



1ª CONFERÊNCIA LIVRE NACIONAL DE GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE – CNGTES

Data: 24/08/2024

Horário: Das 9 h às 14 h

Local: Virtual (Sala Zoom)

Início das inscrições: 06/08/2024

Fim das inscrições: 20/08/2024

Link de Inscrição: <https://forms.gle/D8GFhj1MmrDXbSd87>

PRINCÍPIOS E DIRETRIZES DO CEBES PARA A CONFERÊNCIA LIVRE NACIONAL DE GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE

A 1ª CNGTES é o espaço de debate sobre o futuro da gestão do trabalho em saúde no Brasil para impulsionar o desenvolvimento do país, na perspectiva de uma sociedade mais justa e equânime, que permita às trabalhadoras e trabalhadores acesso a direitos constitucionalmente assegurados, compartilhando sonhos e lutas por utopias coletivas. Sua realização consiste, portanto, em uma contraposição direta ao contexto das transformações advindas da crise de acumulação e reprodução do capital que, nas duas últimas décadas, afetaram o Estado brasileiro.

O compromisso do Cebes com a construção dos direitos do trabalho no SUS está inscrito na própria história da Reforma Sanitária Brasileira. Passadas três décadas e meia de expansão do SUS, infelizmente, muitos dos desafios programáticos apontados no passado não apenas persistem no presente como se agravaram.

Tendo em vista que este ano se realiza a 1ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde, a Direção Nacional do Cebes

deliberou a realização de uma Conferência Livre Nacional sobre o tema. Sob tal diretriz, a presente Comissão Organizadora apresenta neste documento alguns princípios e diretrizes gerais, visando orientar o debate de cebianas e cebianos nesse processo.

Os cinco pontos apresentados a seguir resumem apontamentos que foram amadurecidos em diversos debates promovidos pelos Cebes, em que se destaca a tese de 2021-2022, e outras rodadas de encontros do Núcleo de Gestão Trabalho. Enquanto tal, trata-se, portanto, de uma construção coletiva, feita a muitas mãos e mentes solidárias.

I) Superar a estrutura de austeridade fiscal presente no Estado brasileiro para restaurar a dignidade das trabalhadoras e trabalhadores do SUS:

A precarização do vínculo de trabalho no SUS persiste como uma das grandes amarras à realização da Reforma Sanitária. Desde 1988, a construção dos direitos sociais no Brasil foi combatida pelas teses da expansão incontrolada dos gastos públicos e do gigantismo do Estado brasileiro. Apesar de não terem fundamento na realidade, as correntes liberal-conservadoras atualizaram o seu argumento anti-Estado nacional ao cravar que os direitos das trabalhadoras e trabalhadores, que são direitos humanos, são incompatíveis com a própria realização do interesse público, associando a sua condição a privilégios corporativos e ilegítimos.

As reformas trabalhistas de 2017 e 2019, a PEC 32, que se encontra no Congresso Nacional, são alertas claros à necessidade de que as lutas sanitárias devem tomar os direitos dos trabalhadores como uma questão pública, de direitos humanos, e, portanto, como preocupação central de uma assistência humanizada à saúde. Sem o reconhecimento do trabalho como uma questão central e de interesse público, fundamental para a

cidadania de trabalhadores e trabalhadoras do SUS e para assegurar o direito à saúde dos usuários e usuárias, não se realizará a saúde pública.

A estrutura fiscal brasileira radicalizou a inviabilização dos direitos trabalhistas no SUS com a Emenda Constitucional nº 95/16 (EC/95), vulgarmente reconhecida como Lei de Responsabilidade Fiscal. Esse movimento radical de força por parte dos setores conservadores nunca encontrou legitimidade nas lutas da Reforma Sanitária Brasileira. É um consenso ampliado no campo, e uma diretriz geral do Cebes que o programa sanitário deve se orientar pelo rompimento sistêmico com essa estrutura fiscalista que ao longo das décadas vem interditando as lutas por cidadania do povo brasileiro.

