



Carreiras no SUS:

Obstáculos e Alternativas



RELATÓRIO FINAL
SEMINÁRIO REALIZADO EM 11/03/24



Catálogo na fonte

Fundação Oswaldo Cruz

Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde

Biblioteca de Saúde Pública

E74c Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Associação Brasileira de Saúde Coletiva.

Carreiras no SUS: Obstáculos e alternativas. Seminário realizado em 11/03/2024. Relatório Final. / Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Associação Brasileira de Saúde Coletiva — Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz, ENSP, Observatório do SUS, ABRASCO, 2024.

88 p. ; il. color. ; graf. ; mapas ; tab.

ISBN:

Inclui Bibliografia

1. Financiamento da Assistência à Saúde. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Sistema Único de Saúde. 4. Gestão em Saúde. 5. Estratégias de Saúde Nacionais. 6. Capacitação de Recursos Humanos em Saúde. 7. Gastos em Saúde. I. Título.

CDD - 23.ed. – 362.1068

Coordenação

Eduardo Alves Melo
Rosana Onocko Campos

Organização

André Schimidt da Silva
Cristiane Rocha de Barros
Edilene da Silva Cardoso Mendes
Eduardo Alves Melo
Elisa Mendonça
Isabela Soares Santos
Lucia Maria Dupret
Luciana Dias de Lima
Marcia Teixeira
Mariana Vercesi de Albuquerque
Rosana Kuschnir
Rosana Onocko Campos
Thaís Severino da Silva
Thiago Barreto

Expositores

Isabela Cardoso de Matos Pinto
Ronaldo Teodoro
Sabado Nicolau Girardi
Gastão Wagner de Sousa Campos

Hêider Pinto
Luciana Gouveia Viana

Coordenadoras das mesas temáticas

Marcia Teixeira
Janete Castro

Coordenadores dos grupos de trabalho

Isabela Soares Santos
Márcia Fausto
Mariana Vercesi de Albuquerque

Relatores dos grupos de trabalho

André Schimidt da Silva
Henrique Sant'anna Dias
Lucas Cabral

Membros dos grupos de trabalho

Anamaria Schneider
Andrea Cunha
Antonio Ribas
Benedito Oliveira
Bruno Guimaraes
Caroline Castanho Duarte
Ceres Albuquerque

Cristiane Goschi
Diana Barbosa
Erica Cristina Silva Bowes
Fernanda Magano
Gastão Wagner de Sousa Campos
Gustavo Duarte
Hêider Pinto
Isabela Cardoso de Matos Pinto
Isabela Koster
Janete Castro
Lígia Giovanella
Lucia Maria Dupret
Luciana de Gouveia Viana
Luciana Dias
Marcia Bandini
Marcia Teixeira
Marcio da Cunha
Marco Túlio
Maria Ruth dos Santos
Maristela Groba Andrés
Mônica Vieira
Patrícia Ferraz
Paulo Murilo Paiva
Paulo Seixas
Regimarina Reis

Renata Vilhena
Ronaldo Teodoro
Rosana Kuschnir
Sabado Nicolau Girardi
Soraya Belisário
Thaís Vidaurre Franco
Thais Paulo Teixeira Costa
Thaís Severino

Relatório Final

Lucia Maria Dupret
Rosana Kuschnir

Revisão do Relatório Final

Eduardo Alves Melo
Rosana Onocko Campos

Confira neste relatório

Neste relatório você vai encontrar a síntese das exposições, do debate e das proposições presentes no seminário “Carreiras do SUS: obstáculos e alternativas”, realizado em março de 2024 na ENSP/Fiocruz, com cerca de 200 participantes (presencial e online).

O presente Seminário, o **terceiro de uma série promovida pelo Observatório do SUS da ENSP/Fiocruz e Abrasco**, debatendo grandes temas e desafios do SUS, acontece num momento particularmente propício, em que o Ministério da Saúde/ SGTES vem realizando diagnóstico e debate da situação da força de trabalho em saúde, com a criação da **Comissão para Discussão e Elaboração de Proposta de Carreira no âmbito do SUS**, em janeiro de 2024 e diante da aproximação de uma Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde.

