recursos Humanos em Saúde cresce em consonância aos desdobramentos da necessidade de fixação, formação e provimentos de trabalhadores para atuarem nos programas de expansão das políticas de saúde nas áreas de menor cobertura de serviços. Os estudos sobre RH são mais referentes ao campo da administração, especialmente na área organizacional. Posteriormente, o campo da Psicologia também contribuirá nessa discussão, com forte participação no processo de seleção, gerenciamento dos conflitos e formação dos profissionais.

O RH teve origem no início do século XX, em decorrência da revolução industrial como um campo mediador de conflitos entre a organização e pessoas. A expressão “recursos humanos” segundo Chiavenato (2009) refere-se às pessoas que compõem a organização e possuem papéis que viabilizam as dinâmicas dos recursos

municípios brasileiros, com acesso universal. Teve como Ministro da Saúde o senhor Jose Serra (RELATÓRIO FINAL XI CNS, 2000).

organizacionais¹⁸. As pessoas oferecem seu trabalho às organizações e esta requer além dos recursos humanos, os recursos financeiros, materiais e tecnológicos necessários para a realização das atividades.

Das mudanças terminológicas de “Recursos Humanos” a outros tratamentos como “Gestão de Pessoal” e “Gestão de Pessoas”, são resultados de uma crítica internacional à noção de “recursos humanos”. Encontramos todas estas expressões na identificação da atividade organizacional da “administração de empregados ou de servidores”. Ocorre que, tradicionalmente, os trabalhadores são vistos como meros subordinados ou como simples força de trabalho e, mesmo que se diga do elemento humano nas organizações, que são os trabalhadores, predomina o conceito de “subordinados” (escala de baixo numa hierarquia de comando) ou de “recursos” (entre os recursos materiais e financeiros, também os recursos humanos, como elementos equiparados aos equipamentos, tecnologias etc.) a associação da percepção do trabalho humano ao recurso, caracteriza-se como um dos fatores que descaracterizaram o valor da atividade humana no processo de trabalho (SCHWEICKARDT *et al*, 2015).

Assim, o termo recursos humanos é utilizado com diversas significações. Em uma primeira abordagem refere-se a toda população capaz de desenvolver atividades concretas de saúde em sentido mais amplo, a população em sua totalidade com as implicações que este conceito envolve, e não exclusivamente ao pessoal que tenha seguido carreira especializada (BASTOS, 1984).

Assim como a expressão “trabalhadores” tem representação, em muitos momentos, de apenas “classe trabalhadora” (conectada à noção de “classe subalterna”), cabendo tal designação apenas aos empregados dos postos de trabalho mais subordinados na divisão social do trabalho, sendo os demais os chefes, diretores, doutores e professores. Os profissionais de elevada titulação não se encaixam tranquilamente na categoria “trabalhador”, quando na vigência de uma noção hierárquica das ocupações. Ouvimos muitas vezes algo como os “técnicos e os funcionários”, os “profissionais e os trabalhadores”, os “médicos e a equipe”, os “professores e os servidores”. A área organizacional, no esforço de capturar a adesão dos trabalhadores ao projeto econômico ou social das empresas, tem modificado a expressão “empregados”, “funcionários” ou

¹⁸O ser humano é eminentemente social e interativo. Não vive isoladamente, mas em constante convívio com seus semelhantes. Devido às suas limitações individuais, os seres humanos são obrigados a cooperarem uns com os outros, formando organizações para alcançar certos objetivos que a ação individual isolada não conseguiria alcançar. A organização é um sistema de atividades conscientemente coordenadas de duas ou mais pessoas (CHIAVENATO, 2009, p. 08).

“trabalhadores” para “colaboradores”. Na mesma medida, os chefes e diretores passaram a ser chamados de “gerentes” e, mais recentemente, de “gestores”. Claro que não apenas as nomenclaturas foram se modificando, mas pode-se observar que as empresas trabalham muito mais velozmente com a mudança de nomenclaturas que os serviços públicos (SCHWEICKARDT *et al*, 2015).

A categoria de pessoal de saúde, a partir da OMS, está subdividida em duas categorias principais que são: pessoal profissional, que compreende a uma categoria que possui formação universitária e pessoal auxiliar, que corresponde ao pessoal abaixo nível de escolaridade, mas possuem capacidade para colaborar com os profissionais. O termo auxiliar possui um sentido genérico (BASTOS, 1984).

As Nações Unidas definem um auxiliar como um trabalhador que, sem possuir os títulos profissionais exigidos em uma especialidade técnica determinada, colabora com o profissional. Estas modalidades de categorial de pessoal podem estar classificadas em três níveis: nível de assistente, compreende a pessoas com formação secundária completa ou formação básica profissional ou curso universitária incompleta; nível técnico, que se configura a uma formação geral e competente em termos específicos. São técnicos de raio x, técnicos de laboratórios, técnicos em enfermagem, dentre outros. E o nível elementar, que é caracterizado por pessoal de educação primária, e são treinadas para o exercício de uma ou diversas atividades simples (BASTOS, 1984).

A classificação dos recursos humanos necessários às atividades de saúde foi destacada na IV CNS no Brasil. O nível de instrução geral e especializada ficou caracterizado em: a) pessoal de nível superior, b) pessoal de nível médio, c) pessoal de nível elementar ou primário e d) pessoal sem qualquer instrução (BASTOS, 1984).

A classificação operacional de recursos humanos de saúde foi reagrupada em planejamento de recursos humanos, formação de recursos humanos e utilização de recursos humanos. O planejamento de RH é um conjunto de atividade diretamente relacionada à formação de planos e revisão de métodos de ensino. Dentre os fatores considerados relevantes nos planos, destaca-se o estoque, que se caracteriza pelo levantamento de números de profissionais e auxiliares que integram os serviços de saúde, de acordo com a necessidade de cada estado e região. A distribuição também é outro fator relevante quanto aos RH em saúde, pois evidencia como inadequada a distribuição geográfica. Tal problemática possui dois aspectos: a má distribuição geográfica e a má distribuição dentro de especialidades face à superespecialização (BASTOS, 1984). A questão da distribuição de médicos, por exemplo, ocorre pela concentração desse

profissional em grandes cidades. A estatística da OMS revela que o coeficiente de médicos por habitantes nos países em desenvolvimento, na década de 1980, era desfavorável.

No Brasil, segundo o Conselho Federal de Medicina, a distribuição geográfica de médicos corresponde a 149.126 para uma população de 111.061.470, correspondendo a uma densidade médica de 01 médico para 798 habitantes no ano de 1980. No Norte do país são 3978 médicos para uma população de 5.890.663 e a densidade médica é de 01 médico por 1.480 habitantes, comparado à região Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-Oeste. Esse quantitativo de densidade médica só perde para o Nordeste com 01 médico por 1.516 habitantes (BASTOS, 1984). A má distribuição de médicos, cirurgiões–dentista e enfermeiros está também associada à formação. A deficiência na formação da área da saúde impede o desenvolvimento e manutenção de profissionais, o que em grande parte se deve a carência de políticas, programas e estratégias claras e concretas na adequação da coordenação e supervisão no processo de formação, assim como uma articulação e parceria entre o MS e o MEC (BASTOS, 1984).

O problema da formação de profissionais, foi evidenciado a partir da Carta de Punta del Este, ao fixar as metas do Programa Decenal para a América Latina e recomendar em resolução no artigo 2º as seguintes medidas para formação de profissionais para a saúde: 1d. atribuir importância especial à formação e habilitação de profissionais e auxiliares destacando dois aspectos do problema: a) aspecto quantitativo - com a criação de uma política com o objetivo de potencializar o números de profissionais, com a ampliação de escolas de medicina. Em 1970 existiam 151 escolas de medicina na América Latina. Em 1980 esse número elevou para 210 escolas com cerca de 196.000 estudantes; b) aspectos qualitativos - são apontadas questões sobre a fragilidade na formação, destacando a falta de conhecimento associado à realidade de localidades distantes de grandes centros urbanos. Na prática, quando precisam assumir responsabilidades profissionais, não encontram apoio na sua estrutura de conhecimento e experiência, entrando muitas vezes em estado de desespero e de desencanto (BASTOS, 1984).

No século XX, as organizações nesse período não dispunham de estrutura para viabilizar condições mínimas de trabalho qualificado, e as pessoas que vendiam sua força de trabalho não estavam satisfeitas com a relação da materializada da representação social da classe trabalhadora na sociedade.

A relação entre o trabalho e a saúde-doença constatada desde a Antiguidade e exacerbada a partir da Revolução Industrial nem sempre se constituiu em foco de atenção. Com o advento da Revolução Industrial, o trabalhador passa a ser livre para vender sua força de trabalho, tornando-se presa da máquina, de seus ritmos, dos ditames da produção que atendia à necessidade de acumulação rápida de capital e de aproveitamento dos equipamentos, antes de se tornarem obsoletos (JUNIOR, SILVA e MEOHAS, 2010).

A caracterização e a representação da força de trabalho passaram a configurar-se através das organizações, desencadeando a relação do trabalho diretamente a venda da mão de obra. As jornadas extenuantes, em ambientes extremamente desfavoráveis à saúde, às quais se submetiam também mulheres e crianças, eram frequentemente incompatíveis com a vida. A aglomeração humana em espaços inadequados propiciava a proliferação de doenças infectocontagiosas, ao mesmo tempo em que a periculosidade das máquinas era responsável por mutilações e mortes (JUNIOR, SILVA e MEOHAS, 2010).

Em vista às mudanças no processo de trabalho que precarizaram e intensificaram os problemas de saúde, e trouxeram impactos diretos na relação do trabalho em saúde e na relação saúde-doença, seja na mudança tanto estrutural quanto comportamental, o trabalho passou a materializar-se em mercadoria de venda, que determinava a compra e venda de um serviço de especialidades no cuidado com o ser humano.

As políticas públicas (incluindo as políticas voltadas para o trabalhador) e as mudanças das relações de trabalho se agravaram pela incapacidade da área da saúde em reabsorver seu papel de intervir no espaço do trabalho. Essa tarefa, prevista na Reforma de Carlos Chagas, de 1920, foi interrompida com a criação, em 1930, do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio, e só foi resgatada na Carta Constitucional de 1988 e regulamentada pela Lei 8080 (JUNIOR, SILVA e MEOHAS, 2010).

No entanto, a perspectiva do trabalho em saúde assumiu uma influência predominantemente organizacional que estabelecia desde os anos de 1930 a 1950 ações específicas voltadas para contratação de trabalhadores e fechamento de folha de pagamento. A necessidade de suprir o quantitativo de contratação de trabalhadores eram as questões relevantes desse período.

Na década de 1960 percebe-se que os avanços dos desafios organizacionais não conseguiram acompanhar os movimentos de lutas dos trabalhadores que ocasionaram uma série de negociações que culminou nas novas legislações trabalhistas. Essas novas legislações foram criadas através da necessidade de olhar o ser humano como recursos

vivos, capazes de auxiliar as organizações nos processos de mudanças no mundo do trabalho. No entanto, os novos desafios provenientes da globalização e da economia demonstraram a necessidade na evolução no modo de gerir dos RH, impulsionando a necessidade de tratar as pessoas não mais como agentes passivos, mas como pessoas ativas dotadas de inteligência, iniciativa, criatividade, habilidades e competências, superando o conceito do ser humano com capacidades apenas manuais, físicas ou artesanais (CHIAVENATO, 2009).

A evolução conceitual do termo Gestão do Trabalho parte da Administração de Recursos Humanos com origem na Ciência da Administração, como significado de capacidade de gerenciar pessoas. Absorve, então, o conceito de força de trabalho da Economia Política, ou seja, com o uso descritivo e analítico do mercado de trabalho. E, somente depois, passa a ter um novo significado ao somar a Sociologia do Trabalho, incluindo este, o trabalhador, como ser social e a sociedade, originando assim o termo empregado atualmente (PIERANTONI, VARELLA E FRANÇA, 2006).

O conceito originado na Ciência da Administração, a concepção de recursos humanos é veiculada como a de um trabalhador estático, desprovido da capacidade de interagir-se na construção do processo de trabalho, e que pode ser adquirido com habilidades específicas ou pode ser moldado eficazmente para a atuação conforme a necessidade de cada atividade de trabalho. Esta concepção é fortalecida especialmente no período do crescimento industrial, com as teorias da Administração de Frederick Taylor e Herry Fayol, visando maior eficiência na produção, em seguida valorizada pelo paradigma Fordista e ainda, estimulada no modelo Toytista (PIERANTONI, VARELLA E FRANÇA, 2006).

Na saúde a mesma concepção foi utilizada, justificada através da busca pela eficiência e toda a lógica estrutural colocada de forma a se obter mecanismos e meios de registro e controle sobre os trabalhadores. A questão é que a estruturação de um sistema de administração de pessoal, especialmente na administração pública, baseou o acompanhamento dos recursos humanos na lógica de atividades e processos burocráticos somente para a alocação, remuneração, controle de férias, licenças e avaliação da capacidade funcional do trabalhador. Essa lógica, colocada para o sistema de administração de pessoal, imobiliza o esforço gerencial pela busca da eficiência e da produtividade. Essa estrutura confundiu-se com a gestão de recursos humanos como um todo. E as funções de capacitação e negociação, instituídas de forma equivocada no âmbito desse sistema de pessoal, reduziram-se a procedimentos normatizados e incapazes

de responder às demandas por qualificação para o trabalho e equacionamento de conflitos (SANTANA, 1996).

A percepção sobre a saúde correlacionada ao trabalho já era perceptível para a classe trabalhadora desde 1910. Não se pode perder de vista, que as exigências da classe trabalhadora já apontavam questões relacionadas à insatisfação da situação vigente das relações de trabalho, da busca de direitos como o de cidadania e melhores condições de saúde. É importante ressaltar que, a saúde é associada diretamente à questão do trabalho. Os movimentos em busca de direitos na área da saúde foram norteadores para as reivindicações e modificações no processo de trabalho.

Diante disso, os processos de mudanças ocorridos nos recursos humanos em saúde podem ser compreendidos através de duas fases distintas caracterizadas pela: **industrialização clássica** que compreendeu o ano de 1900 a 1950, e estabelecia a relação de contratação de pessoas como mão de obra numa relação unicamente industrial; **industrialização Neoclássica** do período de 1950 a 1990, que caracterizou o surgimento da departamentalização, no qual houve a divisão de setores nas organizações, evidenciando a necessidade de compreender as Pessoas como recursos organizacionais que precisam ser administrados, sendo denominado o setor de administração de RH e após 1990, onde a rede de serviço passa a descentralizar as **redes de equipes multifuncionais** que caracterizava o sujeito como profissional com capacidades pró-ativas (CHIANENATO, 2009, p.12).

Sobre o contexto de formação e desenvolvimento do trabalho em saúde Schweickardt *et al* (2015, p. 66) apontam que,

a formação de trabalhadores em saúde, no Brasil, passou a experimentar transformações relativas aos processos de reformulação política do setor, tendo em vista as diretrizes constitucionais do Sistema Único de Saúde. Na Educação, as diretrizes curriculares nacionais para as profissões de saúde delinearão, em correspondência, uma noção de “área da saúde” como “competências e habilidades gerais” e uma noção de “profissão”, como “competências e habilidades específicas”, ainda assim, vinculadas aos determinantes de “trabalho em equipe, integralidade da atenção e apropriação do Sistema Único de Saúde”. Pretendeu-se mudar a formação básica de graduação ou de educação profissional de nível médio, mas a estas deve-se acoplar o desenvolvimento contínuo dos profissionais incorporados como trabalhadores das redes de gestão e de atenção à saúde. Cada vez fica mais evidente que o desenvolvimento de trabalhadores não se faz descolado da atualização do próprio trabalho, isto é, que trabalho e trabalhadores constituem uma díade indissociável. Se quisermos melhorar o trabalho, precisamos de trabalhadores atualizados, satisfeitos e implicados com os resultados sociais de sua produção/participação; se quisermos melhorar o desempenho profissional, precisamos de um trabalho que respeite o protagonismo dos trabalhadores e que se abra para a participação colegiada. No interior do Sistema Único de

Saúde, tais processos requerem ampla comunicação/correspondência às necessidades sociais, aos processos participativos e aos seus princípios e diretrizes.

As dificuldades na formação de trabalhadores e de RH na área da saúde são intrínsecos e diretamente atrelados a uma política de saúde nacional desintegrada e expressa em ações fragmentadas, desarticuladas e superpostas de instituições com responsabilidades direta e indireta na área, agravadas por interesses antagônicos, com concepções e práticas centralizadas e institucionalizadas em organizações rígidas. Só após a década de 1990, com a mudança na política nacional de saúde os RH, passaram a ceder lugar a uma nova abordagem classificada de gestão de pessoas, cuja proposta teria no capital intelectual o recurso organizacional mais valorizado dentro de uma organização.

No plano de análise das reformas do RH no campo da saúde, são destacados dois momentos: o primeiro, relacionado às transformações do sistema que delimitaram a definição constitucional do Sistema Único de Saúde (SUS) na década de 80. O segundo, marcado pela definição macropolítica da reforma do Estado na década de 90 (PIERANTONI, 2000).

O RH em saúde no Brasil em meados do final da década de 1960 passa a priorizar na agenda política um plano de emergência para a consolidação de uma estrutura de captação, formação e fixação de profissionais de nível elementar e superior. Diante desse cenário, a Política de Saúde no departamento de RH passa a contemplar os seguintes aspectos: 1. Realizar uma política de suprimento de RH que crie estratégias para recrutar, selecionar e interagir com as pessoas no ambiente interno da organização. 2. Políticas de aplicações de RH que determine os requisitos básicos da força de trabalho (intelectuais e físicos) para desempenho dos cargos, que possam ter capacidade técnica de planejar e alocar as pessoas e desenvolver planos de cargos e salários, assim como criar critérios de avaliar a qualidade dos serviços em saúde (PIERANTONI, 2000).

Apresenta-se nessa proposta a intenção de viabilizar um departamento que além de captar a força de trabalho, conseguisse subsídios para desenvolvê-los, retê-los e acompanhar seu pleno desenvolvimento. Pois, caberia ao RH em Saúde identificar o profissional mais qualificado e desenvolver suas capacidades e competências de acordo com o cargo disponibilizado.

Desenvolver um departamento de RH em saúde a partir da década de 1960 norteava questões sobre a falta de qualificação profissional e a necessidade de avançar em resolução de conflitos relacionados não apenas a recursos materiais e financeiros, mas

também à necessidade de integrar ações do campo da saúde ao campo da educação, que levaria a propostas de estratégias que ultrapassassem a atividade do RH apenas na questão de preenchimento de folha de pagamento, e avançasse na formação de trabalhadores. Essas questões são apontadas nas diretrizes das Conferências Nacionais de Saúde (CNS) no Brasil a partir da década de 1960.

As CNS e as Conferências Específicas de Recursos Humanos (CERH) destacaram a especificidade do processo de construção do modelo de Recursos Humanos em Saúde no Brasil. Os problemas complexos do Sistema de Saúde apontavam para um forte atrelamento à prática de RH na concepção de pessoas como meras fornecedoras de mão de obra.

Dessa forma, não caberia apenas ao RH a administração dos recursos financeiros (materiais e econômico), mas também a condução de uma eficácia administrativa. As questões de satisfação no trabalho, rotatividade, absenteísmo em níveis baixo, bom relacionamento interpessoais e educação contínua foram questões importantes para rediscutir a área da gestão do trabalho, que culminasse na melhoria das ações de saúde.

Os processos de mudanças ocorridas no RH se consolidam através da atuação da Organização Pan-Americana desde a década de 1970, a partir da concepção da cooperação técnica, na missão de orientar os esforços estratégicos de colaboração entre os estados-membros¹⁹. A cooperação contribuiu para ampliar a discussão sobre a promoção da equidade na saúde, no combate a doenças, na melhoria da qualidade de vida e na elevação das expectativas de vida dos povos da América (CASTRO, 2008). Portanto, falar de Gestão do Trabalho em Saúde no Brasil nos remete a fazer referência sobre o papel da OPAS nos processos de mudanças ocorridas na área da gestão do trabalho e da educação na saúde.

Neste estudo, buscou-se analisar como ocorreram as políticas de RH em saúde, privilegiando entender as teias das relações políticas estabelecidas no cotidiano no contexto regional, especificamente no estado do Amazonas. A escolha do recorte temporal de 1970 a 1990 foi com base na realização da IV Conferência Nacional de Saúde, que apontou como formulação uma política permanente de recursos humanos que objetivasse a formação de profissionais de saúde deram que o país carecia para o

¹⁹Segundo Castro (2008, p.32) os atuais Estado-membros da OPAS são: Antigua e Barbuda, Argentina, Bahamas, Barbados, Belice, Bolívia, Brasil, Canadá, Chile, Colômbia, Costa Rica, Cuba, Equador, Estados Unidos, El Salvador, Granada, Guatemala, Guiana, Haiti, Honduras, Jamaica, México, Nicarágua, Panamá, Paraguai, Peru, República Dominicana, Santa Luzia, San Cincen y Las Granadinas, Saint Kitts y Nevis, Suriname, Trindade e Tobago, Uruguai e Venezuela.

desenvolvimento das ações de saúde. No mesmo período se deu também as ações de cooperação técnica em Desenvolvimento de Recursos Humanos, formalmente estabelecidas na referida década no Programa de Preparação Estratégica de Pessoal em Saúde (PPREPS), parceria entre OPAS e o governo brasileiro, até a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS).

1.2 Gestão do trabalho em saúde e a cooperação internacional

O campo de RH em saúde compreende um espaço de muitas dimensões, de disputas, de mediações de força, assim como um objeto de estudo e transformações, um componente e uma perspectiva de análise sobre o setor saúde. Desta forma, compreende-se que este espaço seja constituído por sujeitos sociais que se organizam e vivenciam no cotidiano suas objetivações e subjetivações, verificando que é na relação do trabalho que se estabelecem as relações sociais (ROVERE *apud* CASTRO, 2008).

Essa nova concepção de RH irá influenciar diversas áreas que precisam realizar a captação da força de trabalho. A saúde como área relevante e complexa, não ficaria de fora, no que se refere às influências provenientes do processo de trabalho na questão de RH. Os problemas evidenciados na década de 1960 demonstram a necessidade de elaborar políticas de RH para viabilizar o suprimento de trabalhadores da saúde que o país necessitava.

Na década de 1960 já chamava atenção a carência de pessoas com qualificação, especialmente nos países em desenvolvimento, no qual a saúde pública apresentava o pior cenário, considerando que não possuía condições atrativas de recrutamento, seleção e preparação dos trabalhadores em saúde (PIERANTONI *et al*, 2012).

Segundo Campos, Machado e Girardi (2009) o provimento de serviços de saúde a regiões distantes, pobres e periféricas é um problema em quase todos os países do mundo, ou seja, essa situação não é especificamente do Brasil. O país enfrentava uma baixa cobertura assistencial de saúde em áreas periféricas, rurais e pobres, o que gerou uma iniquidade social e assistencial. O Norte detinha 4,3% da mão de obra médica no país.

O Brasil em 1973 contava com um médico para cada 2.040 habitantes sendo que em São Paulo esta relação era de um médico para 1.570 habitantes, e no Rio de Janeiro era de um médico para 610 habitantes. Nos estados do Maranhão e Piauí contavam então com um médico para cada 7.000 habitantes. À época, o Brasil contava com 1.895 municípios sem médicos e 2.171 sem

agências bancárias, e a concentração dos médicos guardava estreita relação com a das agências bancárias sugerindo que fatores idênticos condicionavam as respectivas escolhas locais [...]. O Norte, com 8,0% da população, detém 4,3% dos médicos ao passo que o Sudeste, com 42,3% da população concentra 54,7% dos médicos. Da mesma forma, os municípios com mais de 500 mil habitantes, com 30% da população, concentram mais de 50% dos médicos (MELLO, 1981 citado por CAMPOS, MACHADO E GIRARDI 2009, p. 16).