Se nas últimas três décadas e meia as lutas da Reforma construíram pactos e adaptações programáticas construídas nesse terreno da austeridade neoliberal, a nossa resposta atual consiste em formular um programa alternativo, não apenas à Lei de Responsabilidade Fiscal, como à chamada regra de ouro e a outros pontos dessa agenda econômica.

II) Reafirmação da crítica às Reformas Gerenciais no Estado Brasileiro que flexibilizam os vínculos de trabalho no SUS

No que diz respeito à dinâmica de mercantilização da saúde, as grandes corporações reorganizam o seu padrão de interação com o Estado, ampliando o escopo de sua apropriação do orçamento público, a partir de um programa de Reformas Gerenciais voltadas contra a administração pública.

Com a tese de que é preciso modernizar a forma de se fazer gestão no SUS, os princípios gerencialistas adentraram a administração pública e firmaram profundas transformações do vínculo de trabalho na saúde pública. São argumentos dessa cultura gerencialista a defesa de que a eficiência mercantil deveria substituir a “morosidade e os elevados custos da burocracia pública”. Com esse princípio, as reformas gerenciais de

Estado aplicadas à saúde prometeram uma maior agilidade na contratação e alocação de pessoal, agilidade na aquisição e manutenção de equipamentos e instalações públicas, além de atuar facilitando a captação de recursos em diversos ramos do mercado da saúde – inclusive no mercado financeiro.

O rastro das consequências nocivas dessa agenda para os trabalhadores/as e usuários/as do SUS é marcante. No centro dessa nova força política mercantil que adestrou a forma de se fazer gestão no SUS, o que se impôs foi uma crescente pulverização e multiplicidade dos vínculos de trabalho fragmentados, sobretudo, no nível municipal. Em síntese: é preciso compreender os princípios gerencialistas de gestão como verdadeiras reformas trabalhistas cravadas no coração da administração pública brasileira.

O gerencialismo é uma proposta política que atuou, e atua, substituindo o programa de Plano de Carreira, Cargos e Salários presente no nascimento da Reforma Sanitária. Enquanto tal, as reformas gerenciais construíram a seguinte tendência histórica:

- Fragmentação das formas de Contratação por meio de terceirizações e privatização da gestão do SUS; Redução dos vínculos Estatutários e Expansão de Contratos Celetistas e outras formas degradadas de relações de trabalho em todos os níveis assistenciais, da atenção primária ao nível hospitalar;
- Limitação do alcance democratizante do controle social, desafiando a luta por uma gestão participativa do trabalho;
- Fragilização das iniciativas de promoção da equidade em saúde frente aos múltiplos vínculos pulverizados nos municípios e a alta rotatividade do trabalho.

Uma das expressões do gerencialismo é enfatizar que o problema do SUS é de gestão, o que leva a iniciativas que dissociam o processo de trabalho das condições em que ele se realiza. No caso das ações de

Educação Permanente em Saúde, as péssimas condições de trabalho limitam as propostas de transformação das relações de trabalho para a melhoria da assistência à saúde.

Quando se fala que há um problema de gestão no SUS, é preciso compreender que a gestão do trabalho atinge em cheio o programa da Educação Permanente em Saúde. As experiências de transformação das relações de trabalho e das atividades de prevenção, assistência e promoção da saúde junto aos territórios é indissociável do debate sobre as condições de trabalho.

De fato, como garantir a “necessária transformação dos processos formativos, das práticas pedagógicas e das práticas de condução do sistema e dos serviços de saúde” em meio a uma gestão gerencial, pouco atenta às condições de trabalho?

A gestão do trabalho requer atenção aos efeitos conjugados entre os direitos do trabalho, a gestão participativa e os propósitos da Educação Permanente em Saúde.

Essa é a síntese que pretendemos discutir e consolidar na primeira Conferência Livre Nacional do Cebes na área do trabalho, a ser realizada em 24 de agosto de 2024.