Durante o Seminário, houve consenso acerca da **necessidade de enfrentar os desafios da gestão do trabalho no SUS**, hoje caracterizada por uma multiplicidade de vínculos, incluindo contratos com organizações sociais, via pessoa jurídica ou mesmo pagamento direto sem qualquer contrato. Ainda que sem alcançar eficiência e eficácia, **o gasto com a manutenção de vínculos precarizados é de grande monta.**

Uma questão central debatida foi a necessidade de **deixar de considerar a gestão do trabalho como pauta corporativa, como muitas vezes é vista, e compreendê-la como essencial à constituição do SUS e à garantia do direito à saúde dos usuários.** Questões relacionadas à força de trabalho no SUS tem repercussões políticas importantes, tornando a relação interfederativa ainda mais complexa, com o peso do alto custo de pessoal sobre os entes municipais e **prejuízo ao apoio social ao SUS.**

A análise das experiências apresentadas sinalizou **algumas questões importantes** a serem consideradas para qualquer proposta de criação de carreira(s): **os limites do âmbito municipal; a complexidade das relações interfederativas; os impactos das políticas nacionais de provimento e a necessidade de leis anti-inadimplência,**

na ausência de mecanismos de orçamentação.

Entre as propostas debatidas, considerando que a maioria dos municípios não é capaz de viabilizar carreiras municipais, centralmente esteve a **constituição de carreira(s) com diretrizes nacionais, responsabilidade tripartite e gestão do trabalho descentralizada, através de estruturas como agências públicas e autarquias**, por exemplo. A(s) carreira(s) deve(m) ser capaz(es) de atrair e engajar os trabalhadores, dando perspectiva de futuro à sua atuação no SUS, incorporando em sua constituição as dimensões de formação, remuneração, mecanismos de progressão, mobilidade e incentivos.

Foi considerada a possibilidade de **iniciar o processo** com carreiras por área, **como uma carreira para a APS, de caráter multiprofissional**, como um primeiro passo estratégico e efeito demonstração.

Foi discutido, também, que a agenda das carreiras no SUS depende, em parte, da regulação da formação e da atuação profissional e que não se separa da discussão do financiamento do SUS, na medida em que a desprecarização envolve custos financeiros.

Apresentação

Eduardo Alves Melo

Coordenador do Observatório do SUS
Vice-Diretor de Escola de Governo em Saúde
VDEGS/ENSP/Fiocruz

Marco Antônio Carneiro Menezes

Diretor da Ensp/Fiocruz

Rosana Teresa Onocko Campos

Presidente da Associação Brasileira de Saúde
Coletiva (Abrasco)

A Abrasco e a Ensp/Fiocruz, entidades com naturezas singulares e atuação nacional no campo da Saúde Coletiva, firmaram uma parceria estratégica, tendo como foco um conjunto de desafios, problemas e limites do SUS. Como objetivos, estão a atualização da análise sobre tais temas e a formulação de proposições e alternativas.

A Abrasco reúne e representa diferentes áreas do campo da Saúde Coletiva de todo o país, com importante atuação no Brasil, sendo referência internacionalmente, notadamente na América Latina. A Ensp/Fiocruz, por sua vez, cumpre funções estratégicas de formação, pesquisa e cooperação técnica, tendo recentemente criado um Observatório do SUS para acompanhar conjunturas, políticas e experiências do sistema de saúde. As duas entidades reúnem características históricas, técnicas, políticas e institucionais que podem, a nosso ver, contribuir de um modo específico com a construção do SUS, em diálogo com o Estado e a sociedade, tendo como balizas uma compreensão ampla de saúde, a saúde como direito humano, as implicações mútuas entre saúde e democracia, a relação da saúde com o desenvolvimento nacional e os atuais problemas sócio-sanitários do país.