Na discussão da gestão do trabalho, não é apenas a questão de distribuição geográfica e formação que dificultam a fixação e provimento de médicos no país, destaca-se aí a escassez na oferta de médicos, assim como o aumento dos equipamentos e estabelecimento de saúde, e a disparidade entre as regiões. De acordo com Maciel Filho (2007), no intervalo entre os primeiros diagnósticos formulados nos anos 1970, os Governos Federais implantaram programas que tiveram como principal objetivo a interiorização dos médicos. Temos, como exemplo, o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), durante o regime das ditaduras e antes da SUS, e na vigência de regimes democráticos plenos, já sob a égide do SUS.

As estratégias dos Programas de Extensão de Cobertura, segundo Castro (2008), caracterizavam-se pelo objetivo de estender o acesso dos serviços de saúde à zona rural. O PIASS foi criado por decreto presidencial, em agosto de 1976, com o objetivo de implantar uma rede básica de saúde constituída por postos e centros de saúde nas áreas rurais do Nordeste brasileiro. Compreende-se, desta forma, que o país passa a necessitar de um contingente de trabalhadores para atuarem na rede básica de saúde, o que, neste período, torna-se emergente a formação profissional condizente com as especificidades regionais.

No final do ano de 1973, o Governo Brasileiro através de representantes do Ministério da Saúde (MS) e do Ministério da Educação e Cultura (MEC) inicia um processo de parceria institucional com a OPAS e Organização do Ministério da Saúde (OMS) na área de desenvolvimento de RH para a saúde, pois se torna evidente a necessidade de uma reestruturação no RH, a partir das diretrizes norteadoras pelas Conferências Nacionais de Saúde.

A OPAS foi criada em dezembro de 1902, com o nome de Oficina Sanitária Internacional (OSI), através da Convenção Sanitária que deu origem a uma série de reuniões que, ao longo dos anos, recebeu diversas denominações: Convenções Sanitárias Internacionais (CSI), Conferências Sanitárias Internacionais (CSI) e Conferências Sanitárias Pan-Americanas (CSPA), permanecendo esta última até hoje. A Organização

Internacional de Cooperação Técnica em Saúde (OICTS) é a mais antiga do mundo. No ano de 1929, o Brasil passa a integrar a OPAS como país membro, através das CS. Em 1951 foi assinado o convênio com o Governo Brasileiro para a criação da Representação da Organização no país, inicialmente instalada²⁰ na cidade do Rio de Janeiro (CASTRO, 2008, p. 33).

No que se refere ao campo de RH em saúde, as ações de cooperação, segundo Castro (2008), foram prioritariamente desenvolvidas pelo Programa de Cooperação Técnica em Desenvolvimento de Recursos Humanos²¹, formalmente constituídos na segunda metade da década de 1970 em consonância com outro programa denominado de Preparação Estratégica. O acordo de cooperação técnica assinado com a OPAS tinha interesse na formação de RH em grande escala para impactar os serviços de saúde do país. Essa parceria se concretizou através do acordo, que firmou a elaboração do Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde (PPREPS) que objetivava a preparação em massa de pessoal de saúde de nível médio, técnicos e auxiliares de saúde (PAIVA *et al*, 2008).

A Cooperação Técnica com a OPAS²² objetivou desenvolver ações no campo do planejamento e do desenvolvimento de pessoal através de um plano de formação de RH em saúde. O segundo objetivo procurava dar conta de uma maior integração entre o sistema de formação de pessoal de saúde e a realidade da rede assistencial do país. O terceiro e último objetivo se relacionava à formação de docentes, pesquisadores, mediante a concessão de bolsas de estudo e o apoio financeiro e técnico científico às instituições de pós-graduação (PAIVA *et al*, 2008).

O PPREPS além da formação de profissionais para a saúde também buscava um sistema de saúde com cobertura máxima possível e integral, regionalizada e de assistência progressiva de acordo com as necessidades das populações nas diversas realidades do país. Portanto, esse programa objetivou apoiar o gerenciamento e o financiamento para o estabelecimento do Sistema de Desenvolvimento de Recursos Humanos em cada Estado

²⁰De acordo com Castro (2008, p34), no ano de 2007, registram-se no Brasil três estruturas da OPAS: uma sede da Organização instalada em Brasília e outras duas no Rio de Janeiro e São Paulo (essas duas últimas são centros multinacionais).

²¹A escolha do Programa de Cooperação em Desenvolvimento de recursos humanos justifica-se por ele ser o responsável institucional pelas atividades de cooperação no campo tradicionalmente chamado recursos Humanos, no âmbito da Organização (CASTRO, 2008, p.35).

²²Em novembro de 1973, o então diretor da OPAS, o chileno Abraham Horwitz, o Ministro da Saúde do Brasil, Mario Machado de Lemos, e o Ministro da Educação e Cultura, Jarbas Passarinho, assinaram o Acordo para um Programa Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para a Saúde no Brasil.

da federação, assegurando a continuidade de desenvolvimento da área da gestão do trabalho pelas Secretarias Estaduais.

O Programa de Cooperação em Desenvolvimento de RH com a OPAS foi importante para a implementação dos Órgãos de Desenvolvimento de Recursos Humanos nas Secretarias Estaduais de saúde, hoje chamados de Departamentos de Gestão do Trabalho e Educação da Saúde (DGTES) ou simplesmente Coordenadorias de Recursos Humanos (CRH).²³

A OPAS, segundo Paiva *et al* (2008), contribuiu para a promoção de um processo de descentralização político administrativa, ao reforçar a competência técnica e científica nos níveis regionais e locais, tais como: a criação dos Núcleos de Desenvolvimento de Recursos Humanos nas Secretarias Estaduais de Saúde; o estímulo ao desenvolvimento dos Núcleos de Saúde Coletiva nas Universidades; a instituição de Centros de Formação e Capacitação de Pessoal de Saúde nos Estados. A Cooperação Técnica da OPAS com o Brasil viabilizou o desenvolvimento do RH e contribuiu para a elaboração do próprio sistema de saúde.

Cabe nesta pesquisa, a proposta de aprofundar essa experiência de formação para o Estado do Amazonas. Desse modo, buscaremos descrever e analisar as principais estratégias utilizadas no Amazonas para a área da gestão do trabalho, no aspecto da fixação e provimento dos profissionais de saúde na região.

²³Conforme Castro (2008, p.111), a denominação dependendo de secretarias de saúde muda. Podendo ser denominadas como: Diretorias de Recursos Humanos, Departamentos de Recursos Humanos, Superintendências de Recursos Humanos, Coordenadorias de Gestão do Trabalho e da Educação, seguindo o exemplo de secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação, do Ministério da Saúde.

CAPÍTULO 2 - O SERVIÇO ESPECIAL DE SAÚDE PÚBLICA E AS ESTRATÉGIAS DE INTERIORIZAÇÃO DA SAÚDE NO AMAZONAS

O Brasil no século XX encontrava-se diante de várias transformações no campo político, econômico e social. A questão da saúde no cenário nacional tornava-se cada vez mais urgente e as denúncias sobre as condições de saúde na Amazônia culminaram como foco de tensão na política, pois partiram de um grande movimento por parte dos médicos sanitaristas, que alertavam sobre as doenças endêmicas e a necessidade de um projeto de saneamento para esta região. A proposta de criação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) na década de 1940 objetivava uma política pública de saúde direcionada para o interior dos Estados que proporcionasse o desenvolvimento do país. Como ações para o desenvolvimento do governo, foram criadas medidas com foco no saneamento e educação sanitária.

O Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) foi criado em meados de 1942, como agência bilateral brasileiro – americana, cujo SESP foi até os anos 60 uma agência internacional, com Estatuto Jurídico especial, no qual, a partir da década de 60 deixou de ter financiamento internacional e passou a se tornar uma Fundação pertencente somente ao território brasileiro, suas funções foram transferidas para outros órgãos do Ministério da Saúde nomeada como Fundação de Serviço Especial de Saúde Pública (FSESP) e teve como predomínio nas suas funções as ações de saneamento e educação sanitária (SOUSA; SCHWEICKARDT, 2013).

A partir da criação do SESP, apesar de uma rede de interesses dualistas, foi possível oferecer pela primeira vez um olhar para o interior dos Estados, no qual através de seus visitantes, viabilizaram práticas preventivas, curativas e principalmente o início de grandes obras de saneamento e educação sanitária, como o sistema de tratamentos de água e esgotos a partir da criação da Companhia de saneamento do Amazonas – COSAMA, cuja finalidade era a execução, operação, manutenção e exploração dos sistemas de manutenção de água e dos esgoto da cidade de Manaus, a construção de unidades de saúde e formação de trabalhadores da saúde nos municípios do estado do Amazonas, através do Programa de Formação de Recursos Humanos para a Saúde.

Portanto, o SESP teve grande contribuição como política pública de saúde no Brasil, principalmente no interior do Amazonas, pois, apesar dos Estados Unidos terem viabilizado recursos por conta de interesses acerca da borracha, matéria prima importante naquele momento da história, pois o Brasil entrou na II Grande Guerra Mundial, e houve

uma mobilização geral da região, como fonte produtora de importante matéria-prima, os Estados Unidos acordaram em criar o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) para possibilitar melhores condições de saúde para os sujeitos que moravam no interior do Estado do Amazonas, garantindo, assim, condição melhor de saúde para a realização da coleta da seringa. O SESP foi um dos importantes organismos que atuaram na área na saúde da Amazônia (CAMPOS, 2006).

A organização do SESP a partir das decisões tomadas no Terceiro Encontro de Ministros das Relações Exteriores das Repúblicas Americanas ocorridos no Rio de Janeiro em 1942, logo após o ataque japonês de Pearl Harbor e em vista das urgências de uma diplomacia de guerra e outras variáveis, conseguiram contribuir para a organização de uma agência bilateral de saúde pública, pois, os exércitos aliados precisavam de borracha, ferro e outras matérias-primas brasileiras para suprimento e abastecimento durante a guerra (CAMPOS, 2006).

Entende-se desta maneira que os soldados americanos não precisavam somente destas matérias-primas, mais queriam também criar estratégias de sobrevivência para as doenças tropicais, como a malária. Contudo, Campos (2006) enfatiza que o governo Vargas aproveitando-se desta súbita demanda por matérias-primas para aprofundar seu programa de desenvolvimento econômico e fortalecimento do Estado nacional, enfatizava o novo conceito de cooperação entre os bons vizinhos das Américas: os Estados Unidos e as outras repúblicas americanas.

De acordo com Campos (2006), o SESP reorientou seus objetivos no Brasil, associando-se aos projetos desenvolvimentistas, construindo saúde pública nas regiões mais ‘subdesenvolvidas’ do país, e servindo também como agência-modelo a demonstrar os efeitos positivos da ‘cooperação técnica’ entre os Estados Unidos e o Brasil.

Portanto, o SESP foi criado em 1942 diante de interesses bipolares, sendo que o modelo de saúde desenvolvido no Brasil era de acordo com o Norte americano, o que implicou na necessidade de mudanças por conta de que o Brasil tem uma realidade diferente, e precisava de novas intervenções no quadro da saúde pública uma vez que o Brasil ainda estava em busca de desenvolvimento principalmente nos sertões nordestinos e amazônicos, por conta disso as atuações do SESP se efetivaram nos interiores do Brasil, com práticas de saneamento e cura preventivas através dos visitantes e profissionais de engenharia da época.

Segundo campos (2006), o interesse do escritório no campo da saúde e saneamento acentuou-se em 1941, quando seu coordenador foi alertado sobre as

negociações para a instalação de bases americanas no litoral brasileiro. Nelson Rockefeller, embasado em informações dos profissionais da Fundação Rockefeller, que atuava no Brasil desde 1916, sabia que algumas das regiões que receberiam militares norte-americanos eram endêmicas de malária e outras doenças. O coordenador sugeriu ao Departamento de Guerra que o escritório promovesse ações sanitárias ao redor das bases militares projetadas, com um sistema de abastecimento de águas e esgoto e de hospitais. O Brasil apoiou os Estados Unidos e teve apoio econômico na criação do projeto de saúde e saneamento.

No dia 14 de março de 1942, o secretário Sumner Welles e o Ministro da Fazenda, Arthur de Souza Costa, assinaram o acordo de saúde e saneamento. O documento emitido pelo secretário americano assinalava que o programa sanitário “seria designado para a bacia Amazônica com o propósito especial de auxiliar no aumento da produção da borracha”. O acordo básico que deu origem ao SESP, estabeleceu como suas funções: o saneamento do vale amazônico, focado no controle da malária e na assistência médica dos seringueiros; o treinamento de profissionais de saúde pública; e um programa de controle da hanseníase, em parceria com o Serviço Nacional da Lepra (SOUSA; SCHWEICKARDT, 2013).

O SESP apesar de ter recebido várias críticas acerca da sua criação por conta de ter recebido incentivos econômicos norte americano teve um papel fundamental na saúde pública do Brasil, principalmente na Amazônia que era definida por Euclides da Cunha como lugar desprovido de civilização por conta do abandono do Estado, definindo-a como um ‘sertão Amazônico’.

De acordo com Souza e Schweickardt (2013), o SESP encaminhou políticas sanitárias voltadas para o interior; montou uma rede de unidades sanitárias e outros equipamentos; construiu e administrou escolas de enfermagem, hospitais, centros e postos de saúde, sistemas de águas e saneamento, normatizou técnicas e procedimentos; contratou e expandiu uma burocracia, estabeleceu convênios com estados e municípios para executar e padronizar políticas de saúde; formou pessoas para atuar nas unidades de saúde e promoveu a educação sanitária.

Os fatores que apresentaram êxito do SESP no Brasil na área de saúde e saneamento, foram identificados através do aumento da esperança de vida média em um grupo de 17 cidades e vilas na área amazônica que passou de 37 para quase 48 anos, no período de 1942 a 1952, comparando com a esperança de vida média de 43,3 anos registrada no antigo Distrito Federal (Rio de Janeiro), também houve a diminuição nas

taxas de mortalidade geral de 18,3 em 1940 para 11,9 em 1956. As ações e intervenções na saúde pública nessas áreas desenvolvidas pelo SESP, viabilizaram 153 unidades de saúde e 22 hospitais, como também ações preventivas e curativas na saúde (BASTOS,1984).

A criação das unidades mistas, a desativação dos berçários a implantação de serviços de reidratação foram outras medidas pioneiras adotadas pelo SESP. Esta instituição desempenhou um relevante papel no campo de ensino de enfermagem. Além de auxiliar financiamento as escolas que não contavam com verba e nem pessoal capacitado, coube ao SESP organizar e colocar em funcionamento três escolas: A primeira foi criada em Manaus, por solicitação da Comissão de Valorização da Amazônia e atualmente é integrada a Universidade Federal do Amazonas, a segunda pertence ao Estado de Pernambuco, hoje integrada à Universidade Federal de Pernambuco, e a terceira anexa a Faculdade de Medicina de Porto Alegre, atualmente também integrada à Universidade do Rio Grande do Sul (BASTOS,1984).

O SESP desenvolveu uma política de saúde rígida, alguns sanitaristas argumentavam que sua criação foi um equívoco, uma vez que desempenhava funções que caberia ao Departamento nacional de Saúde, o SESP estava subordinado formalmente ao Ministério da Educação e saúde, mais na prática, tinha bastante autonomia diferente das agências regulares da administração pública direta, mais o que fica evidente é que a saúde esta diretamente interligada ao desenvolvimento do país.

Segundo Campos (2006), os anos de 1948 e 1949 foram críticos para o SESP, pois o acordo com o IAIA²⁴ terminaria em dezembro de 1948, o que implicou ao superintendente do SESP, autorizado pelo ministro da educação e saúde negociar diretamente com os representantes americanos, desta forma o programa de saúde no Brasil foi prolongado, mas o orçamento foi reduzido.

No Brasil, nos anos de 1950, as ações governamentais de promoção de saúde e de bem-estar da população, sobretudo no meio rural, foram assumidas como estratégias nacionais de construção do Estado, acompanhando as diretrizes internacionais dos pós Segunda Guerra Mundial. O estreitamento entre saúde e desenvolvimento se deu, de maneira emblemática, pela atuação do SESP, que favoreceu a penetração do poder público nacional pelo interior do país. As ações de atuação do SESP ocorreram em

²⁴ Instituto de Assuntos Interamericanos, criada para a promoção da assistência técnica com os países da America Latina.

diversas áreas como: engenharia sanitária, administração hospitalar, assistência médica e educação sanitária. Dessas áreas, destaca-se a educação sanitária como promotora da formação de pessoal e da divulgação de conhecimento, permeando todas as demais áreas. A educação sanitária, mais do que informar, refletia o modelo de saúde pública a ser implementado, definindo o caráter da atuação do SESP no desenvolvimento econômico das diferentes regiões onde atuou (CAMPOS, 2006).

O SESP funcionou como uma agência de coordenação de ações de saúde pública, inicialmente pautadas pelos esforços de Guerra. Entre suas atribuições estava a formação de agentes de saúde, a construção de unidades de saúde, intervenções de engenharia sanitária (diques, aterros, tratamento de água e esgoto), atividades de educação sanitária e combate às doenças endêmicas – identificadas no entorno das bases militares no Nordeste, nas áreas de produção da borracha na Amazônia e de minerais estratégicos no Vale do Rio Doce, que pudessem prejudicar a permanência de trabalhadores. Conforme relatório da Comissão Mista de Inquérito Sanitário²⁵, a malária era o principal foco das ações do SESP.

Para Campos (2006) as práticas do projeto de abastecimento de águas e de esgotos variavam conforme as condições locais. No interior do Amazonas, a alternativa foi a construção de pequenos reservatórios supridos com moinhos ou bombas de água, enquanto nos centros urbanos construíram-se grandes sistemas de abastecimento e purificação de água com tecnologia norte-americana.

Segundo Miranda e Tabosa (1948), em abril de 1946, o SESP iniciou a construção dos primeiros sistemas de abastecimento de água no Estado Amazonas, começando pelas sedes dos municípios de Itacoatiara e Parintins. Concluídas as obras, o SESP assistia tecnicamente e com insumos o sistema instalado durante os três primeiros meses, também capacitava funcionários, que em seguida, passavam a ser funcionários da Prefeitura (BASTOS, 1996).

Assim sendo, com o intuito de garantir a sustentabilidade dos sistemas implantados, em 1952, o SESP propôs a criação de um serviço autárquico municipal com flexibilidade e autonomia administrativa e financeira. Surgiu assim, a figura jurídica do Serviço Autônomo de Água e Esgoto (SAAE), onde a princípio as prefeituras conveniavam com o SESP para administrar essas autarquias. No Amazonas, também

²⁵A Comissão Mista de Inquérito Sanitário reunia médicos militares brasileiros e norte-americanos para a realização de um levantamento sobre as condições nosológicas do Nordeste brasileiro, como parte do Acordo de Planejamento conjunto Brasileiro-Americano, firmado em 1941.

foram criadas as autarquias municipais de água e esgoto para gerirem os sistemas construídos pelo SESP (BASTOS, 1996).

O SESP em 1950 viveu o ápice de seu apogeu, no qual se consolidou como instituição expandindo sua área de atuação geográfica e profissional mas também viveu muitos conflitos sociais por conta das críticas dos sanitaristas desenvolvimentistas, mas o que importa é que no período da nova fase da FSESP as ações de saneamento, mais especificamente o abastecimento de águas e a coleta de esgotos foram predominantes no qual serão estas realizações de saneamento da água e do esgoto na cidade de Manaus.

Transformação do SESP em Fundação Serviços de Saúde Pública – FSESP (Lei Federal n.º 3.750, 11/04/1960). O acordo que instituiu o auxílio dos Estados Unidos ao SESP chegou ao fim, passando a ser atribuição do Ministério da Saúde a geração de recursos para essa Fundação. A FSESP enfrentou uma grave crise financeira, pois a União não tinha mais a obrigação às contrapartidas previstas nesse acordo. Vários convênios na área de saúde foram extintos, com isso, houve a expansão das ações de saneamento, calcadas no modelo de gestão representado pelos SAAEs (REZENDE E HELLER, 2002 *apud* MENDES, 1987).

Segundo Campos (2006), quando, em 1960, o SESP teve seu estatuto jurídico alterado e tornou-se uma Fundação abaixo do Ministério da Saúde, perdeu de fato muito da autonomia, poder e recursos que tinha enquanto ‘agência especial’.

Portanto, em 1966 o Governo brasileiro para realização do Programa de Abastecimento de Água para Pequenas Comunidades - entre 5 e 40 mil habitantes contraiu empréstimo junto ao Banco Interamericano de Desenvolvimento – BID, no qual as cidades de Itacoatiara e Parintins receberam investimento deste empréstimo.

Em 1967 foi implementada a Política Nacional de Saneamento (Lei Federal n.º 5.318, 26/09/1967), encarregou como executores do Plano Nacional de Saneamento no âmbito federal a FSESP, o Departamento Nacional de Obras de Saneamento (DNOS) e o Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERu). O governo do Estado em 1968 autoriza o pagamento de despesas com estudos e projetos concernentes às obras do Novo Sistema de Abastecimento d’água de Manaus reconhecida e garantida pela (Lei Estadual n.º 710, 30/04/1968) e em 1969 foi criada a Companhia de Saneamento do Amazonas - COSAMA (Lei Estadual n.º 892, 13/11/1969). Essa companhia tinha como finalidade a execução, operação, manutenção e exploração dos sistemas de abastecimento d’água e dos esgotos sanitários da cidade de Manaus e das sedes municipais (MELO, 1991).

A partir das criações dos sistemas de abastecimento de água nos interiores do Estado do Amazonas e da implementação da COSAMA como uma nova companhia, marca uma importante fase do saneamento do Estado do Amazonas, no qual são realizadas melhorias, ampliações e implantações de novos sistemas de abastecimento de água nas sedes municipais até o final do século XX, levando água encanada e tratamento de esgotos aos municípios do interior do Amazonas e a capital Manaus. Segundo Melo (1991), em 1972 a COSAMA contrata a elaboração de projetos de abastecimento de água para 34 cidades do interior, dos quais 10 foram elaborados pela FSESP e os 24 restantes por empresas de consultorias especializadas.

O Plano Nacional de Saneamento – PLANASA apoiou-se na concentração dos serviços de saneamento em empresas estaduais, em detrimento da gestão municipal, no qual a COSAMA contratou a elaboração de projetos de abastecimento de água para 34 cidades do interior do Estado do Amazonas, dos quais 10 (dez) foram elaborados pela FSESP e os 24 (vinte e quatro) restantes contratados a empresas de consultorias especializadas. Em 1973 ocorreu a formalização de um acordo entre os Ministérios do Interior e da Saúde, prevendo a transferência dos sistemas administrados pela FSESP às empresas estaduais de saneamento, visando facilitar a viabilidade do PLANASA. (PEÇANHA, 1976 *apud* REGO MONTEIRO, 1974).

A FSESP contribuiu para elevar a os níveis de saúde das populações, especialmente nas regiões onde se desenvolviam planos governamentais de valorização e desenvolvimento econômico. Propiciando condições satisfatórias de saneamento, particularmente nas áreas rurais, possibilitando estudos e pesquisas que visam a identificação de problemas de saúde, indicando instrumentos e ações necessárias à sua solução. Desenvolveram novos métodos e técnicas de planejar e administrar a rea da saúde. Promoveram e incentivaram capacitações dos recursos humanos indispensáveis ao desenvolvimento da programação da saúde. Todas as ações objetivadas e executadas foram norteadas a partir do Decreto n.º 76 165, de 27 de agosto de 1975. Para a consecução dos objetivos da FSESP tiveram como órgão de apoio da política setorial e a integração vinculadas à estrutura ministerial (BASTOS, 1984).

2.1 A Fundação de Serviço Especial de Saúde Pública como espaço de formação de estratégia para provimento e fixação de trabalhadores da saúde no Amazonas no período de 1942 a 1990.