III) A coordenação federal e a desprivatização da gestão estatal:

O processo avançado de desconstrução de um projeto de soberania nacional mostra efeitos intensos sobre a estrutura da administração pública no Brasil. Na ausência de um parâmetro nacional, organizador do trabalho de gestão no SUS, abriu-se um caminho de franca fragmentação do sistema, repondo problemas importantes para a implementação e universalização de programas de saúde, como a própria APS, sobretudo em estados e municípios mais empobrecidos. O aprendizado é que sem uma efetiva coordenação nacional atenta às questões do trabalho os desequilíbrios regionais presentes na gestão do SUS não serão superados.

Nos últimos 30 anos, o gasto federal em saúde foi, proporcionalmente, reduzido em relação aos gastos dos demais entes federados, que, no entanto, viram suas obrigações em saúde se expandirem. A gestão municipal dos serviços de saúde, mediada por um persistente desequilíbrio econômico regional, produziu efeitos adversos importantes. Enquanto nos municípios rurais e remotos a infraestrutura instalada mostrou-se incapaz de superar os vazios de assistência, nos grandes municípios urbanizados as limitações financeiras conduziram ao avanço das terceirizações da gestão dos serviços públicos de saúde, pulverizando a coordenação única do SUS.

Mundos diversos de modelos de gestão, como as Organizações Sociais (OS), as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (Oscip), os Consórcios Públicos em Saúde, as Fundações Estatais de Direito Privado, as chamadas Sociedades de Serviços Autônomos (SSA) e as Parcerias Público Privadas (PPP), ganharam intenso dinamismo, e, como experiências parciais e provisórias, fragmentaram gravemente os serviços.

Esta política de desmonte do estado começou a ser formulada e implementada a partir de 1996 pelo então Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (MARE), no primeiro governo do PSDB. Tais experiências favoreceram o empresariamento da gestão pública da saúde, indo da Atenção Primária à estrutura da Rede Assistência à Saúde Mental, passando pelos serviços de complexidade secundária, como as UPA e os serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, à complexidade terciária, concentrados na atenção hospitalar. Atualmente, a ampliação dessa realidade deletéria se encontra colocada com a proposta de criação da Agência Brasileira de Apoio à Gestão do SUS, a SSA, que consta como pauta política da saúde desde 2023.

Ante essa realidade, tornou-se comum em muitos municípios brasileiros a existência de vários vínculos de trabalho em uma mesma rede

de saúde, indo desde contratos celetistas temporários até contratos verbais e concursos simplificados. Em comum, guardam o vínculo flexível de trabalho, em que a estabilidade se encontra gravemente exposta às oscilações da conjuntura econômica, à circularidade dos programas eleitorais e subordinados à conveniência das parcerias do setor público com o privado. A desprecarização dos vínculos de trabalho dos profissionais de saúde, enfermeiras e enfermeiros, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde, médicas e médicos, dentistas e outras tantas categorias vinculadas ao SUS nos seus diversos espaços do Cuidado à Saúde (Nasf, e-multi, saúde mental, atenção especializadas, laboratórios, farmácias, urgências, emergências), passa por uma urgente sistematização e implementação de uma carreira pública e nacional do SUS. E, em torno dessa carreira, aprofundar a efetivação do controle social no âmbito da gestão e a consolidação das ações de educação permanente em saúde.

Na 1ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e Educação Permanente em Saúde é preciso consolidar a crítica de como essas formas de gestão abrigam formas flexíveis e adoecedoras do/a trabalhador/a. Caso não se supere essa condição, permanecerão comprometidas: (i) as lutas pela Educação permanente em saúde como política de desenvolvimento do trabalho no SUS; (ii) a fragilização dos direitos das trabalhadoras e dos trabalhadores e, conseqüentemente, o direito das cidadãs e cidadãos à atenção à saúde de qualidade.

O desafio político é que as terceirizações adentraram o pensamento gestor na área da saúde, afetando não apenas a formulação do programa sanitaria como fragilizando a coesão e a unidade política do campo da saúde coletiva.