Um dos desafios estruturais abordados a partir desta frutífera parceria foi a questão das Carreiras no SUS, tema estruturante e reconhecidamente estratégico para a viabilidade e sustentabilidade do sistema e para a efetivação do direito à saúde. Para muito além de uma agenda corporativa, carreiras públicas são essenciais para tornar o SUS mais atrativo e para garantir acesso à saúde, através de profissionais qualificados, motivados e com uma permanência em tempos e locais adequados para garantir a necessária continuidade dos cuidados à população.

Para isso, reunimos atores dos governos, da academia e da sociedade, utilizando uma metodologia de trabalho que nos possibilitou atualizar a discussão, aprofundar aspectos críticos e elaborar proposições. Neste sentido, estruturamos a “tarefa” em torno do objetivo de aprofundar os desafios da instituição e manutenção de carreiras no SUS, examinando obstáculos e possíveis alternativas.

Este relatório sintetiza o esforço realizado em torno do aprofundamento do debate sobre Carreiras no SUS e, ao mesmo tempo, publiciza um conjunto de análises e formulações que esperamos que sejam úteis para os atores públicos e políticos que defendem o SUS ou têm responsabilidade com a saúde da população brasileira.

Sumário

Sobre o Seminário	7	Anexos	28
Sobre os grupos de trabalho	8	Textos-base	28
Principais destaques	9	Ronaldo Teodoro	28
Mesa I – Carreiras no SUS: viabilidade e desafios	9	Gastão Wagner de Sousa Campos	32
Mesa II – Alcances e limites de alternativas experiências de constituição de carreiras no SUS	14	Luciana de Gouvêa Viana	41
Destaques dos grupos de trabalho	21	Apresentações	42
Proposições	23	Isabela Cardoso de Matos Pinto	42
Considerações Finais	27	Ronaldo Teodoro	66
		Hêider Pinto	70
		Luciana de Gouvêa Viana	79
		Registro fotográfico	88

Sobre o Seminário

O seminário **“Carreiras no SUS: obstáculos e alternativas”** foi realizado no dia 11 de março de 2024 na Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP), Fiocruz, na cidade do Rio de Janeiro.

O encontro foi o terceiro de uma série de três seminários, fruto da parceria entre a ENSP e a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), para abordar os desafios estruturais para o SUS, compondo as atividades do Observatório do SUS da ENSP.

O seminário teve o objetivo de **Aprofundar os desafios da instituição e manutenção de carreiras no SUS, examinando obstáculos e possíveis alternativas.** Ademais, visou mobilizar atores-chave da sociedade civil e dos espaços institucionais.

O tema foi desdobrado em dois eixos: **“Carreiras no SUS: viabilidade e desafios”** e **“Alcances e limites de alternativas e experiências de constituição de carreiras no SUS”**.

Os eixos temáticos foram trabalhados em duas mesas no período da manhã. Os três expositores do primeiro eixo foram convidados a responder à pergunta: **“Quais**

os condicionantes e obstáculos para a viabilização de carreiras no SUS?”. Os três expositores do segundo eixo temático voltaram-se à análise de **“Alternativas e experiências de constituição de carreiras no SUS”**.

As exposições do período da manhã e duas questões norteadoras: 1) Como pensar o desenho, financiamento e gestão das carreiras no SUS?; e 2) Quais estratégias técnico-políticas podem ser pensadas para avançar a pauta e viabilizar as carreiras no SUS?, orientaram a atividade dos grupos de trabalho no período da tarde, restritos a convidados, envolvendo pesquisadores, especialistas, gestores do SUS, parlamentares e representantes do controle social.