Em meio aos processos de mudanças no desenvolvimento do Brasil, a ampliação e contratação de profissionais era um dos desafios enfrentados pela FSESP. Ampliar a capacidade de gerenciamento na questão de provimento e fixação, exigia investimento na formação de novos profissionais. Aprimorar a capacidade gerencial e criar métodos eficazes de atuação em recursos humanos para a saúde, exigiu de o Ministério da Saúde criar e conferir especial ênfase a modernização administrativa e estrutural, que fomentasse a qualidade na formação e acompanhamento dos profissionais (BÔAS, 1977).

A partir das exigências da política nacional, foram criados programas de ações referentes aos RHs, pautadas no planejamento e organização que pudessem aproximar essas ações das reais necessidades e oportunidades do setor saúde de acordo com a população em seu meio ambiente, considerando as complexidades técnica e a importância humana.

O Ministério da Saúde, na década de 1970, teve o objetivo de pensar em grupo de saúde pública que orientasse suas atribuições através da influência do conhecimento multidisciplinar. A orientação estabelecida foi que o trabalho dos técnicos e auxiliares para cada função não fossem dissociadas. O resultado dessa ação, foi caracterizada pela reunião de diversos profissionais como médicos, Enfermeiros, economistas, odontólogos, sociólogos, antropólogos, administradores, advogados e outros profissionais de nível superior, sendo denominado de Sanitaristas. Os profissionais de nível médio foram denominados como agentes de Saúde Pública (BÔAS, 1977).

A criação do grupo de saúde pública veio permitir um melhor aproveitamento dos recursos humanos existentes e, ao estabelecer um processo de retribuição salarial mais condizente com o mercado de trabalho e incentivos especiais, tornou mais atraente a carreira de sanitarista para profissionais até então interessados em outros setores (BÔAS, 1977).

As escolas de saúde pública foram criadas através da necessidade de acelerar a formação e o aperfeiçoamento de profissionais de saúde. O Ministério da Saúde, através da Escola Nacional de saúde Pública (ENSP), modificou as metodologias pedagógicas na formação, buscando romper com o ensino tradicional. A proposta era de tornar a educação no processo de formação adaptável às circunstâncias e realidades atuais. Assim, foram estruturados cursos básicos nas regiões Norte, Nordeste, Sudeste, Centro-Oeste e Sul do

país. Foi também realizado treinamento avançado em saúde pública e pós-graduação no campo da saúde, no nível de especializações, mestrado e doutorado, ofertados pelo MS e pela faculdade de Saúde Pública (BÔAS, 1977).

No que se refere à FSESP, a necessidade de requererem pessoal qualificado, a instituição desempenhou uma relevante atuação na formação e capacitação de profissionais de saúde no Brasil nos níveis administrativos e operacionais. Assim, a capacitação de recursos humanos na FSESP, visava não só à formação de pessoal auxiliar e à atualização de grupos profissionais, como também aos supervisores, cujas atribuições na prestação de serviços da saúde, de administração e supervisão exigem contínua adequação (BÔAS, 1977).

Nos períodos de 1975-1977, 2.690 (dois mil, seiscentos e noventa) Técnicos (médicos, engenheiros, enfermeiros, odontólogos, estatísticos, geólogos, nutricionistas, educadores em saúde) e auxiliares (visitadoras, atendentes, inspetores e auxiliares de saneamento, laboratoristas) foram objetos dessas atividades de treinamento. O Ministério da saúde e a Fundação de Serviço de Saúde Pública realizaram formação e aperfeiçoamento de pessoal para a estrutura básica da FSESP. À nível de graduados foram 1.383 (mil, trezentos e oitenta e três) formações, e para nível auxiliar foram 1.307 (mil, trezentos e sete), totalizando 2.690 (dois mil, seiscentos e noventa) (BÔAS, 1977).

Em Manaus, Amazonas, a Fundação manteve uma escola de enfermagem. A Escola de Enfermagem Manaus, reconhecida pelo MEC, preparou enfermeiras graduadas, auxiliares de enfermagem e promoveram cursos de pós-graduação. O processo de formação da força de trabalho tinha como objetivo evitar a falta de recursos humanos suficientes e capazes de desenvolver as atividades em saúde. A FSESP expressou desde o início uma preocupação com o preparo de mão de obra para execução não somente dos seus programas como também dos programas de saúde do país.

O treinamento de médicos era através de estágios em unidades sanitárias ou mistas da própria Fundação, com duração média de 40 dias. Devendo o médico ser supervisionado pelo chefe da unidade, durante o estágio local. O programa de treinamento adotado é estruturado com base em roteiro preparado pela Divisão de Assistência Técnica e Capacitação de Recursos Humanos, com a participação de outras divisões da estrutura central da Fundação (BASTOS, 1984). O treinamento consistia em conteúdos de medicina e de cirurgia, principalmente as urgências e os assuntos básicos de saúde pública. Os treinamentos eram divididos para os médicos que atuam em nível local e médicos que atuam em níveis regional e central.

Os médicos que atuavam em nível local são aqueles que executavam serviços de assistência nas comunidades locais, unidades sanitárias e mistas, geralmente o fazendo em comunidades relativamente pequenas, no que dedicavam mais de 60 ou 70 % do seu tempo de trabalho à assistência médica, tendo que assumir a assistência global em todas as eventualidades clínicas, cirúrgicas e, às vezes, como únicos médicos isolados. Os treinamentos desse profissional foram realizados geralmente em instituições universitárias, serviços de saúde pública de outras organizações ou mesmo nas unidades da própria FSESP. Em Manaus os treinamentos ocorreram em parceria com a UFAM nos estágios rurais e nas unidades mistas e de saúde (BASTOS, 1984).

Os médicos que atuam nos níveis regional e central são profissionais que ocupam funções de supervisão ou cargos de chefia nos níveis regional e central. Por estarem responsáveis pela organização e controle dos serviços foram proporcionadas a eles facilidade de treinamento nos estudos de saúde pública e administração de unidades de saúde e em planejamento de saúde. Foram identificadas referente a esses médicos um grande desinteresse pelos problemas médicos individuais, cujas principais preocupações foram com os problemas médicos coletivos e os de administração. Os treinamentos eram realizados nos centros mais desenvolvidos e os candidatos eram selecionados tendo em vista atividades atuais e futuras (BASTOS, 1984). Os treinamentos dos demais profissionais de saúde seguiram a mesma linha adotadas para os médicos, considerando-se as necessidades do respectivo setor de: enfermagem e odontologia.

Com referência às enfermeiras, as áreas de estudos que receberam maior atenção foram saúde pública, obstetrícia, assistência médico-sanitária a gestantes e à criança, pedagogia e didática, estas para as enfermeiras que exerciam função na Escola de Enfermagem de Manaus (BASTOS, 1984). Para aprofundar melhor o conhecimento sobre a formação de enfermeiras pela FSESP foi realizada uma entrevista que buscou desvelar a percepção sobre a representação da Fundação no desenvolvimento de formação de profissionais da saúde no Amazonas. Segundo o entrevistado 1, aponta-se que:

Quando eu entrei na escola a grande maioria de alunos era daqui, mas eu tive muitas professoras que eram de Santarém [...] estudei com três colegas de Parintins, e talvez duas de Santarém, o restante uma turma de 36 alunos, umas eram de Manaus, tinha alguém do Ceará, esposa de militar, mas os grandes contingentes eram de pessoas residentes aqui, manauaras, do município de Manaus mesmo, do estado do Amazonas (ENTREVISTADO 1, 2016).

No discurso acima, compreende-se que o SESP tinha como prioridade formar profissionais da própria região, o que viabilizaria a fixação. Entendendo que o provimento

é elemento essencial da fixação, foi criado um critério para os oferecimentos de cursos, treinamentos e capacitações que privilegiasse as pessoas das localidades e as especificidades regionais.

Tentando entender um pouco mais sobre a questão da formação, foi realizada a pergunta sobre a finalidade do SESP e o papel que esta instituição desenvolveu na escola de enfermagem no processo de formação de enfermeiros para atuarem no Amazonas.

O SESP, ele foi criado com a finalidade de atender populações em áreas de interesse econômico para o Brasil, então se você fizer uma leitura a respeito da história do SESP, vai ver que ele se instalou em áreas de difícil acesso e onde tinha interesse econômico, extração da borracha, minérios, então a ideia de que a riqueza do país era construída pelos trabalhadores era muito presente aquela época, [...] então aí o SESP se instala nessas áreas de difícil acesso e de interesse econômico, entretanto a fixação de enfermeiros pelo SESP foi algo difícil, se você estudar a história de criação da USP, Universidade de São Paulo, você vai ver que ela é 7 anos mais velha que a escola de enfermagem, entretanto ela avançou na pesquisa porque a idealização dessa escola foi em outras bases, então o SESP ele precisava de enfermeiros para atuar nessas unidades, áreas de difícil acesso, e ele não tinha enfermeiros pra isso então ele criou estrategicamente essa escola para formar profissionais para atender as suas unidades; ao formar profissionais para atender as suas unidades, ele formou para atender os outros serviços de saúde, porque nem todos os profissionais que aqui eram formados iam para o SESP, mas a grande maioria ia, então quem não ia ficava nos outros serviços de saúde aqui no estado, então essa escola foi criada com essa função, eu mesma participei desse projeto, me formei por aqui e fui trabalhar em unidades do SESP, então a participação do SESP na criação da escola foi essa, [...] a escola de enfermagem de Manaus foi criada para atender as necessidades de assistência à saúde do trabalhador que morava em áreas de difícil acesso, porque estava construindo a riqueza do país e era preciso ter boa saúde, e aí os enfermeiros aqui formados, eles foram sendo encaminhados via seleção, na época era uma entrevista que eles faziam, passavam por uma seleção, ia trabalhar nas unidades em áreas de difícil acesso, e quando aquele enfermeiro tinha tido uma vivência boa, do ponto de vista da qualidade do trabalho nessas unidades então ele ia galgando posto as vezes nas capitais, então isso era um processo de organização do SESP muito grande, é que nem carreira de juiz, primeiro você vai para o interior, exerce a profissão, ganha experiência, depois tem uma outra condição, vem pra capital ou para Brasília, mas ninguém, nenhum enfermeiro e médico, era admitido no SESP para ficar já na capital na sede ou ir para Brasília, primeiro a pessoa tinha que ter aquela experiência de campo, depois daquela experiência era avaliado se ele tinha tido um bom desempenho profissional e aí então ele poderia galgar postos que todo mundo queria, lógico, mas era preciso ter essa experiência (ENTREVISTADO 1, 2016).

É importante destacar que o SESP teve suas ações voltadas especificamente para a assistência à saúde do trabalhador. E sua forma de atuação é pensada em uma política isolacionista, entendendo também que essa formação não era capaz de compreender as populações que eram assistidas, seus problemas e suas necessidades. A pesquisa não era desenvolvida, a formação era realizada como forma de manuais fechados e rígidos a serem seguidos criteriosamente.

Os municípios que possuíam unidades mistas de saúde e que desenvolviam ações de treinamentos, capacitações e atualizações segundo a entrevistada 1 são:

Parintins, São Paulo de Olivença, Benjamim Constant, unidades mistas que eu me lembro agora, o SESP trabalhava, com o que a gente chama no Sul de Rede Regionalizada e Hierarquizada, por exemplo, se a gente olhar Parintins a gente tem a sede município e a gente tem, vou te dar só um exemplo, um lugar chamado Caburí, e outro chamado Mocambo, só pra você ter uma ideia, aqui em Parintins, na sede, você tinha a unidade mista que é hospital junto com o ambulatório, aqui em Mocambo, que tinha aproximadamente 2.000 habitantes você tinha o que chamávamos de L2, que era um tipo de unidade mais simples, era um posto de saúde bem simplificado, de igual modo Caburí, também tinham muitas unidades espalhadas no geral dessas unidades de difícil acesso mas não necessariamente em todos os locais de difícil acesso tinha uma unidade mista; [...] Parintins é mais antiga, Benjamim Constant eu estive lá, Tefé, Santo Antônio do Içá, São Paulo de Olivença, Itacoatiara era L5, era um ambulatório, uma estrutura maior do que um posto de saúde (ENTREVISTADO 1, 2016).

Em busca de compreender as ações do SESP no Amazonas, o discurso da entrevistada 1 indica como era constituído as unidades mistas e quais municípios foram instauradas. As estruturas ofereciam condições às ações de atendimento à saúde assistencial e laboratorial. Nos relatórios técnicos da SESAU são apontados a fixação e provimento de profissionais como: técnico de radiologia, técnico de laboratório, biomédicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem.

A FSESP utilizou vários tipos de atividades educativas nos seus programas de treinamentos de profissionais. Os cursos de aperfeiçoamentos, especialização e atualização foram promovidos pelos centros universitários ou entidades não universitárias. Os cursos de longa duração que implicam em retirar o profissional de suas atribuições por longo prazo e substituí-lo tornava-se muito dispendioso, por isso eram facilitados para um número reduzido de profissionais dependendo da área de estudo. O afastamento dos profissionais do âmbito familiar causavam sérios problemas, a Fundação buscava diminuir o impacto assumindo o ônus com as despesas de transportes de toda a família do profissional para o local de treinamento (BASTOS, 1984).

As dificuldades para a realização dos treinamentos consistiam no processo de adaptação nas próprias unidades e serviços das entidades. Também eram enfrentados problemas de deficiência na lotação das unidades, falta de recursos para o atendimento das necessidades das unidades e falta de melhor preparação do pessoal das unidades para a função de treinamento. A FSESP para diminuir essas problemáticas criou estratégias de realizar os treinamentos como circuito com a participação de instrutores das próprias áreas regionais, oriundas dos centros universitários e ou de instituições não filiadas a eles.

O circuito foi uma forma de treinamento econômica, pois possibilitou a mobilização de um maior número de alunos de uma área para um local estratégico dessa mesma área e somente o deslocamento de um ou mais instrutores (BASTOS, 1984).

Como estratégia para formação com objetivo de fixação de profissionais o entrevistado 1, aponta que:

Uma outra estratégia que o SESP já fazia, eu como aluna vivi isso, e logo depois quando eu voltei como professora, que eu fui fazer isso em um outro posto, era o estágio no interior; eu por exemplo, eu fiz meu estágio em Santarém, numa unidade mista do SESP, depois que me formei fui pro interior, trabalhei, quando eu voltei eu fui trabalhar em saúde coletiva e com estágio rural, [...] a proposta era fazer o internato rural integrado, medicina, odontologia, enfermagem, farmácia, e em algumas situações a gente conseguiu e em outras a gente não conseguiu, [...] alunos vão pro interior fazer o estágio de 30 dias; essa é uma forma tanto de mostrar para o aluno o interior do seu estado, como para que o aluno como profissional possa optar para trabalhar no interior, mas sabendo porque vai ou porque não vai, como oportunizar o aluno, aquele que não vai trabalhar como profissional no interior, aquele que estiver no serviço de saúde e a população que vem do interior chegue até ele, ele ter ideia das condições de vida e acesso dessas pessoas, então eu considero que essa é uma estratégia importante de possibilidade de fixação dos nossos alunos no interior (ENTREVISTADO 1, 2016).

O internato rural da FSESP, oportunizava esse contato com as populações do interior do estado. E a questão da fixação e provimento ocorria, na maioria das vezes, por conta de o profissional ser do município. No caso dos médicos, era mais difícil, pois, os que formavam na FUA, a grande maioria era de outras regiões.

Para compreender melhor o processo de contratação de enfermeiros pela FSESP foi destacado a questão do salário e o regime de contrato de trabalho. O entrevistado 1 caracterizou que:

Nosso trabalho era em tempo integral e dedicação exclusiva, então por exemplo, eu trabalhava em uma unidade mista, tinha internação e ambulatório, era eu, um médico cirurgião, um médico anestesista, equipe de enfermagem, um dentista e o pessoal de laboratório; chegou uma grávida a noite, precisa fazer uma cesárea, quem ia para o hospital eram eu, o cirurgião e o anestesista, cirurgia era meia noite, sete de manhã estávamos lá postos para atender a população que vinha para ser atendida; eu conversando com uma colega ela me disse: Isso é desumano; vocês tinham que descansar porque vocês trabalharam a noite. Eu falei: e o pessoal que veio da agrovila, fica como?; porque tinha gente que viajou a noite para ser atendido pela manhã, aí quando esse povo chegar a gente vai tá dormindo?; então isso é o que eu digo que não existia a palavra humanização, mais existia a prática da humanização; para nós aquilo era natural, quando chegasse a noite eu iria dormir, isso era uma rotina nossas, até porque não era toda noite que chegava uma grávida ou uma cirurgia pra ser feita, mas como o regime era integral e dedicação exclusiva então a gente vivia para atender a população, era um bom salário tinha esse fator como

recompensa, você era respeitado pelos outros profissionais, a instituição investia na tua formação, e uma coisa importante, mudava presidente, saía presidente e não existia a dança das cadeiras, o presidente do SESP era o mesmo, então a rotina do serviço era a mesma, não existia interferência política, eu vi uma seleção de pessoal e nunca nenhum prefeito, nenhuma liderança nem ninguém interferiu na seleção que estava sendo feita, não existia apadrinhamento, a pessoa ia lá e fazia as provas de conhecimentos gerais, psicotécnico, a gente procurava saber qual era o último emprego daquela pessoa, pegávamos os vínculos daquela pessoa pra sabermos quem era aquela pessoa que estava pleiteando aquela vaga, hoje deve ter milhões de censuras em relação a essa postura, mas era um procedimento da instituição para contratar realmente só pessoas que tivessem um bom desempenho, que tivessem um bom comportamento na sua instituição (ENTREVISTADO 1, 2016).

A FSESP desempenhou um relevante papel no desenvolvimento na área da gestão do trabalho, considerando a evolução tecnológica que provocou profundas mudanças nas funções e atribuições dos profissionais, a Fundação manteve programas permanentes e contínuos na formação, a fim de garantir que seus servidores, profissionais e auxiliares mantivessem adequados treinamentos para exercerem plenas condições de enfrentar as mudanças nas suas responsabilidades. A questão da segurança do regime de trabalho, no que diz a exclusividade, fazia muita diferença, pois percebe-se que o profissional se sentia parte da organização. Os salários eram de acordo com a média nacional, mas as vantagens dos benefícios de gratificação faziam toda a diferença no valor (BASTOS, 1984).

Em relação à formação na FSESP, podemos observar que o processo de aprendizagem era marcado por uma matriz positivista. Portanto, não se realizava um aprendizado baseado em redes de compartilhamento de saberes que potencializasse os conhecimentos adquiridos nas áreas de interior do Estado. A fragilidade no processo de formação se destacava na falta de articulação com os modos de vida da população. A forma de conhecimento produzido dissociado das especificidades socioculturais da população do estado do Amazonas. Apesar da FSESP ter em seus quadros sociólogos e educadores, o processo de formação ainda era centrado na visão clínica e na verticalização das ações de saúde, com uma característica autoritária. No entanto, sem cometer um anacronismo, podemos dizer que uma característica mais dialógica é mais recente na formação da saúde.

CAPÍTULO 3 - CENÁRIOS DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE: PROGRAMAS DE INTERIORIZAÇÃO DO TRABALHO EM SAÚDE NO AMAZONAS.

O cenário das políticas públicas de saúde apresenta os programas e projetos de interiorização do trabalho em saúde no Amazonas, destacando as estratégias que foram criadas para levar saúde às populações que moravam nas áreas do interior do Estado do Amazonas. Também foram destacadas as ações na capital, uma vez que os serviços de saúde foram concentrados na cidade de Manaus, em consequência do distrito industrial.

A década de 1970, em termos de saúde, foi marcada pela aprovação do Plano de Governo de implantar no Estado do Amazonas uma infraestrutura física e funcional que pudesse cobrir com assistência médico-sanitária a população da capital e sedes municipais do interior.²⁶ Neste plano a única referência que encontramos sobre RH é no relatório quadriênio (1971-1974), no qual foram apontadas como problemática de saúde, as questões de: distância, isolamento, dimensão territorial, escassez de recursos financeiros, desarticulação interna da economia do Amazonas, falta de pessoal técnico em nível de decisão e pessoal auxiliar sem preparo suficiente para atuarem de acordo com a realidade do Estado. Diante disso, verifica-se na gestão do trabalho a necessidade não somente de quantitativo de pessoal, mas de qualidade na formação para atuarem na situação de ofertas nos serviços de saúde. Outro problema identificado era a ausência de infraestrutura administrativa no interior do Estado do Amazonas.

Cabe aqui destacar que, tomando por base os aspectos sócio-econômicos das comunidades brasileiras do interior e, sobretudo, o tipo de atividade desenvolvida como meio de subsistência da população, considera-se como zona rural áreas onde se encontram localidades de até 20.000 (vinte mil) habitantes, cujas distâncias de localidades vizinha não ultrapassem mais de uma hora. Enquadrando-se nestas condições pequenas cidades, distritos, vilas e povoados, onde residem aproximadamente 45% das populações interioranas brasileiras. Foram nestas comunidades que se localizaram as Unidades Básicas de Saúde, de estruturas simplificadas e as de apoio, operadas pela FSESP (ROCHA E GUALBERTO, 1977).

Para demonstrar a capacidade de contratação de profissionais de saúde no interior no ano de 1975, segue abaixo o quadro demonstrativo de contratação:

²⁶O Governo do Estado pelo Decreto n. ° 2136 do 7-VII-71. Dispõe sobre a reestruturação as Secretaria de Saúde e dá outras providencias. Diário Oficial de 8-VII-71.

TABELA 1. DEMONSTRATIVO POR CATEGORIA DO PESSOAL CONTRATADO PELA SESAU NO INTERIOR DO ESTADO DO AMAZONAS NO ANO DE 1975.	
CATEGORIA	NÚMERO
Médico	38
Dentista	13
Visitadora Sanitária	22
Auxiliar de raio- X	13
Atendente	239
Auxiliar de Laboratório	09
Farmacêutico	03
Técnico de laboratório	02
Técnico de raio-X	01
Enfermeiro	05
Auxiliar de nutrição	05
Auxiliar de administração	02
Auxiliar de saneamento	01
TOTAL	353

FONTE: Quadro obtido do Relatório das Atividades da SESAU (1975, p. 23).

O quadro apresenta o demonstrativo de contratação para o interior do Estado do Amazonas, no ano de 1975, onde fica evidente a falta de capacidade quantitativa de trabalhadores na área da saúde para a realização dos serviços de saúde no interior. A quantidade de Unidades Sanitárias (US) do interior segundo o relatório das atividades da SESAU (1975, p. 44) aponta para cerca de 96 (noventa e seis) US no interior do Estado do Amazonas, os quais estão distribuídas nos seguintes municípios: Jutai, Santo Antônio do Içá, Tapauá, Urucurituba, Envira, Itapiranga, Ipixuna, Juruá, Maraã, Nhamundá, Pauini, Silves, Autazes e Barreirinha.

A rede de US na capital foi constituída a partir de março de 1971, por cinco postos de saúde para atendimento ambulatorial, três dispensários para atendimento especializado²⁷. Com o rápido crescimento de Manaus, através do surgimento de novos bairros, em parte motivado pela política habitacional do governo e pela expansão da Zona Franca, essa rede sanitária tornou-se insuficiente, o que nos leva a problematizar a questão do provimento e fixação dos profissionais de saúde sobre a questão de qualidade e

²⁷As especialidades das US eram para doenças como: Hanseníase, tuberculose e doenças mentais (RELATÓRIO DA SESAU, 1971-1974).

quantidade, na medida em que novas redes sanitárias são construídas para suprir a necessidade da população (SESAU, 1971-1974).

As unidades médicas pré-fabricadas, foram modelo de estrutura importadas da Inglaterra. A estrutura era de unidades mistas (UM) com alta sofisticação de materiais e equipamentos, dimensão maior da área física por leitos hospitalares, números excessivos de dependências, elevados números de servidores para manter tal estrutura física e funcional, sendo que uma das inúmeras dificuldades apontadas eram acerca de quantidades e qualidade de profissionais de saúde.