IV) A agenda da Carreira Nacional do SUS, o Controle Social e as ações da Educação em Saúde e o Programa da Reforma Sanitária Brasileira

A agenda da Carreira Nacional do SUS, ao lado da participação social e da pauta da educação em saúde, se articulam a diversas pautas da Reforma Sanitária, no qual destacamos os seguintes pontos: mitigar o impacto da gestão de pessoal sobre o orçamento municipal; estabilizar os serviços de promoção e assistência à saúde, garantindo previsibilidade à construção da Rede de Assistência Regionalizada a Saúde (RAS); apontar uma transição para os vínculos de trabalho digno, estáveis e alcançados mediante concurso público como determina a Constituição Federal.

Uma Carreira SUS está diretamente ligada à agenda da Educação Permanente em Saúde e ao fortalecimento do Controle Social. Ao combater a alta rotatividade dos trabalhadores nos serviços, as elevadas jornadas de trabalho e os múltiplos vínculos, os programas de formação ganharam mais densidade em seu propósito de humanização radical da assistência à saúde.

V) Experiências e diretrizes para uma Carreira do SUS

Em 2006 e 2017, houve duas experiências de construção de diretrizes nacionais para o trabalho no SUS. Procurando aprender com esses momentos de luta sanitária, alguns princípios podem nortear a nossa caminhada para a Conferência Livre Nacional.

Nas duas edições podemos identificar os parâmetros e diretrizes estruturantes:

- Coordenação do debate a partir da Mesa Nacional de Negociação do SUS;
- Articulação política aberta à participação do Controle Social, unificando principalmente os usuários do SUS e as diversas categorias laborais do sistema de saúde;

- Reivindicação da estabilidade laboral por meio de concursos públicos;
- A superação da dispersão municipal dos vínculos por meio da coordenação federal;
- Parâmetros nacionais de carreira e cofinanciamento tripartite;

Em que pese a importância dessas experiências, seus principais limites se encontram na ausência de recursos federais para viabilizar sua implementação, além da indefinição do papel dos estados nesse processo de formulação das diretrizes nacionais construídas.

Atualmente, é preciso, e possível, amadurecer a construção de um fundo nacional tripartite exclusivo para estruturar o vínculo de trabalho no SUS.

Sem essas condicionalidades, as eventuais diretrizes definidas para a estruturação da gestão do trabalho no SUS se tornaram uma carta de boas intenções.

Decerto, estamos diante do desafio geracional de superar a condição do trabalho como um ponto cego da Reforma Sanitária Brasileira. Enquanto tal, devemos atuar simultaneamente avançando em um movimento de formulação e de articulação política.

Diante dos desafios acumulados no tempo, a oportunidade de realização de uma Conferência Livre Nacional de Saúde pelo Cebes nos permite compreender que os direitos dos trabalhadores e trabalhadoras são centrais ao programa da Reforma Sanitária, favorecem a coesão política entre trabalhadores, usuários e gestores, e, por fim, recompõe a identidade política sanitária no século XXI.

VI) Fortalecimento do processo de Planejamento e de Gestão centrado no Processo de trabalho em Saúde

Diante da ainda baixa cobertura e resolutividade do SUS, apesar da ampliação da Atenção Primária à Saúde, é importante que se busque

resolver problemas estruturais como o fortalecimento da APS, segundo seus atributos bem definidos na Reforma Sanitária Brasileira.

Entendendo que a organização de redes de atenção à saúde existirá se a Atenção Primária à Saúde estiver capacitada a desempenhar adequadamente essas funções (primeiro contato; longitudinalidade; abrangência ou integralidade da atenção; coordenação do cuidado; orientação na comunidade; centralidade na família e competência cultural), se pressupõe o fortalecimento do planejamento e gestão centrados no processo de trabalho em saúde. Desse modo, é importante que trabalhadores e trabalhadoras (individuais e coletivos singulares) sejam considerados de fato como agentes do trabalho em ação interprofissional (trabalhadores da saúde), meio e instrumentos do trabalho (as ciências biológicas e sociais, os meios diagnósticos e terapêuticos), e suas tecnologias (duras, leves e leves duras). Em sua totalidade, esses aspectos possibilitam como produto do trabalho a conquista dos direitos, a limitação da incapacidade, o alívio do sofrimento e da dor, além da ampliação da autonomia dos sujeitos.