As mesas temáticas do período da manhã foram abertas ao público e transmitidas em tempo real pelo canal do Youtube da ENSP/Fiocruz. Esse período contou com cerca de 200 participantes (presenciais e online)

Sobre os grupos de trabalho

As discussões iniciadas com as mesas foram aprofundadas em grupos de trabalho no período da tarde do mesmo dia. Os grupos de trabalho contaram com 40 participantes convidados por sua destacada trajetória relacionada ao tema Carreiras no SUS. Com o objetivo de discutir e elaborar estratégias para avançar na instituição de carreiras no SUS, tornando a discussão ainda mais plural e produtiva, os convidados foram separados em três grupos mistos. As pesquisadoras da ENSP/Fiocruz Marcia Fausto, Isabela Soares Santos e Mariana Albuquerque coordenaram as atividades em cada grupo.

O debate foi orientado com base nas seguintes questões: **1) Como pensar o desenho, financiamento e gestão das carreiras no SUS?; e 2) Quais estratégias técnico-políticas podem ser pensadas para avançar a pauta e viabilizar as carreiras no SUS?**

Os grupos contaram com participantes de diversas unidades da federação, envolvendo membros do executivo federal (Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão da Educação e do Trabalho em Saúde - SGTES; DEGERTS/SGTES/MS); Rede de Médicos Populares; Reestatiza SUS; AGSUS; ObservaRHSP/FCMSCSP, CEE/Fiocruz; EBSERH; CNS/FENAPSI; SBMFC/Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade; OPGH/Observatório de Política e Gestão Hospitalar/Fiocruz; OPAS; COFEN; da gestão municipal do SUS (SMS Rio e SMS Niterói); de instituições de ensino e pesquisa (ENSP, EPSJV, UFMG, UFBA, UNIFESP; UNICAMP; UFRN; IMS/UERJ, NESCON/UFMF, FDC/Fundação Dom Cabral); Abrasco; e OPAS/Organização Panamericana de Saúde.



PRINCIPAIS DESTAQUES

Mesa I: Carreiras no SUS: viabilidade e desafios

Quais os condicionantes e obstáculos para a viabilização de carreiras no SUS?

Isabela Cardoso de Matos Pinto, titular da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde do Ministério da Saúde (SGTES) iniciou sua apresentação destacando a responsabilidade da Secretaria pela formulação de políticas orientadoras da gestão, formação, qualificação dos trabalhadores e da regulação do trabalho na área da saúde no Brasil, englobando vínculos, processos, relações e condições de trabalho.

Destacou, no entanto, que se trata de um trabalho tripartite, como já indicado na Norma Operacional Básica (NOB) de Recursos Humanos para o SUS, que estabelece como atribuições dos gestores nas três esferas de governo o diagnóstico de situação e de necessidades de trabalhadores em saúde; encaminhar projetos de lei de criação dos respectivos Planos de Carreira, Cargos e Salários e gerir sua implementação.

Em relação às dimensões de análise a serem consideradas, Isabela apontou:

- Política - considerar o mundo do trabalho na saúde, a desregulamentação da proteção do trabalho e a multiplicidade de vínculos e modelos de gestão;
- Econômica - considerar o retrocesso produzido pela implementação de políticas de austeridade fiscal e as condições de viabilidade para a proposta de carreira;
- Gestora - responsabilidade tripartite, desafio da gestão descentralizada e a necessidade de alinhamento das estratégias de gestão do trabalho;
- Dialógica - importância de explorar o potencial da comunicação e da gestão do conhecimento para a formulação e implementação de ações concretas que favoreçam as mudanças;
- Democrática - envolvimento de ampla participação e representatividade

A seguir, a Secretária apresentou os números de levantamento recente acerca da força de trabalho em saúde no país (os números detalhados encontram-se na apresentação anexada a este relatório). Esta é constituída por mais de 3 milhões de trabalhadores, com 4,6 milhões de vínculos, majoritariamente feminina (75%). Considerando a natureza jurídica das instituições, cerca de 1,8 milhões de trabalhadores estão na esfera pública; cerca de 639 mil em unidades filantrópicas e

627 mil em privadas om fins lucrativos.

O percentual de trabalhadores nas unidades públicas é maior nas Regiões Norte (80%) e Nordeste (74%), diminuindo nas demais: Centro-Oeste (61%), Sudeste (52%) e Sul (45%). Considerando os vínculos neste universo, 29% são de estatutários, 30% de celetistas, 8% de “emprego público” e 45% de outros tipos.