No ano de 1971, dos 43 (quarenta e três) municípios do interior cerca de 15 (quinze) já possuíam estrutura de saúde. A estrutura médica-sanitária no interior do Estado do Amazonas no ano de 1971 compreendiam segundo a tabela abaixo as seguintes especificidades por localidade, tipo de atendimento, número de leitos e entidades mantenedoras.

TABELA 2. ESTRUTURA DE SAÚDE NO INTERIOR DO ESTADO DO AMAZONAS. MARÇO/1971.			
LOCALIDADE	TIPO DE ATENDIMENTO	N. ° DE LEITOS	ENTIDADE MANTENEDORA
Coari	Médico-Hospitalar	30	SESAU
Manacapuru	Assistência ao Parto, ambulatorial e Preventivo	12	SESAU/FSESP
Itacoatiara	Assistência ao Parto, ambulatorial e Preventivo	15	SESAU/FSESP
Tefé	Médico-Hospitalar	45	SESAU/PRELAZIA
Borba	Ambulatorial	-	SESAU
Fonte Boa	Ambulatorial	-	SESAU
Parintins	Médico-hospitalar e preventivo	45	FSESP
Benjamim Constant	Médico-Hospitalar	45	CMA/FSESP
Humaitá	Ambulatório e Médico-hospitalar precário	25	PRELAZIA

Maués	Ambulatorial e preventivo (futuro atendimento geral)	24	FSESP/PRELAZIA/PREFEITURA
São Gabriel da Cachoeira	Ambulatorial e Médico-hospitalar precário	20	PRELAZIA
Santa Isabel do Rio Negro	Ambulatorial e Médico-hospitalar precário	20	PRELAZIA
Barcelos	Ambulatorial e Médico-hospitalar precário	20	PRELAZIA
São Paulo de Olivença	Futuro atendimento geral	12	PRELAZIA
Carauari	Ambulatorial	12	PRELAZIA

Fonte: Relatório das Atividades da SESAU no Quadriênio 1971-1974.

A Superintendência de Serviços Médicos do Interior (SUSEMI)²⁸, no governo anterior, não conseguiu recursos suficientes para realizar a implantação das unidades pré-fabricadas no interior, realizando a instalação dessa unidade apenas em Coari e com condições precárias, no qual, foi substituída pela importação das unidades pré-fabricadas inglesas, dentro do Plano de Implantação de Unidades Médicas no Interior (PIUMI). O PIUMI foi um plano de interiorização física das unidades pré-fabricadas, que visava a quase todos os 43 (quarenta e três) municípios a assistência curativa e preventiva as comunidades.

O relatório das atividades da SESAU (1975) apontava para projetos de capacitação de pessoal através do Plano de Integração Nacional, com a participação da Universidade do Federal do Amazonas, assim como participação de conferencistas no 1º Encontro de Médicos do Interior promovido pela SESAU. Conforme o relatório a reciclagem e treinamentos dos funcionários ocorriam quando necessário. As justificativas referente à questão do desenvolvimento de RH referia-se, na maior parte, à falta de financiamento, ou seja, a obtenção de recursos financeiros aos municípios.

²⁸Orgão autárquico montado pelo Governo e que foi extinto na administração do Secretário Antonio Ricci pelo PIUMI, desenvolveu ações no período de 1968/1975.

A Universidade do Amazonas, recém-criada na época, formava suas primeiras turmas de profissionais da área de saúde, o que a partir daí começou a modificar o quadro de RH necessário ao desenvolvimento dos programas do Governo do Estado. Também cabe aqui destacar as várias instituições que desenvolveram atividades de saúde no interior do estado do Amazonas, além da SESAU como: Secretarias Municipais de Saúde, Fundação Serviço Especial de Saúde Pública, Superintendência das Campanhas de Saúde Pública, Campanha de Saneamento do Amazonas, Prelazias, Fundação Projeto Rondon, Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado do Amazonas, Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social, Empresa de Assistência Técnica e Extensão Rural do Estado do Amazonas, Fundação Nacional do Índio, Sindicato Rurais, Comando Militar da Amazônia, Ministério da Marinha, Clínicas Particulares e Outras organizações religiosas (RELATÓRIO DO II ENCONTRO DA AMAZÔNIA, 1985).

A Universidade do Amazonas também fez uso de recurso financeiro através da rede hospitalar do Amazonas, para o ensino de formação de biomédico. O INPS foi um campo de serviço hospitalar que realizou o pagamento da folha de pessoal para o hospital de Humaitá. O Movimento Universitário de Desenvolvimento Econômico e Social (MUDES) também subsidiou fundo para o pagamento de bolsas de trabalho a universitários bio-médicos. Também se destacam o Programa Intensivo de Preparação de Mão-de-Obra (PIPMO), no pagamento de cursos de aperfeiçoamento de pessoal de nível superior, e o Ministério da Educação (MEC), com financiadores dessa formação e qualificação de profissionais de saúde (SESAU, 1979-1981).

Segundo o relatório do triênio (1979-1981) foram planejadas e programadas algumas metas na secretaria de saúde²⁹. Dentre essas metas o desenvolvimento de RH encontra-se como um dos três núcleos estabelecidos pela Coordenadoria Setorial de Planejamento³⁰. O Núcleo de RH efetiva a política de desenvolvimento de RH da secretaria através de planejamento de programas de capacitação, aperfeiçoamento, especialização e reciclagem do seu pessoal, em todos os níveis de escolaridade. A política tinha objetivo de qualificar os elementos de seu quadro funcional e aprimorar o sistema de desenvolvimento de RH, após identificar suas necessidades nessa área como também

²⁹Órgão da Administração Direta Estadual, nos termos do Decreto n.º 2136, de 07.06.1971, integrante do Sistema Nacional de Saúde, nos termos da Lei Federal n.º 6229, de 17.07.1975 (RELATÓRIO DO TRIÊNIO, 1979-1981).

³⁰Órgão setorial do Sistema Estadual de Planejamento e Coordenadoria Geral do Estado, subordinada administrativamente ao Secretário de Saúde, regulamentada pelo Decreto n.º 3766 de 18.02.1977 (RELATÓRIO DO TRIÊNIO, 1979-1981).

a elaboração e acompanhamento dos programas de treinamento, análise dos resultados e expedição de diplomas e certificados.

A dificuldade que a SESAU³¹ enfrentou na realização dos treinamentos e ou reciclagem de acordo com o relatório do triênio (1979-1981), ocorre pela acentuada rotatividade de pessoal, acarretando a necessidade constante de realização de treinamentos muitas vezes sem prévio planejamento. Consta também no relatório que cada coordenação regional, tinha como titular uma enfermeira sanitária, que além das funções específicas trabalhava no provimento do abastecimento das unidades móveis, dos postos de saúde e na realização de reciclagem periódica dos agentes de saúde. Para a preparação dos agentes de saúde houve a participação do Serviço Nacional de Formação Profissional (SENAR), Programa Intensivo de Preparação de Mão-de-Obra (PIPMO) e de outros órgãos à nível local.

A consecução e continuidade desse programa refletem nas atividades dos agentes de saúde rural, correspondente a 15 municípios a seguir: Autazes, Benjamim Constant, Careiro, Coari, Itacoatiara, Lábrea, Manaus (distrito), Manicoré, Maués, Novo Airão, Novo Aripuanã, Parintins, São Gabriel da Cachoeira, Tefé e Urucurituba (SESAU, 1979-1981).

Foram destacadas como fatores determinantes da baixa qualidade no oferecimento aos serviços de saúde no Amazonas: carência de conhecimentos específicos, rotatividades, falta de preparo na execução de treinamentos, desvios de funções por inadequações do número de vagas no quadro pessoal e necessidades funcionais. Tendo em vista, que as políticas sanitárias favoreciam o engajamento de pessoal pouco qualificado, a SESAU era caracterizada por apenas como um órgão formador, sendo que a mesma tem como objetivo qualificar pessoal que são transferidos de outros órgãos, especialmente médicos que são atraídos pelo oferecimento de melhores salários (SESAU, 1979-1981).

As sugestões apresentadas no relatório do triênio (1979-1981) apontam para a necessidade de redimensionar a política salarial do setor saúde, com a finalidade

³¹A Secretária de Estado da Saúde foi criada pela Lei n. 12, de 09 de maio de 1953, sofreu reformulações em sua atual estrutura pelo Decreto n. 8049, de 19 de julho de 1984, no qual, se tornou um órgão de Planejamento e normatização (Coordenadoria de Planejamento de Saúde – CPS), dois departamentos de atividades meio (Departamento de Administração e departamento de finanças), três órgãos de atividades fins (Coordenadoria de Fiscalização Sanitária, Coordenadoria de Epidemiologia) e nove órgãos de administração regional (RELATÓRIO ANUAL DA SESAU, 1985).

possibilitar o engajamento de pessoal melhor qualificado, fixar o servidor à Rede Estadual de Unidades de Saúde e oferecer maior atrativos salariais aos técnicos de nível superior como: médicos, enfermeiros, odontólogos, bioquímico e outros que atuam nessa área, enfatizando o pessoal lotado no interior.

A distribuição geográfica dos estabelecimentos de saúde no período de 1970 a 1990 segundo o relatório do 1º Plano Integrado das ações de saúde³² no ano de 1977, especifica que a SESAU contava com 23 estabelecimentos de saúde na capital e 39 no interior, subordinadas administrativamente à Coordenação de Serviços de Saúde, totalizando 62 unidades de ação. A quantidade e distribuição geográfica espacial das Unidades a serem controladas pela coordenadoria requeriam um novo arranjo administrativo com descentralização executiva compatível com a eficiência desejada. A descentralização geográfica surgiu como um valioso componente na reorganização do Sistema Estadual de Saúde, as regiões de saúde, deveriam ser criadas gradativamente, à medida que sejam feitos estudos à sua implantação.

Em quase todas as unidades mistas do interior, a SESAU mantinha convênio com o Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural (FUNRURAL) e Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), além de receber recursos das prefeituras locais. A Fundação de Serviços Especiais de Saúde Pública (FSESP) nesse período também mantinha 8 (oito) Estabelecimentos de Saúde, sendo 7 (sete) Unidades Sanitárias (US) e uma Unidade Mista (UM), todas no interior do Estado, localizados nos municípios de Maués, Manacapuru, Itacoatiara, Boca do Acre, Lábrea, Humaitá e Eirunepé (Unidades Sanitárias) e Parintins (Unidades Mistas com 33 leitos) (SESAU, 1977).

Portanto, é relevante ressaltar que, sobre à descentralização das ações de saúde, as entidades como a FSESP, Comando Militar do Amazonas (CMA) já vinham desenvolvendo atividades no interior do Estado do Amazonas, e estavam integradas ao processo da regionalização, cabendo à SESAU a coordenação do setor saúde a nível Estadual.

Em busca de aprofundar a compreensão sobre a participação do CMA e o projeto Rondo, o discurso do entrevistado 2 destaca que:

³²Foram estabelecidos e preconizados pela Lei n. 6.229, ou seja, Lei do Sistema Nacional de Saúde a integração de todas as ações de interesse da saúde. Esse plano visou à definição da estrutura organizacional da SESAU e preconizou através do Decreto Governamental n. 3.766 uma funcionalidade inerente às novas determinações para todas as ações destinadas à promoção, proteção e recuperação da saúde.

Foi um parceiro muito grande, tanto o projeto Rondon como as forças armadas, a marinha, a aeronáutica e o exército; por exemplo, quando chegaram aqui os primeiros navios hospitais da marinha, eu era secretário de saúde e minha esposa, Dra. Edineia, era delegada federal de saúde, então nós é que recebemos esses navios, então eu mantinha alimento, medicação; por exemplo, o combate a tuberculose foi feito com vacinadoras que iam pro interior nos navios da marinha, pela primeira vez antes de terem mulheres na marinha, as mulheres do Amazonas que eram vacinadoras da tuberculose, já estavam dentro das embarcações da marinha pra fazer a periferia do beiradão (ENTREVISTADO 2, 2016).

A atuação do CMA e do Projeto Rondon contribuíram para a expansão das ações de saúde nas áreas mais distantes do interior do estado do Amazonas. O conhecimento e a estrutura das forças armadas foram de grande relevância. As localidades de difícil acesso por calhas de rios e ainda não visitadas para realização de serviços de saúde puderam ter acesso a vacinas e a intervenções de saúde emergenciais. Conforme aponta o entrevistado 2, a interiorização era um problema muito sério.

eu assumi em 83 e fiquei até 89 na secretária de saúde; nessa época nós tínhamos um problema muito sério que era a interiorização dos profissionais de saúde, ninguém queria ir pro interior, mesmo já formando aqui médicos pela universidade federal, era uma dificuldade muito grande, eu procurei o Projeto Rondon, caminhei na maioria da universidade do país e coloquei 187 médicos durante esse período em todas as unidades de saúde, conseguimos construir 37 hospitais no interior nessa época do Gilberto Mestrinho e do Amazonino, e colocamos médicos, enfermeiros, assistentes sociais, nutricionistas, todo um grupamento de saúde, nas unidades de saúde do interior foi a primeira vez que teve médico na unidade de saúde, com uma ajuda muito grande das forças armadas, o exército principalmente porque era compulsório, ele convocavam os médicos que não tinham servido o exército, e ao convocá-los eles não podiam não querer ir, porque era convocação do exército, nós colocávamos nas fronteiras, na cabeça do cachorro. Nós construímos hospital em São Gabriel, em Iauaretê, em Pari Cachoeira, em São Joaquim e entregamos para exército isso. Nós pagávamos todo o pessoal, nós mantínhamos a cobertura dos medicamentos, do material químico, cirúrgico e da folha de pagamento, e o exército administrava, o que foi uma coisa muito boa; [...] (ENTREVISTADO 2, 2016).

A necessidade de profissionais de saúde era grande na década de 1980, devido à expansão dos serviços, construção e ampliação das unidades de saúde. O Núcleo de Gestão do Trabalho durante o ano de 1983 era subordinado à Coordenadoria Setorial de Planejamento, e tinham como meta atingir 1.291 (mil, duzentos e noventa e um) servidores, tendo alcançado 74% do programado, dos quais 254 (duzentos e cinquenta e quatro) funcionários de nível superior, 173 (cento e setenta e três) de nível médio e 531 (quinhentos e trinta e um) de nível elementar participaram do programa de cursos e

treinamentos que tinham como objetivo adaptar seu conteúdo o mais próximo possível da realidade local (SESAU, 1983).

O Núcleo de Recursos Humanos, no mesmo ano, elaborou uma programação de capacitação para atingir 1.291 (mil, duzentos e noveta e um) servidores, mas alcançou 74% destes, dos quais 254 (duzentos e cinquenta e quatro) eram funcionários com nível superior, 173 (cento e setenta e três) de nível médio e 531 (quinhentos e trinta e um) de nível elementar. A população alvo era constituída com profissionais da saúde tanto da capital como do interior do estado do Amazonas, com cursos e treinamentos com conteúdos adaptados à realidade local, a partir das necessidades da população levantadas através de seminários, relatórios e solicitações da unidade de saúde, etc.

Desde modo, a seguinte tabela demonstra a capacitação de pessoal da SESAU no período de janeiro a dezembro de 1983.

TABELA 3. CAPACITAÇÃO DE PESSOAL DA SESAU NO PERÍODO DE JANEIRO A DEZEMBRO DE 1983			
DISCRIMINAÇÃO	Nº DE PARTICIPANTES	ORGÃO PROMOTOR	LOCALIDADE
Curso de coordenação de cursos	04	ESPEA	Manaus
Encontro de Alternativa de atendimento a criança de 0 a 6 anos	12	Minist. Da Prev. Social	Manaus
I seminário de avaliação de agente de saúde rural	31	SESAU/PDRI	Manacapuru
Seminário de Educação popular	03	Campus avançado/Maués	Manaus
Treinamento de noções básicas sobre hanseníase e relações interpessoal	33	SESAU/CDVAM	Manaus
Treinamento serviço ao programa de controle de MH	32	SESAU/CDVAM	Manaus

Treinamento em serviço sobre ações desenvolvidas nos centros de saúde da capital	06	SESAU	Manaus
Treinamento em serviço de obstetrícia	05	SESAU	Manaus
Treinamento de doenças diarreicas e rehidratação oral	40	Minist. Saúde/SESAU	Manaus
Treinamento em serviço do programa de tuberculose	08	SESAU	Manaus
Treinamento em Serviço s/ funcionamento do Serviço Social C. saúde	01	SESAU	Manaus
Treinamento saúde mental	15	SESAU	Manaus
Ciclo de palestras sobre a conduta do adolescente do uso de tóxico e droga	63	SESAU/polícia federal	Manaus
Curso de atendimento ao público	01	ESPEA	Manaus
Curso de secretária junior	01	ESPEA	Manaus
Treinamento sobre noções de primeiros socorros	123	SESAU	Manaus
Treinamento de auxiliar de administração no setor de pessoa, patrimônio e	03	SESAU	Manaus

preenchimento de dados estatísticos anual			
Treinamento em serviço auxiliar de radiologia	01	SESAU	Manaus
Treinamento em serviço de arquivo em centro de saúde	01	SESAU	Manaus
Treinamento de puericultura para gestantes	127	SESAU	Manaus
Reciclagem de parteiras domiciliares	19	SESAU	Manaus
Treinamento de parteiras domiciliares	32	SESAU	Manaus
Treinamento em serviço sobre noções básicas de enfermagem para atendente de enfermagem	32	SESAU	Manaus
Reciclagem de atendentes de enfermagem	18	SESAU	Manaus
Curso de Agente de comunidade	25	SESAU	Manaus
Seminário de Avaliação do curso de saúde pública	15	FUA/SESAU	Manaus
Curso de vigilância epidemiológica	08	Minist. Da saúde/SESAU	Manaus
Curso de administração e prática de material	01	ESPEA	Manaus

Reciclagem de atendimento de enfermagem	25	ESPEA/SESAU	Manaus
Curso de formação de atendente de enfermagem	22	SESAU	Manaus
Encontro regional de administração e patrimônio	01	ESPEA	Manaus
I encontro de diretores das unidades de saúde do interior	33	SESAU	Manaus
Curso macrorregional de prevenção e reabilitação em hanseníase	34	SESAU	Manaus
Curso de recepcionista	21	ESPEA	Manaus
Curso de parteiras domiciliares	16	SESAU/PDRI	Careiro
Curso de formação de agente de saúde rural	32	SESAU/PDRI	Careiro
IV ciclo de estudos de desenvolvimento e segurança no país ADESG/AM	02	SESAU	Manaus

No relatório anual da SESAU, no ano de 1984, consta que foram iniciados estudos na área de pessoal que buscavam a melhoria da qualidade salarial e a implantação do quadro de pessoal da SESAU. Foram admitidos nesta secretaria, no período de janeiro a outubro de 1984, o total de 789 (setecentos e oitenta e nove) funcionários distribuídos por categoria funcional.

Nos aspectos sobre financiamento, verifica-se no relatório anual da SESAU no ano de 1984, recursos de convênios, no qual o MS, através do convenio único tem como objetivo implementar as Ações Básicas de Saúde. Sua distribuição é definida nas áreas

programáticas: Atenção à Mulher e à Criança, Controle de Doenças Transmissíveis, Saneamento, Desenvolvimento institucional, Sangue e Hemoderivados. Sendo assim as liberações de recursos de convênios foram do PIASS, como também da Secretária de Saúde e Ministério da Previdência Social (RELATÓRIO ANUAL DA SESAU, 1984).

Durante a pesquisa me veio uma questão sobre o que tínhamos disponível no processo de formação de trabalhadores de saúde para a fixação e provimento, diante de todas as ações que estavam sendo realizadas na década de 1980? O entrevistado 2, destaca que:

Naquele tempo não tinha escola da enfermagem na universidade, tinha da Fundação SESP, então a Fundação SESP eles formavam enfermeiros para a Amazônia, não só para o estado do Amazonas; [...]Naquela época eu fui patrono da turma de 28 enfermeiros, eu os contratei no mesmo dia para a secretária de saúde, porque nós precisávamos de mão de obra especializada na área, principalmente na obstetrícia, por causas das unidades de saúde da capital e do interior, então em um só dia contratei 28 enfermeiros que estavam formando naquele dia. As primeiras turmas formadas em medicina eram compostas de estudantes que vieram de fora, porque houve um movimento muito grande no país, então os excedentes de outras universidades, o governo federal que era o governo da revolução, o ministro da educação, que era o Jarbas Passarinho, dividiu aquelas pessoas que passaram, mas que as vagas que eram pra aquelas unidades onde eles passaram não eram suficientes, eles mandaram pra várias universidades, e a universidade do Amazonas recebeu pelo menos a época, cento e dezessete alunos de fora, então as primeiras turmas eram rica nesses alunos que vinham de outros estados e acabavam de formar eles voltavam pros estados deles
(ENTREVISTADO 2, 2006).

No discurso do entrevistado verifica-se que o processo de contratação foi imediato, pois, a medida que era ampliado as unidades de mistas, as unidades simplificadas e os hospitais na capital e no interior, a questão da fixação e provimento se tornava cada vez mais emergencial. Na análise do discurso também é reafirmado o quantitativo de alunos de outros estados que tiveram formação na Universidade Federal do Amazonas. O que ocasionava um grande problema no que diz respeito a fixação. Os profissionais formados de outros estados não tinham interesse em trabalhar no Amazonas, uma vez que só estavam aqui para obtenção da graduação.

O Núcleo de Recursos Humanos, a SESAU, no ano de 1984 também ofereceu treinamentos e especificou algumas dificuldades como: disponibilidade de instrutores para a execução de treinamentos, tendo em vista a falta de remuneração referente à hora/aula; falta de definição de bolsas de estudos e recursos próprios para auxílio dos servidores que necessitavam se deslocar a outros Estados; falta de transportes para o acompanhamento dos cursos realizados na Rede Básica Hospitalar; baixo nível de

escolaridade dos treinados engajados na rede de serviços, em razão da falta de critérios para o recrutamento; carência de material de consumo e equipamentos necessários para a realização de treinamentos na US (RELATÓRIO ANUAL DA SESAU, 1984).

Para a operacionalidade das práticas sobre a programação de treinamentos para o ano de 1985, o relatório anual da SESAU no ano de 1984 destaca que é imprescindível que as atividades tenham relevância no processo de aprimoramento dos servidores, e que haja aceitação por parte dos setores, núcleos e coordenadorias que compõem a estrutura desta secretaria. É relevante ressaltar que o relatório anual de 1985, destaca a concentração de cerca de 80% dos recursos humanos especializados na capital, evidenciando a desproporcionalidade na distribuição geográfica do Estado do Amazonas. Sendo assim, no próprio documento se enfatiza como objetivos o programa de capacitação de RH.

Sendo assim, a SESAU sobre o desenvolvimento da gestão do trabalho, teve como objetivos: planejar, promover, coordenar e avaliar as ações ao desenvolvimento da política de RH. Elaborar, coordenar, avaliar e efetuar programações de treinamentos, desenvolvimentos e aprimoramento funcional dos servidores da SESAU. Destaca-se no relatório anual que alguns treinamentos tiveram convênio com PIASS e INAMPS e as fontes de recursos financeiros foram do Ministério da Saúde e Governo do Estado do Amazonas.

Conforme aponta o relatório anual da SESAU (1987), a busca pelo processo de mudança enfrenta enormes e complexos problemas da realidade da situação da Assistência Sanitária e hospitalar à população do Estado do Amazonas. Dentro do Sistema Nacional de Saúde, a SESAU é caracterizada como a principal responsável pela promoção, proteção, e recuperação da saúde.

A SESAU nos aspectos organizacionais integra a estrutura organizacional do Governo do Estado do Amazonas, e tem por finalidade o estabelecimento das diretrizes para o saneamento do meio ambiente, prevenção das doenças transmissíveis, saúde materno infantil, educação sanitária, saúde do escolar, assistência médico-hospitalar, saúde pública, assistência laboratorial, reabilitação, pesquisas relativas à saúde e elevação dos níveis de saúde da população (SESAU, 1987).