Em todas as regiões do país a categoria com maior número de trabalhadores é a de técnicos de enfermagem. Nas Regiões Centro-Oeste, Sudeste e Sul a segunda é a categoria médica que ocupa o quarto lugar nas Regiões Norte e Nordeste, precedidos pelos agentes comunitários de saúde e enfermeiros.

Ao apresentar os marcos temporais do debate de carreiras no SUS, Isabela mostrou que o tema já fazia parte do ideário da Reforma Sanitária e é definido na Constituição. Ainda em 1990 foi criada a primeira comissão para elaboração de proposta de PCCS para os trabalhadores do SUS, seguida por diversas iniciativas até a publicação em 18/01/24 da portaria 3.100 que instituiu a comissão técnica para discussão de carreiras no SUS. A necessidade de uma carreira no SUS foi aprovada em todas as Conferências

Nacionais de Saúde e ratificada na 17ª. Conferência, realizada em Julho de 2023.

Uma questão importante a ser considerada é a própria definição de trabalhadores do SUS. De acordo com a NOB-RH, são todos aqueles que realizam ações e exercem as suas atividades ou funções em serviços públicos de saúde e em serviços de saúde privados, conveniados e contratados pelo SUS.

Já desde a década de 90 o Ministério da Saúde tem a função de definir diretrizes gerais para o estabelecimento de planos de carreiras nos estados e municípios. A Secretária apresentou o levantamento recente realizado pela SGTES de todos os planos adotados nos estados brasileiros – 24 unidades federadas e 28 leis – detalhando sua estrutura, forma de ingresso, carga horária, avaliação de desempenho, etc. Estas informações estão disponíveis na base de dados do Centro Nacional de Informação do Trabalho em Saúde (CENITS).

Ainda entre as iniciativas da SGTES, Isabela citou a criação do Programa de Valorização da Gestão do Trabalho e Educação na Saúde no SUS (ValorizaGTES), criado em dezembro de 2023 com repasse de recursos financeiros a

estados e municípios para fortalecimento da capacidade de gestão do trabalho, e a já citada criação da Comissão para Discussão e Elaboração de Proposta de Carreira no âmbito do SUS. Esta foi criada com prazo de um ano para seus trabalhos, mas Isabela acredita que será possível apresentar uma primeira minuta para discussão em 6 meses.

Considerando o debate atual, a secretária apontou que na discussão de carreiras, diferentes desenhos e denominações têm sido utilizadas como: carreira única; carreira nacional do SUS; carreira interfederativa; carreira especial no âmbito do SUS; carreira de atenção primária à saúde e carreira única do médico.

Entre os grandes desafios apontou:

- **Heterogeneidade da Força de Trabalho no SUS:** participação crescente de OSS e filantrópicas; diferentes formas de gestão do trabalho em diferentes entes da federação; particularidades territoriais, a exemplo da saúde indígena; a reivindicação dos médicos de uma carreira específica
- **Transformações do mundo do trabalho:** novas tecnologias; potencial de transformação nas ocupações em saúde, exigindo formação interdisciplinar

- **Financiamento:** dimensionamento e impacto orçamentário-financeiro X subfinanciamento estrutural, piso salarial
- **Limites fiscais:** lei de responsabilidade fiscal e arcabouço fiscal
- Finalmente, Isabela propôs questões estratégicas para debate:
- Qual modelo de carreira do SUS é viável? (por quê, como, com quanto)
- Quais elementos são imprescindíveis para uma carreira do SUS?
- Qual o impacto da carreira na desprecarização das relações e condições do trabalho na saúde?
- Jornada e trabalho/tabela salarial?
- De que forma a carreira pode impactar na qualidade da prestação de serviços do SUS?