A capacitação de RH realizada no 1º trimestre em 1987 pela SESAU consistiu em: seminários de RH, encontros de avaliação dos Agentes Rurais, capacitação Técnica Enfermeiro em Hanseníase, treinamento Agentes Rurais Santa Isabel do Rio Negro, atualização em Dermatologia, treinamento gerencial, treinamento Técnico Enfermeiro

PAISMC, treinamento para Auxiliar de Enfermagem da equipe saúde Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança (PAISMC), treinamento em doenças sexualmente transmissíveis (DST), seminário avaliação de normas, treinamento Médico e cursos de Especialização RH.

Portanto, conforme os relatórios, verifica-se um processo de desenvolvimento do RH na área da saúde, segundo as fontes oficiais apresentavam o problema da carência de profissionais qualificados para os serviços no interior, mas também não apresenta uma alternativa política para o problema. A SESAU era norteada pelos princípios da formação, proteção e recuperação da saúde. No relatório anual de 1984, o estado possuía 260 (duzentos e sessenta) unidades de saúde distribuídas da seguinte forma: Manaus como capital tinha um quantitativo de 31 (trinta e um), as sedes municipais tinham 41 (quarenta e um) e a zona rural 188 (cento e dezoito) unidades de saúde.

O número de leitos para internação de pacientes totalizava em 1.477 (mil, quatrocentos e setenta e sete), sendo operacionalizados 614 (seiscentos e quatorze) na capital e 863 (oitocentos e sessenta e três) no interior do estado. Em 1984, o departamento de Administração encontrou dificuldades para o seu desenvolvimento pleno, devido a aspectos como: instalações inadequadas, falta de treinamento de pessoal, escassez de recursos, desconhecimento do funcionamento de equipamentos, distâncias enormes, dificultando a comunicação e supervisão, sistema de transporte irregular para o interior, capacidade diminuta de armazenamento e rede de frio em precárias condições.

No mesmo ano, ocorreu o treinamento de pessoal com o total de 1.578 (mil, quinhentos e setenta e oito) treinados, sendo: 765 (setecentos e sessenta e cinco) de nível elementar, 385 (trezentos e oitenta e cinco) de nível médio e 428 (quatrocentos e vinte e oito) de nível superior. Entretanto, para efetivação desses treinamentos o Núcleo de Recursos Humanos enfrentou dificuldades, tais como: dificuldade na disponibilidade de instrutores para a execução de treinamentos, tendo em vista a falta de remuneração referente a hora/aula; falta de definição de bolsas de estudos e recursos próprios para auxílio dos servidores que necessitem se deslocar a outros Estados ou do Interior para a Capital; falta de transporte para o acompanhamento dos cursos realizados na Rede Básica e Hospitalar; baixo nível de escolaridade dos treinandos engajados na rede de serviços; em razão da falta de critérios para recrutamento e seleção de ingressos à Secretaria de Saúde; carência de material de consumo e equipamentos necessários à realização de treinamentos nas Unidades de Saúde e Morosidade no setor competente na aquisição do material necessário à execução de treinamentos (SESAU, p. 81, 1984).

No ano de 1984, a população do estado do Amazonas era estimada em 1.674.000 (um milhão, seiscentos e setenta e quatro mil) habitantes e devido à dificuldade de acesso às regiões interioranas era quase impraticável toda e qualquer ação de saúde emanada do nível central da Secretária de Saúde do estado (SESAU, p. 81, 1984).

3.1 Desafios de articulação do processo de trabalho nas políticas públicas de provimento e fixação de trabalhadores da saúde no Amazonas

Na análise dos desafios de articulação do processo de trabalho nas políticas públicas de provimento e fixação de trabalhadores da saúde no Amazonas buscou-se, através da entrevista, interpretar os discursos transcritos neste trabalho. Cabe aqui ressaltar que foram de grande relevância para a compreensão do estudo, uma vez que foi encontrado escassez de fontes. Sendo assim, positivo do não achado, torna-se o próprio achado relevante na pesquisa de cunho histórico.

O Amazonas é o estado da Região Norte do Brasil que passou por um acelerado crescimento populacional, desencadeado pela implantação da Zona Franca de Manaus no ano de 1967. Na década de 1960 a população de Manaus era de quase 300.000 mil habitantes, a partir da zona franca esse efetivo foi crescendo vertiginosamente, chegando na década de 1970 a 309.923 e na década de 1980 a 629.973 mil. O Estado possui algumas especificidades tais como, a distância entre os municípios e a dificuldade de acesso a esses em virtude de poucas estradas (SESAU, 1984).

A situação da saúde da população Amazonense no período de 1970 demonstrava baixos níveis de saúde, com elevadas taxas de mortalidade e morbidade, principalmente com relação ao grupo de doenças transmissíveis. Os números de casos de doenças transmissíveis demonstravam uma elevada incidência de casos de tuberculose, sarampo, coqueluche e hepatite infecciosa. A malária e a hanseníase apresentam um alto índice de casos notificados. As condições da falta de saúde da população no interior ocorrem por falta de assistência médico-sanitária, precariedade nas condições de saneamento básico e precárias condições da rede hospitalar. A oferta dos serviços de saúde no Amazonas revela uma dispersão da descontinuidade de ações, pela falta de estrutura médico-sanitária com parceria de multiplicidade de entidades e a falta de recursos financeiros (SESAU, 1975).

Devido à distância, o isolamento da região, a escassez de recursos financeiros e a pouca comunicação, se tornou difícil e muitas vezes quase impossível, a implementação

dos programas propostos pelo Ministério da Saúde. Embora na década de 1970 já existisse em muitas localidades, instalações telefônicas (SESAU, 1975).

A cidade de Manaus alcançou um rápido desenvolvimento econômico em virtude da criação da Zona Franca e instalação do Distrito Industrial, formado por indústrias de montagem de aparelhos eletrônicos, além de indústrias regionais de madeiras, destilação de petróleo, fiação e tecelagem de juta que formaram um polo de desenvolvimento regional.

O crescimento urbano de Manaus, capital do Amazonas, foi desordenado em decorrência da falta de um planejamento urbano que proporcionasse infraestrutura para os bairros que foram surgindo. A partir dessas transformações sóciopolíticas e econômicas a SESAU realizou uma reestruturação organizacional para melhorar a oferta dos serviços de saúde a população, concentrando esses serviços na capital (SESAU, 1975).

A partir da Zona Franca foi executado o processo de urbanização, principalmente em decorrência do êxodo rural, tendo como consequência o despovoamento do interior do estado. A população quase duplicou transformando a capital numa prioridade para o governo em detrimento do interior. Apesar da concentração dos recursos financeiros e humanos na capital, o estado desenvolveu no interior uma infraestrutura básica de serviços de saúde que pudesse atender minimamente a população, através de projetos e programas.

Neste período foram executadas políticas de saúde regional que buscavam se adequar as orientações da política nacional. A estratégia sub setorial do estado do Amazonas foi através da execução do Programa do governo para 1971 à 1974, que visava a melhoria técnico-administrativa da SESAU, de modo, a permitir a execução de programas integrais de saúde, em combinação com órgãos federais em todo o estado, com ênfase na medicina preventiva. No caso da medicina individual, a ação do estado era suplementar e complementar, deixando ao setor privado e ao sistema previdenciário os encargos desse tipo de atendimento (SESAU, 1971-1974).

O atendimento médico na capital em 1971 era realizado por cinco postos de saúde para atendimento ambulatorial, três dispensários para atendimento especializado como: hanseníase, tuberculose e doenças mentais e um Centro de Saúde Central. As Unidades Hospitalares da capital não dispunham de estrutura física capaz de suprir as necessidades e eram compostas pelos seguintes hospitais:

- Hospital Getulio Vargas – Atendimento especializado a todos os hospitais da capital e do interior. Possuía 283 (duzentos e trinta e oito) leitos, assim distribuídos: Uro-Cárdio-Renal (33), Clínico Cirúrgico (165), Ginecológicos (18), Ortopédicos (14), Neurológicos (14), Observação Pronto Socorro (25), Recuperação, (10) e UTI (4). O hospital possuía unidade de laboratório clínico, banco de sangue com serviço autônomo; Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME); Serviço Social Médico composto de atendimento de casos sociais por Assistentes Sociais; Serviços de Nutrição e Dietética; Serviço de Farmácia dentre outros.
 - Hospital Infantil Dr. Farjardo – O hospital possuía cerca de 112 leitos, com atendimento médico assistencial. Possuía Centro Cirúrgico; Farmácia; Serviço de Radiologia; Postos de Enfermagem; Laboratório Clínico e Banco de Sangue.
 - Maternidade Ana Nery – A maternidade possuía 100 leitos, com oferecimento de serviços básicos como: Laboratório Clínico; SAME; Banco de Sangue; Farmácia; Raio X de 100 mA e Berçários com dependência para prematuros.
 - Hospital Colônia Antonio Aleixo- especialidade de tratamento da hanseníase com centro de Fisioterapia.
 - Hospital Colônia Eduardo Ribeiro – Hospital com especialidade de Pronto Socorro e Ambulatorial psiquiátrico do Estado.³³ Construção do Manicômio Judiciário anexo, com capacidade de 12 (doze) leitos à disposição da Secretaria da Justiça.
 - Hospital Chapot Provoast – Atendimento para (doentes irrecuperáveis). A única informação técnica administrativa refere-se a melhoria das condições físicas e higiênicas, através da recuperação de pisos, tetos e equipamentos.
 - Hospital de Molestia Tropical – hospital de isolamento com oferecimento de 25 (vinte e cinco) leitos, estrutura ambulatorial, pronto socorro, laboratório, assistência médica e realização de práticas de ensino e pesquisas de doenças tropicais.
 - Centro de Controle de Câncer do Estado do Amazonas – Unidade médica com 20 (vinte) leitos, com dependências e equipamentos para assistência médica, ensino e pesquisas de câncer no Estado.

³³No ano de 1971 o Hospital Colônia Eduardo Ribeiro referia-se a psiquiatria com o termo ‘Psicopata’ conforme dados do Relatório das Atividades da SESAU no Quadriênio 1971-1974.

- Centro de Medicina Ocupacional – Unidade médica de especialidade para doenças ocupacionais direcionadas para profissionais, com capacidade para 7 leitos com equipamentos para assistência médica, ensino e pesquisa.

TABELA 4. UNIDADES HOSPITALARES DO ESTADO, NA CAPITAL POR BAIRRO, TIPO, ATENDIMENTO E NÚMEROS DE LEITOS. MARÇO/1971.			
BAIRRO	TIPO	ATENDIMENTO	NÚMERO DE LEITOS
CENTRO	Hospital Geral Getúlio Vargas	Clínica médica e cirúrgica geral e especializada. Emergência e ambulatorial.	153
CENTRO	Maternidade Ana Nery	Assistência clínica e cirurgia ao parto.	90
CENTRO	Hospital Geral Infantil Dr. Farjado	Clínica médica geral e especializada e ambulatorial a crianças.	65
FLORES	Hospital Geral Psiquiátrico Eduardo Ribeiro	Assistencia clínica a psicopatas	200
ALEIXO	Hospital Hansenianos Antonio Aleixo	Assistência clínica, cirúrgica e social a pessoas com hanseníase.	1200
ALEIXO	Hospital para doentes irrecuperáveis ChapotPrevost	Assistência Clínica a doentes irrecuperáveis.	45
ESTRADA DOM PEDRO I	Hospital de doenças Tropicais	Assistencia clínica e pesquisas de doenças transmissíveis em regime de isolamento.	54
CONJ. DOM PEDRO I	Centro de Controle de câncer do Estado do Amazonas (em construção)	Tratamento, Prevenção, controle, ensino e pesquisas de câncer.	20
DISTRITO INDUSTRIAL	Centro de Medicina Ocupacional (em construção)	Tratamento, Prevenção, controle, ensino e pesquisas de doenças profissionais (atendimento de acidente de trabalho)	7

Fonte: Relatório das Atividades da SESAU no quadriênio 1971-1974.

Dos 43 (quarenta e três) municípios do Interior, 15 (quinze) já possuíam alguma estrutura de saúde. Dados estatísticos da SESAU de 1974 demonstram a existência de unidades mistas do interior com a descrição das atividades de produção de serviços de saúde ofertadas à população por municípios (SESAU, 1975).

A tabela acima apresenta as unidades hospitalares do estado, na capital, por bairros e por tipo de atendimento e números de leitos no ano de 1971. O maior quantitativo de leitos encontra-se no bairro do centro, no Hospital Geral Getúlio Vargas, que oferecia clínica médica e cirúrgica geral e especializada. Emergência e ambulatorial com o total de 153 (cento e cinquenta e três) leitos e o menor foi no bairro do distrito industrial com o Centro de Medicina Ocupacional (em construção), que realizava Tratamento, Prevenção, controle, ensino e pesquisas de doenças profissionais (atendimento de acidente de trabalho) e disponibilizava 7 (sete) leitos (SESAU, 1971-1974).

No processo de ampliação dos serviços de saúde, dentre as organizações internacionais que interviram na Amazônia, coube, nessa pesquisa, um olhar sobre o papel da OPAS no Amazonas. Em análise dos relatórios de Saúde da SESAU e nos documentos pesquisados na Casa Oswaldo Cruz (COC), não foram encontradas fontes que evidenciasse tal atuação. Mas, na realização da história oral, obtivemos algumas contribuições que apontam algumas influências em termo de financiamento e gerenciamentos na execução das políticas públicas da região Norte.

A OPAS nos ajudou a fazer o projeto de institucionalização das unidades de saúde, inclusive fazendo a promoção individual da frequência em cada unidade de saúde e também fez a prevalência das doenças que eram atendidas, como hipertensão, como diabetes, como artrose, e nos ajudou a fazer o projeto de medicamentos por cada unidade de saúde, individualmente, cada unidade nós tínhamos pela frequência da utilização dos medicamentos na unidade, pra cada unidade de saúde da capital e do interior, e com esse projeto da OPAS eles nos acompanharam a indústria da Organização Mundial de Saúde, que fica na Holanda, que fazem produtos farmacêuticos para os países em desenvolvimento, e nós trouxemos de uma só vez uma quantidade tão grande de medicamentos, com toda uma organização, por cada unidade de saúde da capital e do interior, que ficou ai uns dez anos sem precisar comprar medicamentos, e foram doados pela Organização Mundial de Saúde para o Governos do Estado do Amazonas, já na administração do governados Amazonino Mendes, então a OPAS foi muito importante nisso (ENTREVISTADO 2, 2006).

A OPAS também financiou a capacitação e o treinamento dos profissionais de saúde no Amazonas. Como afirma o entrevistado 2:

[...] nós fizemos com o ministério da saúde e a participação organizacional da OPAS, seis cursos de saúde pública, então pra formar sanitaristas, e toda

unidade de saúde tinha na gestão um sanitarista, independentemente de ser médico, dentista, enfermeiro, se fosse sanitarista já estava capacitado pra ser gestor de uma unidade de saúde na capital e no interior; nessa mesma época nós redividimos a atenção de saúde no interior, e nós fizemos três unidades gerenciais da saúde pública no interior, que eram as subsecretarias do interior, uma no médio amazonas, uma no madeira e uma no médio Solimões, uma com sede em Itacoatiara, uma com sede em Tefé e outra lá no madeira (ENTREVISTADO 2, 2006).

Na região Norte o que se encontra na cooperação internacional é uma atuação no sentido vertical. No discurso do entrevistado 2, é identificado uma atuação relevante, na organização, execução e operacionalidade dos serviços de saúde. Na questão de recursos humanos, percebe-se não só a atuação da OPAS na intervenção de recurso financeiro, como na orientação da sistematização das ações³⁴. Em discurso captado pela história oral o entrevistado 2, também destaca que a OPAS teve uma representação em termo de desenvolvimento de recursos humanos em saúde no Amazonas quando diz que: “Sim, nós comitantemente tínhamos a presença da OPAS aqui nos ajudando a formatar todos o processo de recursos humanos, para cada área especifica eles faziam um projeto especifico para aquela área e nós seguíamos exatamente como tinha sido projetado e combinado conosco”³⁵.

Entendemos que a Organização Pan-americana de Saúde é uma instituição internacional da Organização Mundial de Saúde que prevê fazer a facilitação da atenção com recursos humanos adequados à frequência da população nas unidades de saúde, seja ela de primeiro, de segundo ou terceiro estágio, e que os interesses no oferecimento dessas cooperações possuem elementos intrínscos não aparentes no cenário nacional. E muito nos intisgou sobre a falta de fontes sobre tal atuação na região Norte e que substanciasse mais conhecimento acerca da questão de fixação e provimentos de profissionais de saúde no Amazonas.

O entrevistado 2 também destacou sobre o programa “médicos pés descalços” que foi desenvolvido pela SESAU. Sendo que tudo que tinha referente a esse programa se perdeu porque tocaram fogo na Secretaria de Saúde. No discurso foi destacado que: “por conta da telefonia naquele período foi bem inovador”³⁶

³⁴ As fontes não foram naturalizadas como referencia bibliográfica, mas como uma pesquisa qualitativa não se pode desperdiçar evidencias de elementos a serem pesquisados.

³⁵ Idem nota de rodapé 34.

³⁶ Ibidem nota de rodapé 35.

Uma das questões sobre como o estado do Amazonas criou as estratégias de fixar médicos nos programas de interiorização foram levantadas na pesquisa. Conforme o entrevistado 2:

Essa coisa foi muito bem vista pelo governador a época, o professor Gilberto Mestrinho; eu o convenci de que se nós pudéssemos pagar salários acima da média dos salários nacionais, então quando vinha por exemplo, do Recife num avião da VASP, que foi fretado pelo governo do estado, com 160 profissionais de saúde de todas as áreas e qualificações, médicos, dentista, enfermeiro, assistente sociais, nutricionistas, uma só vez com uma ajuda do projeto Rondon, que ia nas universidades; e nós oferecíamos, quando ia pro interior que o município se responsabilizasse pela casa e pela alimentação do profissional, pagava um subsídio da prefeitura para o profissional e o governo do estado pagava outro subsídio que era superior ao maior salário oferecido na área da saúde pública no estado e no país, tanto que uma vez eu fui a uma reunião no Rio de Janeiro e tinha uma greve de profissionais da saúde no Rio de Janeiro e tinha uma faixa muito grande na frente do Hospital Pedro Ernesto, queremos os salários iguais do Amazonas, porque eram os melhores salários, mas quem vinha de outras cidades tinha duas vezes por ano passagens pagas pelo governo do estado para visitar sua família, e a cada quarenta e cinco dias ele tinha direito de ficar cinco dias na cidade de Manaus pra sair lá do interior, e isso foi muito importante porque a maioria de médicos, médicas, dentistas de ambos os sexos, acabaram que na interiorização eles arranjaram os parceiros lá, as parceiras, e acabaram casando com moças do interior do estado e se fixando no interior do estado, isso foi uma coisa muito positiva; eu mesmo fiz onze casamentos na Secretaria de Saúde de médicos e médicas e dentistas que vieram, enfermeiros, farmacêuticos; em uma ocasião eu recebi um telefonema de Minas Gerais, do pai de uma médica dizendo: o senhor é o secretário?; Sim, sou eu; a minha filha tá sendo contratada por vocês, e ela está indo junto com namorado, mais ela só vai ficar aí se o senhor conseguiu-os fazer casar. Aí eu conversei com o rapaz, conversei com ela, e eles chegaram aqui, e o padrinho deles foi o governador do estado e foi feito na secretaria de saúde o casamento (ENTREVISTADO 2, 2006).

As estratégias criadas pela Secretária de Saúde tinham como foco a fixação. Mas destacamos que não identificamos o esforço do governo do estado em construir instituições de ensino para a formação. O que se identifica são ações para trazer de outros estados profissionais de saúde, principalmente médicos. As políticas nacionais na década de 1980 já estavam colocando em prática o que foi estabelecido como diretrizes na IV CNS sobre a necessidade de uma política de interiorização.

Como estratégia de interiorização no Amazonas foram criados o MUDES e o PIUMI, no qual o entrevistado 2 destaca que:

Esses eram programas que eram muito importantes, com o PIUMI eu consegui junto a Organização Mundial de Saúde recursos para fazer mil fossas nas comunidades, porque com o destino direto dos dejetos, nós evitávamos diarreia, e mil poços tubulares para a oferta de água potável, então isso foi muito importante, foi com o PIUMI e Organização Mundial de Saúde. Veja bem uma coisa, eles davam mais a parte de instrumentalizar isso aí, e o governo se responsabilizava pelo pagamento destas entidades que se fixavam aqui, ali

e acolá. O MUDES também ajudou bastante, mais o MUDES não ficou muito tempo com a gente aqui, teve dificuldade lá no ministério e foi por pouco tempo, mas eles também ajudaram a gente não só na formatação, mas na instrumentação da educação sanitária prolongada (ENTREVISTADO 2, 2006).

Como destacado, o MUDES e o PIUMI foram programas desenvolvidos em parceria com o Ministério da Saúde e trouxeram uma estrutura de desenvolvimento de ações acerca de saneamento básico no Amazonas. Como também a oferta de instrumentalização na execução dos serviços. O MUDES, apesar de ter tido uma atuação breve na nossa região, trouxe forte influência na organização da instrumentalidade da educação sanitária. É relevante apontar que o PIASS, que também era um programa do Ministério da Saúde de interiorização, conforme verificado nos relatórios da SESAU, não desenvolveu ações no Amazonas porque nessa época tinha o programa Calha norte, que determinou as forças armadas com a Secretária de Saúde, a implementação das políticas de interiorização.

O estado do Amazonas teve poucos programas implementados e muitos deles não tiveram continuidade. No período de 1983 a novembro de 1985, a SESAU, era administrada pelo secretário de estado da saúde, Dr. Euler Ribeiro e o governador no período era Gilberto Mestrinho. A palavra de ordem do governo era “Rumo Certo”, o que determinava que todas as ações das políticas deveriam caminhar na perspectiva de resultados positivos. O II encontro da Amazônia apresentou diagnósticos e uma proposta de política para a saúde do Amazonas que fosse norteadas pela proposta de descentralização.

A origem da descentralização está no movimento municipalista que buscava a autonomia municipal e participação social como alternativa às políticas até então vigentes, de caráter centralizado e autoritário, com a visão de que quanto mais próximo o poder estiver do nível local, mais possibilidades haverá de se resolver, satisfatoriamente, os problemas apresentados pela população (BARBOSA, 2004).

A descentralização da política pública aponta três momentos distintos: nascimento do movimento (1970); Constituição de 1988; e, nos pós 1990, a recentralização de recursos fiscais e oriundos da Seguridade Social associada à privatização das estatais e regulamentação de municipalização Viana (2000).

Na década de 1990, com o processo de descentralização do SUS, implementado a partir de Normas Operacionais Básicas, emitidas pelo Ministério da Saúde, verifica-se uma importante reorganização dos serviços de saúde no Brasil. A heterogeneidade do país

é enorme e esse processo apresenta avanços e dificuldades como as diferenças regionais e desigualdades existentes entre os municípios, o que levou à necessidade de emitir sucessivas Normas Operacionais (1991, 1993, 1996) para avançar no complexo processo em direção à municipalização, mesmo porque por todo o país tem gerado resistência por parte de governadores e prefeitos a mudar o esquema existente (BARBOSA, 2004).

As Normas Operacionais Básicas (NOB) definem as condições pretendidas como necessárias e suficientes pelo MS, principalmente quanto ao repasse de recursos financeiros, reorientação do modelo assistencial, expansão da cobertura e melhoria da qualidade na prestação dos serviços. As NOB de 1991 e 1993 foram instrumentos norteadores da habilitação do estado do Amazonas e de Manaus para a operacionalização dos serviços de saúde. As dificuldades para a habilitação do Amazonas foram de ordem política, institucional e administrativa, como o não cumprimento de compromissos nos prazos estabelecidos e exigidos como requisitos. Já nos municípios houve superação das dificuldades políticas (BARBOSA, 2004).

A descentralização transferiu aos sistemas municipais de saúde a tarefa de gerir recursos humanos provenientes de distintos níveis de governo agora integrados em uma só rede. No Amazonas, essa responsabilidade constitui enorme desafio porque a insuficiência de pessoal é geral, em particular nos municípios do interior. Nesse aspecto, a relação entre a secretaria estadual e municipais é marcada por conflitos frequentes, uma vez que o estado controlava a contratação dos profissionais principalmente os de nível superior.

O encontro apontou como objetivo o ordenamento sistemático do setor, propondo a organização regionalizada da oferta dos serviços, com ênfase nos chamados “cuidados primários”, e a institucionalização de instrumentos eficazes de articulação intra e inter-setorial nos diversos níveis (RELATÓRIO DO II ENCONTRO DA AMAZÔNIA, 1985).

No ano de 1985, o Estado do Amazonas continha uma população de 1.837.142 milhões de habitantes segundo FIBGE/CODEAMA. Sendo distribuída 1.251.935 milhões na área urbana e 585.2017 mil na área rural. A contratação de médicos, nesse período, se tornava difícil, tendo em vista que estes profissionais reclamavam do atraso sociocultural da região, o que dificultava e dificulta, até hoje, o atendimento as demandas de serviços médicos no interior do estado.

As dificuldades identificadas que não facilitavam a questão da fixação desses trabalhadores como destaca o entrevistado 2 são provenientes dos seguintes fatores:

Primeiro, os municípios são muito distantes, o Amazonas é dois terços do território brasileiro; por exemplo, eu fui um desses dias a tabatinga, foram duas horas de jato sem sair do estado; então as distâncias, a comunicação era muito difícil nessa época, telefone não tinha, telefone celular nada disso, e a telefonia era muito precária, então as pessoas ficavam isoladas, [...] então as pessoas não queriam ir pra ficarem isoladas, longe com dificuldades, só se chegava de barco e as vezes em algumas unidades chegava-se de avião da PAN-AIR do Brasil, os Catarinas, então todo mundo ficava com medo de se interiorizar dentro da floresta amazônica sem chance de sair rapidamente em uma emergência; e aí nós fizemos uma parceria com força aérea, com as forças armadas e passamos a ter nas emergências a participação de helicóptero, aviões anfíbios, pra trazer o médico com pacientes graves e essa coisa toda, e isso daí foi facilitando a implantação (ENTREVISTADO 2, 2016).

A dificuldade para fixar profissionais de saúde era caracterizada predominantemente pela concepção de isolamento. Falar de interiorização, já era um problema no Nordeste, quicá no Norte. Aqui, já era associado a uma área distante e sem condições de ser habitada. O cálculo para identificar a quantidade de profissionais que os municípios careciam, eram feitos segundo o quantitativo da população. Ressaltasse que neste período o plano de saúde tinha como objetivos, a realização do saneamento, prevenção, controle e práticas médicas sanitárias, baseados nas diretrizes da política nacional.

Na relação das políticas nacionais e das políticas regionais na gestão do trabalho aqui no Amazonas são apontadas que:

O ministério da saúde durante muito tempo se preocupava por institucionalizar esse processo, regionalizando as coisas nacionais, mas o ministério da saúde sempre foi um ministério pobre de recursos e então começavam os programas e não tinham continuidade porque não tinham recursos suficientes e a maioria dos estados também não tinham a essa época, então era uma coisa que tinha alguns deslizes (ENTREVISTADO 2, 2016).

Os programas e projetos desenvolvidos nesse período sofrem com a descontinuidade das ações. Nas análises dos relatórios de saúde da SESAU foram muitos os planos e programas a níveis nacionais e regionais que eram interrompidos. A justificativa, na maioria das vezes, apontava para a questão da falta de recursos financeiros e recursos humanos.

As ações do estado visavam combater o alto índice de mortalidade neonatal e infantil; a deficiência na rede de serviços básicos e hospitalares, principalmente no interior; a média elevada de permanência hospitalar; déficit de leitos na capital e a concentração de cerca de 80% dos recursos humanos especializados em Manaus (capital),

evidenciando a desproporcionalidade na distribuição espacial dos serviços no Estado (RELATÓRIO DO II ENCONTRO DA AMAZÔNIA, 1985).

A SESAU, nos períodos de 1983 a 1985, construiu 20 (vinte) unidades de saúde para a regional metropolitana e reestruturou mais de 20 (vinte) que se encontravam em precárias condições, como aponta relatório. Neste período a SESAU implantou, na periferia de Manaus, o projeto PUXIRUM de saúde, que favoreceu a comunidade do bairro da paz, com a construção de 800 (oitoscentas) fossas secas, as quais vieram diminuir o problema sanitário de aproximadamente 6.000 mil pessoas (RELATÓRIO DO II ENCONTRO DA AMAZÔNIA, 1985).

Foram realizadas campanhas educativas no município de Manaus com o objetivo de informar a população quanto aos fatores de riscos de diversos agravos à saúde através dos meios de comunicação. Neste mesmo período foi criado o DISK-SAÚDE, com o objetivo de informar a população sobre serviços de saúde, bem como a elaboração de cartilhas para a educação e orientação ao cuidado com a saúde da criança (RELATÓRIO DO II ENCONTRO DA AMAZÔNIA, 1985).

Na área de RH a SESAU realizou, através da Coordenação de Planejamento de Saúde, cursos, encontros, reciclagens, seminários e treinamentos, dando relevância ao processo de aprimoramento de seus servidores. A capacitação de RH nos períodos de 1983 a 1985 apresentou um grande crescimento. Com a implantação das regionais de Saúde, a capacitação através de treinamentos, cursos, reciclagens, recrutamento e seleção aumentaram, conforme o anexo no quadro XVII, XVIII e XIX. Houve um aumento nos recursos financeiros investidos no RH. As atividades programadas no RH, compreendiam desde o recrutamento e seleção de pessoal, treinamentos para atendentes de enfermagem, treinamentos de implantação de prestação de contas do convênio PIASS/INAMPS. Os municípios beneficiados por essas atividades foram: Codajás, Barreirinha, São Gabriel da Cachoeira, Anori e Eirunepé (RELATÓRIO DO II ENCONTRO DA AMAZÔNIA, 1985).

No ano de 1987, a lotação de pessoal por categoria funcional compreendia as atribuições de cargos como: diretor, médico, enfermeiro, assistente social, cirurgião dentista, farmacêutico bioquímico, visitador sanitário, auxiliar de enfermagem, técnico em patologia clínica, agente administrativo, auxiliar de patologia clínica e atendente de enfermagem. O núcleo de desenvolvimento de RH apresentou atividades cujo objetivo, era elevar o nível de desempenho dos servidores e a melhoria da oferta dos serviços de

saúde. Referente às atividades de treinamentos e capacitações foram 408 (quatrocentos e oito) servidores de nível elementar, médio e superior treinados (SESAU, 1987).

A questão da contratação de regime de trabalho, e as condições da Secretária de Saúde no desenvolvimento de recursos humanos foram elementos importantes identificados para serem apresentados nesta pesquisa. Como destaca o entrevistado 2:

Tinha muita gente que era concursado e muito que era tido como contrato especial que não era de concurso, e esses contratados especiais foram mais tarde, todos eles pelo governo do estado já na administração do Amazonino Mendes, eles foram trazidos para unidade de estatutários, eles foram transformados em estatutários sem concurso, foram efetivados, que deu uma porção de problemas depois, quiseram demiti-los porque não tinha concurso, mas já estavam estatizados (ENTREVISTADO 2, 2016).

Sobre a estrutura da Secretária da Saúde do Estado, o entrevistado 2, discorre que:

tinha o gestor do RH, que era uma pessoa qualificada, e coordenava tanto na capital quanto no interior todos os funcionários, tantos os estatutários quanto como aqueles que eram tidos como agregados que foram depois transformados em estatutários, mais era muito bem organizado isso; a bem pouco tempo o tribunal de contas do estado mandou um documento pra mim perguntando o que foi feito de fulano, sicrano, beltrano, que foram contratados na minha época sem concurso e o que eles estavam fazendo, eu mandei ver dentro da secretaria de saúde, e a maioria já tinha até morrido, então eu informei e mandei os atestados de óbito pra lá, mais sabiam lá que já tinha morrido, não estavam mais recebendo (Entrevistado 2, 2016).

As atividades de acompanhamento, avaliação e reprogramação nos serviços de saúde do RH, deixaram de ser realizadas, em virtude da falta de pessoal técnico e das constantes mudanças nas equipes responsáveis pelos trabalhos. Em termos da política de RH, ressaltasse que, a melhoria salarial dos servidores da saúde (municipal e estadual) decorrentes da assinatura do convênio com a Superintendência de Desenvolvimento Social (SUDS), proporcionou uma remuneração mais aproximada dos servidores das instituições federais de saúde (SESAU, 1987).

Visando ainda cumprir os objetivos do convênio SUDS, foi instalada uma Comissão de Planos de Cargos e Salários. A capacitação de RH, realizada em 1987, trouxe as seguintes atividades: seminários de recursos humanos, encontro de avaliação de gentes rurais, capacitação técnicas com especialidades diferentes, treinamento na área gerencial administrativo, treinamento médico e cursos de especialização em RH voltados para os participantes da SESAU, SEMSA e INAMPS (RELATÓRIO ANUAL SESAU, 1987).

Conforme o entrevistado 3, a situação de cada município foi observado nos anos de 1986 que:

Nas áreas de rede assistencial médica havia uma deficiência muito grande, e foi criado um regime temporário no interior, afim de que os médicos pudessem ficar no município por mais tempo, sendo que não conseguiram nesse período fixar médico no interior e que se fixavam outros profissionais, mas na área médica assistenciais de enfermagem e de bioquímico não se conseguia porque o profissional vai para o município até hoje com uma grande expectativa de fazer um bom trabalho acontece que no decorrer do tempo ele se sente tolhido pela falta de recursos pela falta de conhecimento, aliás pela falta de reconhecimento porque no interior não tem nada, que dizer o médico e um todo ele não tem uma especialidade ele e um todo assim como área de enfermagem, aí eles vão passar um, passam dois anos mais eles querem progredir eles querem fazer um doutorado, ampliar o conhecimento que no interior não tem (ENTREVISTADO 3, 2016).

E no interior do estado do Amazonas as dificuldades são maiores, segundo o entrevistado 3, destaca-se que:

em outros municípios a gente tem conhecimento de que outros município se vai através de estrada, aqui tem município que passa vinte dias para chegar até lá, tem municípios como e o caso de Juruá, São Gabriel, Uarini e os distritos indígenas de Uareter e Sana, que é muito complicado porque o profissional vai para um determinado município, vai para São Gabriel sempre de barco e também vai para esses outros locais, quando chegar nesses locais eles não tem recursos, a alimentação é precária a medicação é precária e o atendimento é precário, torna-se precário e os profissionais não tem como atender aquela população, aí eles fazem o possível do impossível para se fazer um bom atendimento e salvar aquelas vidas (ENTREVISTADO 3, 2016).

No final da década de 80 e início da década de 90, o entrevistado 3, destaca que:

Encontrou um setor muito precário com muita falta de profissionais, e também de recurso e que os profissionais tinham um número ilimitado, mais muito comprometido, era aquele número de profissionais sabendo que só tinha ele então precisava fazer”. Na década de 90 qual o papel dos Recursos Humanos conforme o entrevistado 3, seria o de: “alocar profissionais através do concurso público e fazer o aproveitamento do profissional que já existia através de um enquadramento que foi na década de 90, feito um concurso externo e interno, paralelo para se fazer o aproveitamento do profissional que já estava aí, não foi de grande sucesso não, mas daí pra frente esses profissionais que já estavam foi dada a oportunidade pra que eles tivessem crescimento com inserção do interior. [...] no interior o crescimento de quem vai para lá e muito pouco, mais na capital eles tiveram todas as oportunidades de progredir e de aprender (ENTREVISTADO 3, 2016).

A década de 1990 é um período de grandes mudanças, pois a partir da efetivação do Sistema Único de Saúde, as literaturas apontam que uma mudança não só de

monocultura dos recursos humanos, mas de outras terminologias como já foi destacado. Conforme o entrevistado 3, os recursos humanos que passam a ser chamados de Gestão de Pessoas irão realizar a contratação de profissionais de saúde para o interior nos seguintes critérios:

Era efetuado o processo seletivo e os profissionais médico, enfermeiro e profissionais na área de laboratório, eram alocado aqui mesmo na capital, para área técnica era alocado no interior, então a Secretaria de Saúde criavam uma equipe através da Secretaria de Saúde do interior que funcionava dentro da Secretaria de Saúde do estado até hoje, então eles encaminhavam um determinado número de profissionais para fazer uma seleção, então lá eles se inscreviam no interior na área técnica e elementar, que eram os auxiliares de saúde e faziam um processo seletivo. Desse processo seletivo feito, que se recebia através de vínculo e de documental então ele vinha para a capital e na capital eram feitos por profissionais capacitados uma seleção, e se escolhia os melhores que tivessem mais capacidade de ser contratado dentro do próprio município, e na capital aqueles que queriam ir para o interior também era feito uma seleção e eram encaminhados ao interior (ENTREVISTADO 3, 2016).

A SESAU continuou na década de 1990 com as mesmas estratégias de política de fixação e provimento de profissionais. Como afirma o entrevistado 3, a Secretaria da Saúde fez:

concurso público na década de 90 e que pensou nos profissionais que já estavam e no concurso para verificar se tinha possibilidade de conseguir profissionais para mandar para o interior, porque com a Constituição de 1988 os concursos ficaram abertos, então qualquer profissional de qualquer de qualquer estado poderia fazer, só que os profissionais de outros estados eles tinham assim um receio de vim para o nosso estado, porque o nosso estado era considerado distante da federação, o estado onde lá é cheio de malária, cheio de doença, então os profissionais tinham uma resistência em se inscrever no concurso, nesse período não se conseguiu muito médico, a classe médica foi assim a que mesmo se conseguiu, e a de enfermagem, as outras classes não, porque como eu disse pra vocês eles eram treinados dentro do próprio estado, área técnica treinada pelo estado era muito mais fácil porque se treinava até no interior, mas médico mesmo foi muito difícil, O Ministério da Saúde colocou todos os profissionais que eram do antigo INAMPS, a disposição do Ministério da Saúde, então lá tinham médico, não sei o todo mais acredito que eram 54, mais esses profissionais eles não se dispõem a ir para o interior, então a capital ficou mais provida e no interior sem profissional (ENTREVISTADO 3, 2016).

Na área da saúde, as soluções apresentadas para viabilizar a reforma do Estado, relacionadas à área de recursos humanos, introduziram modificações generalizadas e substanciais com relação aos vínculos trabalhistas, direitos, vantagens e carreiras do serviço público. Uma proliferação de soluções individualizadas que provocaram impactos negativos para a área, com agravamento das deficiências acumuladas durante anos e

proliferação das diversas formas alternativas de vínculos contratuais com as diferentes esferas públicas, com múltiplos modelos que necessitam de tempo para avaliação com relação à efetividade de seus resultados (PIERANTONI, 2001).

Mesmo com as diretrizes apresentadas nas CNS que apontavam para a fixação e provimentos de profissionais de saúde com ênfase na qualidade, verifica-se que o quantitativo foi foco noteador e vários programas e projetos. O processo de trabalho foi outro forte elemento que norteou as contratações e subcontratações de profissionais que não levavam em consideração e nem privilegiavam como discurso o processo de aprendizagem adquirido no interior dos estados. O que se evidenciam na relação de políticas são ações isoladas, centralizadas e individualizadas, projetadas em Planos de carreiras, cargos e salários, deixando de potencializar os municípios e suas especificidades locais como ampliação de conhecimento.

O trabalho deixou de ser parte da vida para se tornar um meio de provimento econômico, reduzido a uma abstração racional, revestido de anonimato, e não considerando as experiências e os saberes de quem o executa, passando-se a vinculá-lo ao dinheiro, à produtividade e ao desenvolvimento econômico. A noção moderna sobre ele guarda a íntima relação com o tipo particular de racionalidade econômica, desenvolvida a partir do capitalismo, ao se instaurar um mercado capitalista onde se estabelece a relação capital e trabalho, ou seja, relação assalariada. Essa relação estagnada ao emprego passou a desempenhar o papel de inserção dos indivíduos na sociedade fazendo-os internalizarem o dever de trabalhar (ARAÚJO *et al*, 2006).

Com relação ao cenário no sistema de saúde brasileiro, a expansão do mercado de trabalho em saúde foi significativa, porém resguardou algumas de suas especificidades como o caráter intensivo de seu trabalho, que apesar de intenso dinamismo na incorporação tecnológica, não substituiu antigos métodos e, sim, criou e agregou novos tipos de serviços. A incorporação tecnológica na assistência à saúde não ocasionou economia da força de trabalho, como ocorreu em outros setores. Permanece empregando mais força de trabalho, caracterizando-se como pólo expressivo de absorção de trabalhadores e geração de empregos (ANSELMINI, 1993; PIERANTONI, 2002; PIRES *apud* PEDUZZI, 2002; MACHADO, 2003).

Não há mecanismos bem estruturados a não ser por incentivos salariais, mesmo assim insuficientes que realmente estejam corrigindo essas diferenças de alocação de recursos humanos entre as regiões do país. A oferta de postos de trabalho com salários superiores oferecidos nos grandes centros pode ser um fator determinante para a adesão

do profissional de saúde aos sistemas de saúde localizados fora destes centros, porém não corresponde à fixação do profissional nessas localidades (PIERANTONI, 2001).

As dificuldades de fixação ocorrem a partir do provimento. Assim, destaca-se a necessidade de se criar políticas públicas com compromisso de formação de profissionais de saúde articuladas às esferas federais, estaduais e municipais, articulando as políticas públicas de educação e da saúde com interesses em comum, não antagônicos. Como também, buscar descaracterizar as regiões distantes tidas no imaginário da população como atrasadas e isoladas. São elementos importantes a serem destacados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa possibilitou a abertura de horizontes em relação ao tema da fixação e do provimento no período entre 1970 a 1990, ou seja, no período anterior à implantação do SUS. Das diversas questões suscitadas durante o trabalho e análise das fontes foi importante nos perguntarmos pelas estratégias desenvolvidas na e para a região do Amazonas. A pesquisa histórica tem como objetivo trazer novos problemas e questões para o entendimento do presente. Assim, entendemos que não estamos tratando de um problema que aparece somente para o momento atual, mas que historicamente trazia desafios para as políticas de formação e da área da gestão do trabalho.

Nesta pesquisa, um elemento importante referente aos achados, são que aquilo que não foi encontrado é justamente o resultado. Durante o início da investigação, tivemos grande dificuldade em encontrar as fontes, mas optamos por não mudar a estratégia. A escassez de fontes primárias e secundárias no Amazonas transmite a ideia de que esta por trás, caracterizando como esse lugar vai produzindo ações para dar conta dos problemas de fixação e provimentos de profissionais de saúde em regiões tidas como atrasadas e isoladas.

Na concepção Norte e Sul, o Norte é como se não houvesse nada. Como se aqui não houvesse ações de fixação e provimento de profissionais, ou se houvesse em que condições se dariam. Diante disso, este estudo aponta que planos de ações desenvolvidos no Estado ainda merecem mais aprofundamento.

Na região Norte, o que se encontra sobre o olhar para as cooperações internacionais são ações em sentidos verticalizados. As intervenções realizadas pela OPAS e FSESP foram estabelecidas através de modelos rígidos, centralizados e executados através de manuais pouco flexíveis.

No cenário das políticas nacionais, as ações de desenvolvimento dos recursos humanos em saúde foram norteadas a partir da IV CNS, que através de diretrizes apontavam para a necessidade de viabilizar serviços de saúde a regiões distantes. O que resultou no estabelecendo de uma proposta de programa de interiorização para o Norte e Nordeste do Brasil. As preocupações acerca de fixação e provimento de profissionais de saúde para essas regiões distantes já era pauta de discussões desde a década de 1960. Nesse período já era destacado a necessidade de investir na qualidade da formação que garantisse a execução dos serviços de saúde de acordo com as especificidades locais.

As estratégias de fixação e provimento de profissionais de saúde desenvolvidas no Amazonas, no período entre 1970 a 1990, apresentaram planos que priorizaram a contratação de profissionais de outros estados. Como atrativo para fixar os profissionais, eram oferecidos salários acima da média dos salários nacionais e benefícios. As Secretárias de Saúde dos municípios se comprometiam pela residência e pela alimentação do profissional, pagava um subsídio da prefeitura para o profissional e o governo do estado pagava outro subsídio que era superior ao maior salário oferecido na área da saúde pública no estado e no país. Mesmo com esses atrativos, a vinda de médicos para o interior era restrita. A falta de investimento em programas e projetos de qualificação profissional no nível de *stricto* e *lato senso* pesavam na tomada de decisão para um profissional trabalhar em regiões como o interior do Amazonas.

As análises das fontes secundárias e primárias destacaram que os poucos treinamentos, capacitações e especializações que ocorreram nos municípios e na capital privilegiavam os profissionais que desenvolviam trabalhos de supervisão e gerenciamento das unidades mistas de saúde e nas unidades suplementares.

Como destacado, algumas políticas de desenvolvimento de recursos humanos foram articuladas com as políticas nacionais e implementadas no Estado do Amazonas, mas tiveram como característica a falta de continuidade. Os programas e projetos desenvolvidos na região eram financiados em sua maioria por agências bilaterais, como OPAS e SESP, com interesses no desenvolvimento econômico, ou pelo Ministério da Saúde. Um elemento que se deve apontar no resultado da pesquisa, deve-se como questão de descontinuidade, em vista da falta de relatórios técnicos que positivassem as ações ou fossem condizentes com a realidade local. Os relatórios da SESAU não são precisos quanto ao total de profissionais que atuavam nos municípios ou por unidade de saúde.

A FSESP desenvolveu estratégias de fixação e provimento de profissionais de saúde no estado do Amazonas, com ênfase no modelo assistencial. O SESP foi criado com a finalidade de atender a populações em áreas de interesse econômico para o Brasil. A Fundação, inicialmente, se instalou em áreas de difícil acesso e onde tinha interesse econômico, extração da borracha, minérios, etc. Daí a ideia de que a riqueza do país era construída pelos trabalhadores. Posteriormente, a FSESP se transformou num serviço nacional e teve como função realizar a assistência em quase todo território nacional. A formação de profissionais para atender as suas unidades e os outros serviços de saúde foi um dos objetivos da Fundação. No Amazonas, a formação foi realizada pela Escola de

Enfermagem de Manaus, criada para atender as necessidades de assistência à saúde nas áreas de difícil acesso do Estado e região.

Apesar da carência de informações mais consistentes sobre as estratégias de fixação e provimento dos profissionais de saúde na Amazônia, podemos identificar algumas características das cooperações internacionais e algumas estratégias aplicadas no Estado do Amazonas. Na área da história, o conhecimento é uma construção e, antes de tudo, uma interpretação, por isso tanto a falta como a presença de informações nos ajudam a compreender um determinado problema. Assim, continuamos com a preocupação de analisar os diferentes discursos sobre a região, destacando as características geográficas e culturais e sua relação com a fixação e provimento de profissionais e a implantação de infraestrutura para a assistência das regiões do interior da Amazônia.

REFERÊNCIAS

ALVES, Fernando Pires; PAIVA, Carlos Henrique Assunção; HOCHMAN, Gilberto. **História, saúde e seus trabalhadores da agenda internacional as políticas brasileiras.** Ciências & Saúde Coletiva. 13(3): 819.829.2008.

ANSEMI, Maria Luiza. **A rotatividade dos trabalhadores de enfermagem nos hospitais de Ribeirão Preto.** Tese de doutorado. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo, 1993.

ARAÚJO, Lídice Maria *et al.* Para subsidiar a discussão sobre a Desprecarização do Trabalho no SUS. **In: Cadernos RH Saúde.** Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Brasília: Ministério da Saúde. Vol. 03, nº1, 2006. p. 163 – 174.

BASTOS, N.C.B. **Programa de Formação de Recursos Humanos para a Saúde. 30 anos de experiência da Fundação Serviços de saúde Pública 1942-1980.** Revista da Fundação Serviços de Saúde Pública. N.1. vol. 29. Rio de Janeiro, 1984.

_____, Nilo Chaves de Brito. **SESP/FSESP - 1942 - evolução histórica - 1991.** 2. ed. Brasília: FNS, 1996. 542p.

BATISTA, N. N. F., IVANAUSKAS, T. M. , 2003. **Estudo sobre as transferências federais do Sistema Único de Saúde aos municípios brasileiros.** São Leopoldo: Jornada da Economia de Saúde. Associação Brasileira de Economia em Saúde. Disponível em: <http://www.abres.cict.fiocruz.br/docs/8.pdf>. Acesso em 21.03.2016.

BARBOSA, Maria Artemisa. **Desigualdade regionais e sistemas de saúde no Amazonas: o caso de Manaus.** Orientador: Maria Eliane Labra. Dissertação de mestrado no subprograma de mestrado interinstitucional CAPES; Centro de pesquisa Leônidas e Maria Deane e Universidade Federal do Amazonas, julho, 2004.

BÔAS, Aldo Villas. **Recursos Humanos Para a Saúde.** Revista da Fundação Serviços de Saúde Pública. N.1. vol. XXII. Rio de Janeiro, 1977.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Conferência Nacional de Saúde: Anais.** Brasília: Ministério da Saúde, 1967.

_____. Ministério da Saúde. **Conferência Nacional de Saúde: Relatório Final.** Brasília: Ministério da Saúde, 1975.

_____. Ministério da Saúde. **Conferência Nacional de Saúde: Relatório Final.** Brasília: Ministério da Saúde, 1977.

_____. Ministério da Saúde. **Conferência Nacional de Saúde: Anais.** Brasília: Ministério da Saúde, 1980.

_____. Ministério da Saúde. **Conferência Nacional de Saúde: Relatório Final.** Brasília: Ministério da Saúde, 1986.

_____. Ministério da Saúde. **Conferência Nacional de Saúde: Relatório Final.** Brasília: Ministério da Saúde, 1992.

_____. Ministério da Saúde. **Conferência Nacional de Saúde: Relatório Final.** Brasília: Ministério da Saúde, 1996.

_____. Ministério da Saúde. **Conferência Nacional de Saúde: Relatório Final.** Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

_____. Ministério da Saúde. **Cadernos RH Saúde: Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. – Vol. 3, n. 1 (mar. 2006) -**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_rh.pdf acesso em: 12 nov. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde: Repertório com a produção da Rede Observa RH.** Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: <http://www.observearh.org.br/observearh/repertorio/index.htm> acesso em: 12 nov. 2014.

_____. **Proposta de Emenda à Constituição nº 189-2003.** Obriga os graduados em estabelecimentos oficiais de educação superior à prestação de serviços ao Estado, pelo prazo de um ano, após a conclusão do curso; altera a Constituição Federal de 1988. Fonte: Convenção online sobre Recursos Humanos em Saúde. Proposições. Disponível em: <http://epsm.nescon.medicina.ufmg.br/convencao/> Acesso em: 27 set. 2014.

_____. **Projeto de Lei nº 65-2003.** Proíbe a criação de novos cursos médicos e a ampliação de vagas nos cursos existentes, nos próximos dez anos e dá outras providências. Fonte: Convenção online sobre Recursos Humanos em Saúde. Proposições. Disponível em: <http://epsm.nescon.medicina.ufmg.br/convencao/> Acesso em: 27 set. 2014.

_____. **Projeto de Lei nº 3340-2000.** Dispõe sobre as condições para o credenciamento de escolas de medicina e para a autorização de funcionamento e credenciamento de cursos de medicina. Fonte: Convenção online sobre Recursos Humanos em Saúde. Proposições. Disponível em: <http://epsm.nescon.medicina.ufmg.br/convencao/> Acesso em: 27 set. 2014.

BELLOTO, H.L. As fronteiras da documentação. In. CASTILHO, A.T. de (org.) **A Sistematização de arquivos públicos.** Campinas, São Paulo: UNICAMP, 1991. p.25-35.

BONELLI, Maria da Gloria. **Rumo ao interior: médicos, saúde da família e mercado de trabalho.** *Cad. Saúde Pública* [online]. 2009, vol.25, n.11. pp. 2531-2532.

BURKE, Peter (org.). **A escrita da História --- Novas perspectivas,** São Paulo, UNESP, 1992.

CAMPOS, André L. V. **Políticas internacionais de saúde na Era Vargas: O Serviço Especial de Saúde Pública, 1942-1960**. Rio de Janeiro. Editora: Fiocruz, 2006.

CAMPOS, F.E.; MACHADO, M.H.; GIRARDI, S.N. **A fixação de profissionais de saúde em regiões de necessidades**. Divulgação em Saúde para Debate, Rio de Janeiro, n. 44, p. 13-24, maio 2009. Disponível em: http://www.conasems.org.br/files/Artigo_Campos.pdf acesso em: 12 nov. 2014.

CASTRO, Janete Lima de Castro. **Protagonismo Silencioso: A presença da OPAS na formação de Recursos Humanos em Saúde no Brasil**. Rio Grande do Norte. Observatório RH-NESC UFRN. Ministério da Saúde; OPAS/OMS, 2008.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. – Brasília: CONASS, 2011. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_gestao_sus_v.9.pdf. Acesso em: 26 nov. 2014.

COSAMA. COMPANHIA DE SANEAMENTO DO AMAZONAS. **COSAMA e Fundação SESP realizam experiência pioneira na Amazônia**. Revista Engenharia Sanitária, v.16, n. 1. Rio de Janeiro, 1977.

CHIAVENATO, Idalberto. **Recursos Humanos: O capital Humano das Organizações**. 9ª edição. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

FILHO, Romulo Maciel. **Estratégias para a distribuição e fixação de médicos em sistemas nacionais de saúde: o caso brasileiro**. Orientadora: Célia Regina Pierantoni. Tese (doutorado) – UERJ/IMS. 2007. Disponível em: http://www.cpqam.fiocruz.br/observarh/publicacoes/arquivos/Tese_Romulo_Maciel.pdf acesso em: 25 nov. 2014.

GIL, Antonio Carlos. **Método e Técnicas de Pesquisa Social**. 4ed. São Paulo: Cortez, 1999.

GIRARDI, S. N et al. **Construção do índice de escassez de profissionais de saúde para apoio à Política Nacional de Promoção da Segurança Assistencial em Saúde**. Universidade Federal de Minas. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. ESTAÇÃO DE PESQUISA DE SINAIS DE MERCADO EM SAÚDE. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2443.pdf>. Acesso em: 13 nov. 2014.

GONCALVES et al. **Ser médico no PSF: Formação acadêmica, perspectivas e trabalho cotidiano**. Rev. bras. educ. med., Rio de Janeiro, v. 33, n. 3, setembro 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v33n3/09.pdf>. Acesso em: 27 nov. 2014.

HADDAD, Ana Estela et al. **Formação de profissionais de saúde no Brasil: uma análise no período de 1991 a 2008**. Rev. Saúde Pública [online]. 2010, vol.44, n.3 [cited 2014-11-16], pp. 383-393

HOCHMAN, Gilberto; ARMUS, Diego (orgs.). **Cuidar, controlar, curar: Ensaio histórico sobre saúde e doença na América Latina e Caribe.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.

JUNIOR, Sylvio da Costa; SILVA, Marcos Nascimento e; MEOHAS, Eduardo. **Os 20 Anos do SUS e a Odontologia do Trabalho.** Cadernos UNIFOA, edição nº 12, abril/2010.

KOSTER, Isabella. **A Gestão do Trabalho e o contexto da flexibilização no Sistema Único de Saúde.** Orientador: Machado, Maria Helena. Dissertação de Mestrado apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Disponível em: <http://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/4837/2/1047.pdf>. acesso em: 27 nov. 2014.

LAURELL, Asa Cristina. **Avançando em direção ao passado: a política social do neoliberalismo.** In: _____ (Org.). Estado e políticas sociais no neoliberalismo. São Paulo: Cortez/Cedec, 1995.

MACHADO, Maria Helena. Mercado de Trabalho em saúde. In: **BRASIL, Ministério da Saúde. Observatório de Recursos Humanos em Saúde: estudos e análises.** Rio de Janeiro. Editora: FIOCRUZ, 2003. p. 227-248.

MARTINS, Antonio Carlos Pereira. **Ensino superior no Brasil: da descoberta aos dias atuais.** *Acta Cir. Bras.* [online]. 2002, vol.17, suppl.3, pp. 04-06. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-86502002000900001> acesso em: 27 nov. 2014.

MAY, T. **Pesquisa social: questões, métodos e processo.** Porto Alegre, Artmed, 2004.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; MIRANDA, Ary Carvalho de. **Saúde e Ambiente Sustentável: estreitando nós.** EDITORA FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2002.

_____, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** São Paulo: HUCITEC. 2004.

MIRANDA, G.; TABOSA, W. **Alguns aspectos dos Serviços de Saneamento na Amazônia.** Revista do Serviço Especial de Saúde Pública, Rio de Janeiro, Tomo II, n. 2, p. 689-698, dez. 1948.

NOGUEIRA, Roberto Passos. **A força do Trabalho em Saúde.** In: Médici, André César et al (org.). Textos de Apoio: Planejamento I: Recursos Humanos em Saúde. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1987.

OLIVEIRA JAA, TEIXEIRA SMF. **Previdência Social no Brasil-60 anos de História da Previdência no Brasil.** Petrópolis: Vozes; 1986.

OLIVEIRA, M. M. **Como fazer pesquisa qualitativa.** Petrópolis, Vozes, 2007.

PAIVA, Carlos Henrique Assunção, ALVES, Fernando Pires, HOCHMAN, Gilberto. **A cooperação técnica OPAS-Brasil na formação de trabalhadores para a saúde (1973-1983).** Ciência & Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, 2008.

PEÇANHA, ANGELA MARIA DE MENEZES. **Fundação de Serviços de Saúde Pública - FSESP: Um estudo de desenvolvimento institucional**. Dissertação de Mestrado apresentado a Fundação Getúlio Vargas, Escola Brasileira de Administração Pública. Rio de Janeiro, 1976, 62p.

PIERANTONI, Célia Regina. As reformas do estado, da saúde e recursos humanos: limites e possibilidades. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, 6 (2): 341-360, 2001.

_____, Célia Regina. Recursos Humanos e Gerência no SUS. **In: Negri, Barjas; Viana, Ana Luiza d'Ávila. O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio**. São Paulo, Sobravime, 2002. p.609-630.

_____, Célia Regina; VARELLA, Thereza Christina e FRANÇA, Tania. **Recursos humanos e gestão do trabalho em saúde: da teoria para a prática**. Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil. Estudos e Análises – Volume 2. Cadernos RH Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. – Vol. 3, n. 1 março, 2006. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_rh.pdf. Acesso em: 27 nov. 2014.

_____, C.R. et al. **Gestão do trabalho e da educação em saúde**. 1ª ed. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ: ObservaRH, 2012.

POVOA, Luciano; ANDRADE, Mônica Viegas. **Distribuição geográfica dos médicos no Brasil: uma análise a partir de um modelo de escolha locacional**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p. 1555-1564, ago. 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-11X2006000800004. Acesso em: 27 nov. 2014.

RIEDER, Arno. **A Interiorização da Educação Superior no Brasil: Caso de Mato Grosso**. Rev. GUAL. Florianópolis, v. 4, n. 3, p.228-247, set/dez. 2011.

RÜSEN, Jörn. **Reconstrução do Passado – Teoria da História II: Os princípios da pesquisa histórica**. Brasília: Editora da UnB, 2007.

SANTANA, José Paranaguá de. Recursos humanos: desafios para os gestores do SUS. **In: Divulgação em Saúde para Debates**, (14):33-6, ago. 1996.

SANTOS, Antonio Raimundo dos. **Metodologia Científica: a construção do conhecimento**. 3. ed. Rio de Janeiro: DP&A, 2000.

SILVA, F. S. **Formação e fixação de profissionais de saúde no Sistema Único de Saúde: um debate necessário e urgente**. Divulgação em Saúde para Debate, Rio de Janeiro, n. 44, p. 25-28, maio 2009. Disponível em: http://www.conasems.org.br/files/Artigo_Conasems_Silvio.pdf. acesso em: 27 nov. 2014.

SCHWEICKARDT, J. C. [et al.]. **Educação permanente em gestão regionalizada da saúde: saberes e fazeres no território do Amazonas** [recurso eletrônico] / – 1.ed. – Porto Alegre: Rede UNIDA, 2015. 240 p.: il. – (Série Saúde & Amazônia). Disponível

em: <http://www.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/serie-saude-amazonia/educacao-permanente-em-gestao-regionalizada-da-saude-pdf>. Acesso em: 12.07.2016.

SOUSA, A. B. L.; SCHWEICKARDT, J. C. "O Sesp nunca trabalhou com índios": a (in) visibilidade dos indígenas na atuação da Fundação Serviços de Saúde Pública no estado do Amazonas. História Ciências e Saúde-Manguinhos[online]. 2013, vol.20, n.4, pp.1635-1655.

Fontes documentais:

a) Relatórios das Conferências Sanitárias Pan-Americanas de Saúde nas décadas de 1980 e 1990.

b) Relatórios de Gestão da Representação da OPAS no Brasil, no período selecionado; c)

Dossiês:

1. Conferência Nacional de Recurso Humano para a Saúde: BRRJCOC 8C-RI-17.13/10/1986-17/10/1986 Produção Casa Oswaldo Cruz (COC).

2. Programa PPREPS:

a) relatórios;

b) Programas de Trabalho;

c) Correspondência com a OPAS sobre questões administrativas do Programa;

d) Minuta do Termo Aditivo ao acordo para Saúde no Brasil celebrado entre o Governo- Representado pelo Ministério da Educação e a OPAS e Sub- Programa de Treinamento e Desenvolvimento de Recursos Humanos;

3. Dossiê – 1977-11/1978 PPREPS. BR 01-05-0142;

4. Dossiê – 11/01/1996 PPREPS BR RJ 01-05-0144;

5. Decretos, Cadernos dos Ministérios da Saúde referente às Conferências Nacionais de Saúde;

6. Relatórios internos de órgãos públicos, ementas, ofícios, relatórios de acompanhamentos e memorandos.³⁷

6.1 Relatórios da SESAU:

AMAZONAS. Secretaria de Saúde. **Relatório das atividades da secretaria de saúde no quadriênio**. Amazonas: Secretaria de Saúde, 1971-1974.

_____. Secretaria de Estado da Saúde. **Relatório das atividades da SESAU**. Amazonas: Secretaria de Estado da Saúde, 1975.

³⁷Os Dossiês estão todos disponibilizados na CASA OSWALDO CRUZ na Cidade do Rio de Janeiro.

_____ Secretaria de Estado da Saúde. **Relatório do Triênio**. Amazonas: Secretaria de Estado da Saúde, 1979-1981.

_____ Secretaria de Estado da Saúde. **Relatório 1º Plano Integrado das ações de Saúde da SESAU**. Amazonas: Secretaria de Estado da Saúde, 1977.

_____ Secretaria de Estado da Saúde. **Relatório Anual**. Amazonas: Secretaria de Estado da Saúde, 1983.

_____ Secretaria de Estado da Saúde. **Relatório Anual**. Amazonas: Secretaria de Estado da Saúde, 1984.

_____ Secretaria de Estado da Saúde. **Relatório Anual**. Amazonas: Secretaria de Estado da Saúde, 1985.

_____ Secretaria de Estado da Saúde. **Relatório Anual**. Amazonas: Secretaria de Estado da Saúde, 1987.

Entrevistas

ENTREVISTADO 1. História do SESP na estratégia de provimento e fixação de profissionais no Amazonas. Gravação de áudio. (43 min. 23 segundos). Manaus, 17/ maio de 2016. Entrevista concedida a Erica Lima Barbosa.

ENTREVISTADO 2. História das políticas de gestão do trabalho no Amazonas. Gravação de áudio. (38 min. 02 segundos). Manaus, 13/ maio de 2016. Entrevista concedida a Erica Lima Barbosa.

ENTREVISTADO 3. História das políticas de Recursos humanos no Amazonas. Gravação de áudio. (43 min. 23 segundos). Manaus, 19/ julho de 2016. Entrevista concedida a Erica Lima Barbosa.

ANEXOS

Anexo 1: Tabela 1 – Dados da taxa de mortalidade em Manaus, entre 1970 e 1983.

TABELA 1		
DADOS DA TAXA DE MORTALIDADE NA CIDADE DE MANAUS, ENTRE 1970 E 1983.		
ANO	POPULAÇÃO	Nº DE ÓBITOS
1970	309.923	2.562
1971	339.150	3.141
1972	371.462	2.638
1973	403.777	2.191
1974	436.091	3.472
1975	468.405	3.485
1976	499.718	4.242
1977	5.33.032	4.355
1978	565.346	4.506
1979	597.659	5.299
1980	629.973	4.902
1981	633.003	4.730
1982	727.629	4.664
1983	762.934	5.103

Fonte: SESAU/CSP/NIE, 1983.

Anexo 2: Tabela 2 – Pessoal admitido pela SESAU em regime CLT por categoria profissional no período de janeiro a outubro de 1984.

TABELA 2			
PESSOAL ADMITIDO PELA SESAU EM REGIME CLT POR CATEGORIA PROFISSIONAL NO PERÍODO DE JANEIRO A OUTUBRO DE 1984			
CATEGORIA	CAPITAL	INTERIOR	TOTAL
Médico	42	67	109
Cirurgião-dentista	17	12	29
Enfermeiro	12	13	25
Assistente Social	06	01	07
Farmacêutico-Bioquímico	08	02	10
Psicólogo	02	-	02
Advogado	01	-	01
Nutricionista	01	-	01
Supervisor Educacional	01	-	01
TécnicoemAdministração	01	-	01
TécnicoemHistologia	01	-	01
TerapeutaOcupacional	01	01	02
Técnico de PatologiaClínica	06	01	07
AgenteAdministrativo	54	03	57
AgenteAuxiliar	73	18	91
Auxiliar técnico de banco de sangue	02	01	03
Auxiliar de PatologiaClínica	08	06	14
Auxiliar de RadiologiaMédica	-	02	02
Auxiliar de Enfermagem	17	05	22
Agente de Saúde Rural	-	32	32
VisitadorSanitário	12	03	15
Motorista	04	01	05
Motorista Fluvial	01	-	01
Contra Mestre Fluvial	01	-	01
Artífice	06	02	08
Cozinheiro	09	10	19
Auxiliar de ServiçosGerais	114	60	174

Quadro de atividades programadas e realizadas na metropolitana 1985.

GOVERNO DO ESTADO DO AMAZONAS
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

QUADRO II

16

ATIVIDADES PROGRAMADAS E REALIZADAS NA METROPOLITANA

ATIVIDADES	CLIENTELA			TOTAL DE PARTICIPANTES	
	N.S.	N.M.	N.E.	PROG.	REALIZ.
Curso de Datilografia	-	06	-	30	06
Encontro de Avaliação e Controle de Tuberculose	-	70	-	08	70
Curso de Visitador Sanitário	-	31	-	13	31
Trein. de Radiologia Médica	-	02	-	10	02
Atualização Científica em Doenças Diarreicas	100	-	-	-	100
Curso de Controle de Infecção Hospitalar	11	-	-	80	11
Reciclagem de Aux.Pa.Clínica	-	02	-	-	02
Seminário de Dermt.Sanitária	35	-	-	17	35
Treinamento de Tuberculose	-	02	-	08	02
Treinamento da Profilaxia da Raiva.	-	02	-	08	02
Treinamento do T.R.O	05	-	-	-	05
Trein.sobre O Programa P.N.I.	10	16	14	100	110
Trein.de Telefonista	-	04	-	-	04
Trein.sobre avaliação do Programa do Câncer	30	-	-	-	30
Curso de Ofidismo/A.S.R.	-	-	13	-	13
Seminário de Heneopatia	15	-	-	-	15
Trein.Pré-Admissional nos Hospitais Chapot Prewost, Maternidade Balbina Westrinho e Eduardo Ribeiro:					
Aux.Patologia Clínica	-	-	04	-	04
Atendente de Enfermagem	-	-	33	-	33
Aux.de Enfermagem	-	20	-	-	20
Aux.Administrativo	-	26	-	-	26
Aux.Serv.Gerais	-	-	42	-	42
Enfermeiro	11	-	-	-	11
Aux.Banco de Sangue	-	05	-	-	05
Técnico de Pat.Clínica	-	03	-	-	03
T O T A L	217	187	178	284	582

Quadro de crescimento de pessoal de nível superior no interior 1981 a 1985

Q U A D R O . X

CRESCIMENTO DE PESSOAL DE NÍVEL SUPERIOR NO INTERIOR

1981 a 1985

PROFISSIONAIS	1981	1985	%
MÉDICO	42	88	210
ENFERMEIRO	09	33	367
ODONTÓLOGO	14	31	222
FARMACÊUTICA/BIOQUÍMICA	01	10	100
ASSIST. SOCIAL	-	03	-
CONTADORA	-	02	-
T O T A L	66	167	

FONTE/CSSI/SESAU

Quadro de Linha de ações SESAU 1985 1.2

REGIONAL	MUNICÍPIOS	POPULAÇÃO	OPERAÇÃO EM DEZEMBRO/85		EXPANSÃO DA REDE DE JAN/85 A JULHO/85				OPERAÇÃO EM JULHO/85					
			PS	CS	PS	CS	UM	DR	PS	CS	UM	DR		
7ª Puros	LABRFA	27.252	06	-	01	45	-	-	-	-	06	05	01	45
	TAPAUÁ	12.300	-	-	01	10	-	-	01	-	-	-	01	10
	PAUINI	10.547	05	-	01	08	-	-	-	-	05	-	01	08
	CANUTAMA	7.009	06	01	-	-	-	-	-	-	01	01	-	-
	BÓCA DO ACRE	23.705	06	-	01	40	-	-	-	-	05	-	01	40
SUB-TOTAL		80.773	22	01	04	103	-	-	01	-	20	01	04	115
8ª Juruá	ENVIRA	33.900	09	01	-	-	-	-	-	-	09	-	01	03
	PIRANEPE	30.678	07	-	01	35	-	-	-	-	07	-	01	36
	ITIXUNA	10.350	05	-	01	08	-	-	-	-	05	-	01	16
	ITAMARATI	7.766	-	-	-	-	-	-	-	-	01	-	-	-
SUB-TOTAL		52.794	21	01	02	43	-	-	-	23	-	03	55	
9ª ALTO SOLIMÕES	BENJ. CONSTANT	13.310	20	01	-	-	-	01	-	-	01	01	-	-
	A. DO NORTE	3.226	-	-	-	01	05	-	-	-	-	-	-	-
	TABATINGA	21.078	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	AMATURA	5.144	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	S. P. DE OLIVENÇA	12.066	-	01	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
STº A. DO IÇÁ	8.741	-	01	-	-	-	-	-	-	01	-	-	-	
SUB-TOTAL		64.145	20	03	01	05	-	01	-	-	02	03	-	-
TOTAL :-		804.573	191	11	31	752	19	03	04	03	175	07	29	705

Quadro de Posto de saúde operacionalizado pela SESAU através de recursos próprio e dos convenio PDRI SESAU e SUDHEVEA no interior do estado 1983 a 1985.

Q U A D R O . . I X . . .

POSTO DE SAÚDE OPERACIONALIZADO PELA SESAU
 ATRAVÉS DE RECURSOS PRÓPRIOS E DOS CONVENÍOS
 P.D.R.I./SESAU E SUDHEVEA NO INTERIOR DO ESTADO
 DO AMAZONAS.

1 9 8 3 a 1 9 8 5

A N O	1 9 8 3	1 9 8 4	1 9 8 5
ENTIDADES			
SESAU	24	29	60
SESAU/ SUDHEVEA	47	46	59
SESAU/INAMPS/PIASS	63	39	51
SESAU / PDRI	-	54	95
T O T A L	134	168	257

FONTE : SESAU/CSS?

Quadro demonstrativo de capacitação de pessoal da SESAU 1983- 1

DEMONSTRATIVO DE CAPACITAÇÃO DE PESSOAL DA SESAU NO PERÍODO DE JANEIRO A DEZEMBRO/83			
DISCRIMINAÇÃO	Nº PARTICIPANTES	ÓRGÃO PROMOTOR	LOCALIDADE
Curso de Desenvolvimento de Comunidade	02	Ministério da Saúde	AMAPA
Curso de Especialização em Enfermagem Psiquiátrica	01	Ministério da Saúde	BELO HORIZONTE
Curso de Coordenação de Cursos	04	ESPEA	MANAUS
Encontro de Alternativa de Atendimento a criança de 0 a 6 anos	12	Minist. da Prev. Social	MANAUS
I Seminário de Avaliação de Agente de Saúde Rural	31	SESAU/PORR	MANACAPURU
Seminário de Educação Popular	03	Campus Avançado/Maués	MANAUS
Treinamento de Noções Básicas sobre Hanseníase e Relações Inter-Pessoal	33	SESAU/CDVAM	MANAUS 2
Treinamento Serviço ao Programa de Controle de MI	32	SESAU/CDVAM	MANAUS 3
Treinamento em Serviço sobre Ações Desenvolvidas nos Centros de Saúde da Capital	06	SESAU	MANAUS 4
Encontro de Enfermagem da Região Norte	23	ABEN	SANTAREM-Pa.
Treinamento em Serviço em Obstetrícia	05	SESAU	MANAUS 5
Estágio Prático e Técnico em Planejamento, Administração e Finanças.	33	SESAU	BELEN/BRASILIA 6

Quadro demonstrativo de capacitação de pessoal da SESAU 1983 2

DISCRIMINAÇÃO	Nº PARTICIPANTES	ÓRGÃO PROMOTOR	LOCALIDADE
Curso de Psiquiatria Social	01	Ministério da Saúde	RIO DE JANEIRO
Curso de Pesquisa em Bromatologia	01	Ministério da Saúde	SÃO PAULO
Curso de Especialização em Saúde Materno Infantil	02	Ministério da Saúde	BRASÍLIA
Reunião de Trabalho s/ Desenvolvimento de Recursos Humanos	02	Ministério da Saúde	RIO BRANCO/ACRE
Treinamento de Doenças Diarréicas e Hidratação Oral	40	Minist. Saúde/SESAU	MANAUS 7
Treinamento em Serviço do Programa de Tuberculose	08	SESAU	MANAUS 8
Treinamento em Serviço s/ Funcionamento do Serviço Social C. Saúde	01	SESAU	MANAUS 9
Treinamento Saúde Mental	15	SESAU	MANAUS 10
Ciclo de Palestras sobre a Conduta do Adolescente do uso de Tóxicos e Droga	63	SESAU/Polícia Federal	MANAUS 11
Curso de Atendimento ao Público	01	ESPEA	MANAUS
Curso de Habilitação Profissional Técnico em Estatística	01	Ministério da Saúde	RECIFE
Curso de Secretária Junior	01	ESPEA	MANAUS
Treinamento em BCC	09		?
Treinamento sobre Noções de Primeiros Socorros	123	SESAU	MANAUS 12
Treinamento de Auxiliar de Administração no Setor de Pessoal, Patrimônio, e Preenchimento de dados Estatísticos Anual.	03	SESAU	MANAUS 13

Quadro demonstrativo de capacitação de pessoal da SESAU 1983 -3

DISCRIMINAÇÃO	Nº PARTICIPANTES	ÓRGÃO PROMOTOR	LOCALIDADE
Treinsamento em Serviço Auxiliar de Radiologia	01	SESAU	MANAUS 14
Treinsamento em Serviço de Arquivo em Centro de Saúde	01	SESAU	MANAUS 15
Treinsamento de Puericultura para Gestantes	127	SESAU	MANAUS 16
Reciclagem de Parteiras Domiciliares	19	SESAU	MANAUS 17
Treinsamento de Parteiras Domiciliares	92	SESAU	MANAUS 18
Treinsamento em Serviço sobre Noções Básicas de Enfermagem p/ Atendente de Enfermagem	32	SESAU	MANAUS 19
Reciclagem de Atendentes de Enfermagem	18	SESAU	MANAUS 20
Curso de Agente de Comunidade	25	SESAU	MANAUS 21
Seminário de Avaliação do Curso de Saúde Pública	15	FUA/SESAU	MANAUS 22
Curso de Vigilância Epidemiológica	08	Minist. Saúde/SESAU	MANAUS 23
Curso de Administração e Prática de Material	01	ESPEA	MANAUS
Reciclagem de Atendimento de Enfermagem	25	ESPEA/SESAU	MANAUS 24
Curso de Formação de Atendente de Enfermagem	22	SESAU	RIC PRETO 25
Encontro Regional de Administração e Patrimônio	01	ESPEA	MANAUS

Quadro demonstrativo de capacitação de pessoal da SESAU 1983-4

DISCRIMINAÇÃO	Nº PARTICIPANTES	ÓRGÃO PROMOTOR	LOCALIDADE
I Encontro de Diretores das Unidades de Saúde do Interior	33	SESAU	MANAUS 26
Curso Macro Regional de Prevenção e Reabilitação em Hanseníase	34	SESAU	MANAUS 27
Curso de Receptionista	21	ESPEA	MANAUS
Curso de Parteiras Domiciliares	16	SESAU/PDRI	CAREIRO 28
Curso de Formação de Agente de Saúde Rural	32	SESAU/PDRI	CAREIRO 29
Treinsamento em Fisioterapia III	01	SESAU/PDRI	30
IV Ciclo de Estudos de Desenvolvimento e Segurança do País ADESG/AM	02	SESAU	MANAUS 31
TOTAL	958	-	-

Quadro demonstrativo do Relatório anual da SESAU 1985 tabela 1.1

 GOVERNO DO ESTADO DO AMAZONAS SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE			
			11
Cont...			
REGIONAIS DE SAÚDE	POPULAÇÃO ESTIMADA 1985 *	TIPO	Nº DE LEITOS
4ª REGIONAL:			
Novo Aripuanã **	9.295	UM-II	20
Humaitá	26.277	UM-IV	26
Manicoré	30.943	UM-III	30
Apuí	1.205	PS-I	-
Sucunduri	2.486	PS	-
Borba	15.918	UM-III	17
Axinin	6.240	PS	-
5ª REGIONAL			
Barcelos **	2.302	UM-III	30
Santa Izabel do R.Negro	4.302	UM-II	20
S.Gabriel da Cachoeira	14.308	UM-II	20
Moura	2.124	PS	-
6ª REGIONAL			
Tefé **	27.178	UM-IV	70
Coari	52.556	UM-IV	40
Alvarães	5.383	PS	-
Juruá	3.747	CS-II	-
Fonte Boa	12.975	UM-II	15
Tonantins	8.497	PS	-
Jutaí	15.726	CS-II	-
Marãá	11.455	CS-I	-
Japurá	2.128	CS-II	-
Uarini	2.728	PS	-
Tamaniquá	3.230	PS	-
Carauari	15.944	UM-IV	40
7ª REGIONAL			
Tapauá	12.180	UM-II	10
Lábrea **	27.252	UM-IV	40
Canutama	7.809	CS-II	-
Pauini	10.547	UM-II	20
Boca do Acre	23.705	UM-IV	40
Camaruá	6.312	PS	-

Quadro demonstrativo do Relatório anual da SESAU 1985 tabela 1.2



GOVERNO DO ESTADO DO AMAZONAS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

12

Cont...

REGIONAIS DE SAÚDE	POPULAÇÃO ESTIMADA * 1985	TIPO	Nº DE LEITOS
8ª REGIONAL: JURUA			
Eirunepé **	20.768	UM-IV	36
Ipixuna	10.350	UM-II	16
Envira	13.928	CS-I	03
9ª REGIONAL: ALTO SOLIMÕES			
Benjamin Constant **	13.310	CS-II	-
Atalaia do Norte	3.236	UM-I	05
Tabatinga	21.548	CS-II	-
São Paulo de Olivença	12.066	CS	-
Amaturá	5.144	PS	-
Santo Antonio do Içá	8.741	CS-I	-
Estirão do Equador	3.632	PS	-

Fonte: C.S.S.I.

SESAU Mod. COB/

Quadro demonstrativo do Relatório anual da SESAU 1985 tabela 1

INSTITUTO DE PESQUISA EDUCACIONAL EM CIÊNCIAS, SERVIÇOS E OUTROS RELACIONADOS RELACIONADOS AO DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL 1985		
ESPECIFICAÇÃO	ORGANOS PROMIDORES	Nº PARTICIPANTES
Atualização Científica em Doenças Diarréicas	SESAU/UNIV/INPP/SE/SEM/SERBA	30
Releição do Programa Vacinal de Câncer	MS / SESAU	30
Seminário sobre Saúde do Escolar	FHE / SEDUC / SESAU	29
Seminário de Medicina Intensiva	SESAU / FJA	16
Curso sobre Crianças	FURL / NCM	13
Reunido no Programa de Suplementação Alimentar	DEPT. FEDERAL DE SAUDE / SESAU	34
I Encontro de Regiões Anaxínicas para Universalização de Populações Dispersas	MMS / AB / INAPPS / STSOL	138
Encontro Maranhense de Oftalmologia	ASSOC. MARZ. OFTALMOLOGIA / SESAU	210
Encontro Maranhense de Micrologia Médica	SESAU / FUA	119
Curso de Infecção Hospitalar	SESAU / FUA	11
T O T A L		657

Quadro demonstrativo do Relatório anual da SESAU 1985 tabela 2

QUADRO 2
NÚCLEO DE RECURSOS HUMANOS
ATIVIDADES PROGRAMADAS E REALIZADAS NA
1ª REGIONAL (METROPOLITANA)
1985

A T I V I D A D E S	C L I E N T E L A			Nº DE PARTICIPANTES	
	* N.S.	N.M	N.E.	PROGRAMADO	REALIZADO
CURSO DE DACTILOGRAFIA	-	06	2	30	06
ENCONTRO DE AVALIAÇÃO E ENCONTRO DA TUBERCULOSE	-	70	-	08	70
CURSO DE VISITADOR SANITÁRIO	-	31	-	13	31
TREINAMENTO DE RADIOLOGIA MEDICA	-	02	-	10	02
AVALIAÇÃO CIENTIFICA EM DOENÇAS DIARREICAS	100	-	-	-	100
CURSO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR	11	-	-	80	11
RECICLAGEM AUXILIAR DE PATOLOGIA CLINICA	-	02	-	-	02
SEMINÁRIO DE DERMATOLOGIA SANITARIA	35	-	-	17	35
TREINAMENTO DE TUBERCULOSE	-	02	-	08	02
TREINAMENTO DA PROFILAXIA DA RAIVA	-	02	-	08	02
TREINAMENTO DO T.R.O.	05	-	-	-	05
TREINAMENTO SOBRE O PROGRAMA P.N.I.	10	16	84	110	110
TREINAMENTO DE TELEFONISTA	-	04	-	-	04
AVALIAÇÃO DO PROGRAMA DO CANCER	30	-	-	-	30
CURSO SOBRE OFIDISMO / A.S.R.	-	-	13	-	13
SEMINÁRIO SOBRE HOMEOPATIA	15	-	-	-	15
TREINAMENTO PRÉ-ADMISSÃO NOS / HOSPITAIS CHAPOT PREVOST, MATERNIDADE BALBINA MESTRE ANDRÉ "EDUARDO RIBEIRO"	-	-	-	-	-
AUXILIAR DE PATOLOGIA CLÍNICA	-	-	04	-	04
ATENDENTE DE ENFERMAGEM	-	-	33	-	33
AUXILIAR DE ENFERMAGEM	-	20	-	-	20
AUXILIAR ADMINISTRATIVO	-	26	-	-	26
AUXILIAR DE SERVIÇOS GERAIS	-	-	42	-	42
ENFERMEIRO	11	-	-	-	11
AUXILIAR DE BANCO DE SANGUE	-	05	-	-	05
TECNICO DE PATOLOGIA CLÍNICA	-	03	-	-	03
T O T A L	217	187	187	284	582

* N.S. - NÍVEL SUPERIOR
N.M. - NÍVEL MEDIO
N.E. - NÍVEL ELEMENTAR

Quadro demonstrativo do Relatório anual da SESAU 1985 tabela 3

MUNICÍPIO DE RECIFEZINHO
ATIVIDADES PROGRAMADAS E REALIZADAS NA 2ª/3ª/4ª REGIÃO DE SAÚDE - 1985

ATIVIDADES	CLIENTELA			REGIONAL	MUNICÍPIO BENEFICIÁRIO	TOTAL DE PARTICIPANTES	
	N.S.	N.M.	N.E.			PROGRAMADO	REALIZADO
Recrutamento e Seleção da Pessoal	-	13	16	29	Codajás	-	29
Recrutamento e Seleção da Pessoal	13	03	10	33	Barro Preto	-	29
Treinamento de Acondente de Enfermagem	-	-	15	34	Barro Preto	-	15
Treinamento de Acondente de Enfermagem	-	-	14	34	S. Gabriel da Cachoeira	-	14
Treinamento de Implantação de Prestação de Contas do Convênio PIASS/INAPS	-	06	-	24	Arari	-	06
Treinamento de Implantação de Prestação de Contas Convênio PIASS/INAPS	01	03	-	24	Codajás	-	04
" " " " " " " "	02	02	-	52	Barcelos	-	04
" " " " " " " "	-	04	-	52	S. Gabriel da Cachoeira	-	04
" " " " " " " "	02	01	-	02	Luzitupé	-	03
TOTAL	20	32	55	-	-	-	137

FIGURA 1



FIGURA 4- Escola de Enfermagem de Manaus



FIGURA 5- Biblioteca da Escola de Enfermagem de Manaus



FIGURA 6- Sala de Aula da Escola de Enfermagem de Manaus

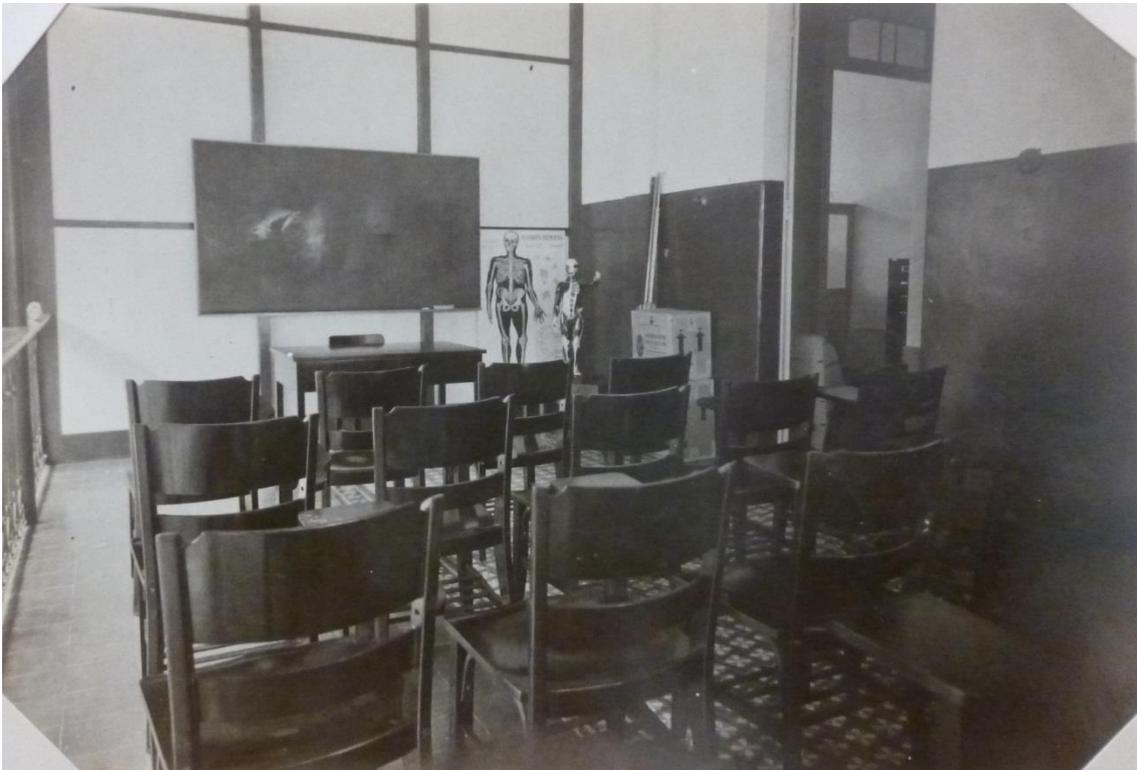


FIGURA 7- Sala de demonstração da Escola de Enfermagem de Manaus

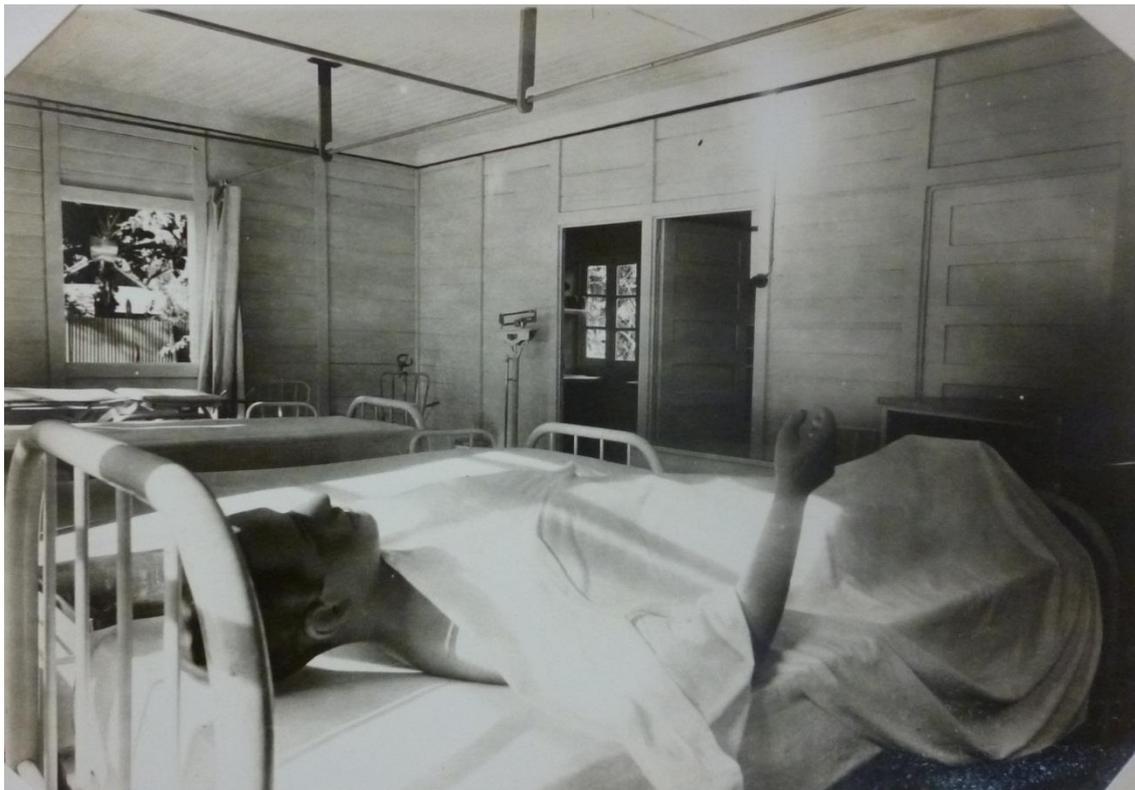


FIGURA 8- Refeitório da Escola de Enfermagem de Manaus



FIGURA 9- Visitadoras Sanitárias da FSESP



FIGURA 10- Visitadoras Sanitárias do SESP



FIGURA 11- Mapa do projeto FSESP saúde e saneamento do Alto Solimões

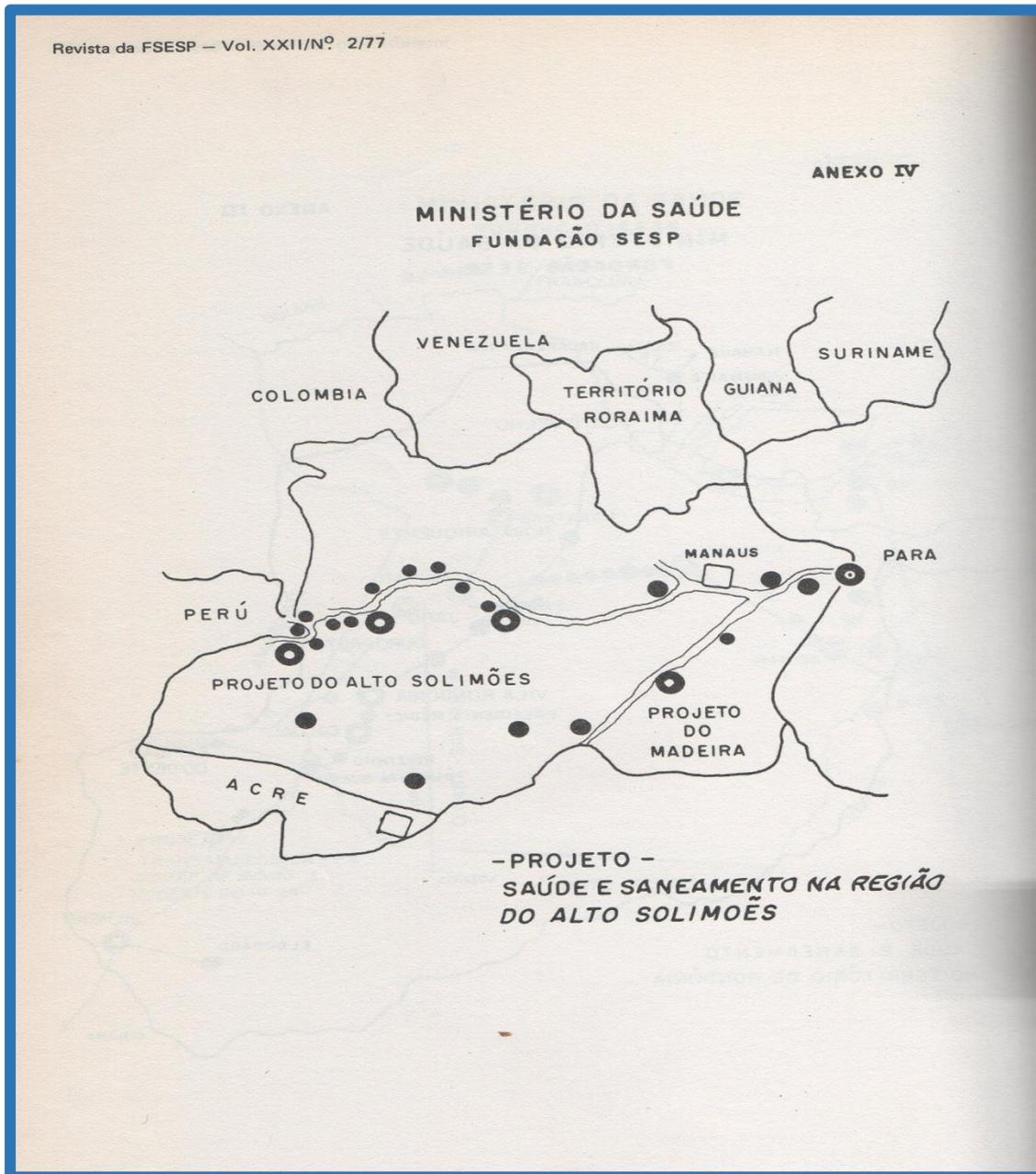


FIGURA 12- Mapa do projeto FSESP transamazônica