Ronaldo Teodoro, Professor do Instituto de Medicina Social da UERJ, abordou três temas em sua apresentação: a centralidade do trabalho para a construção do SUS, as agendas alternativas ao PCCS e as experiências e diretrizes

para uma carreira do SUS.

Ronaldo iniciou argumentando que, ao longo da implementação da reforma sanitária, a valorização do trabalho sofreu o que chamou de um eclipse histórico. De uma pauta com muita força nos anos 90, a partir dos anos 2000 perde sua centralidade. Na medida em que surgem a Lei de Responsabilidade Fiscal e a de terceirizações, com a multiplicação de organizações sociais, a gestão de saídas mais imediatas e adaptativas ganham relevância e aquelas mais programáticas, como os planos de carreira, perdem a capacidade de viabilização.

A pauta do trabalho passa a ser vista como corporativa, deslocada do interesse público, dificultando a legitimação pública desta agenda. A seu ver, este é um grande avanço da visão neoliberal na saúde, num contexto de submersão histórica do valor do trabalho também para além da saúde.

O não enfrentamento da agenda do trabalho cria externalidades, citadas em 4 dimensões. Cria um hibridismo público-privado especialmente a partir de modelos gerencialistas, como as organizações sociais, que passaram a estruturar o trabalho no SUS e vão se tornando uma reforma trabalhista no setor da administração

pública, baseada na expansão de vínculos flexíveis e alta rotatividade.

Há implicações para o financiamento, já que para os municípios há considerável pressão orçamentária, com gasto médio de 39% em pessoal. Esta pressão muitas vezes dificulta a aceitação dos parâmetros de oferta nacionais estabelecidos normativamente, trazendo ainda mais dificuldade a uma coordenação federativa já bastante complexa.

Do ponto de vista do planejamento e da garantia de acesso, na medida em que a contratação se dá de forma fragmentada, sem previsibilidade e sem fixação de trabalhadores, torna-se impraticável o planejamento regional. Da mesma forma, a própria estrutura do sistema é afetada, impossibilitando a constituição de redes de atenção e a oferta de cuidado à população.

Considerando os impactos políticos, a agenda não resolvida do trabalho impacta consideravelmente na diminuição da base social do SUS; na fragmentação das lutas trabalhistas; dificulta a articulação federativa e o controle social.

Ronaldo afirma, portanto, que o trabalho não pode ser

visto como pauta corporativa, desvinculada da dimensão sistêmica que tem para a cidadania, a democracia e particularmente para o SUS. Na pandemia, quando houve o ascenso do apreço ao SUS, este foi construído por seus trabalhadores, que morreram às centenas.

Afirma, ainda, que discutir o trabalho é discutir o bem público, a estrutura da própria construção da cidadania e do interesse público, sem o qual tudo o mais se fragiliza.

Com relação às agendas alternativas ao PCCS, o professor aponta a tensão crescente entre gestores e trabalhadores, em que direitos trabalhistas são considerados como enrijecimento dos processos de gestão e como entrave à exigência de flexibilidade para adaptação à realidade sanitária dos territórios.

Por outro lado, em resposta ao diagnóstico de baixo quantitativo de profissionais, desigualdade na distribuição regional e não fixação de profissionais, as estratégias propostas para recrutamento e fixação têm passado pelo pagamento por bolsas, acesso a programas de residência, oferta de moradia ou condições especiais de trabalho, em contraposição à inserção por carreira.

No que se refere às diretrizes nacionais para constituição de carreiras e experiências no campo, Ronaldo aponta que o processo de construção das diretrizes nacionais em 2006 e 2017 teve avanços como a própria Mesa de Negociação do SUS, em seu caráter de participação ampla. Entre as questões reiteradas estão a estabilidade laboral por meio de concursos públicos; a superação da dispersão municipal de vínculos por meio da coordenação federal e recursos da União, a adoção de parâmetros nacionais e financiamento.

Entre os limites apontados no processo estão a insuficiência de recursos federais, a indefinição do papel do ente estadual e a redução do papel das diretrizes nacionais a meras cartas de intenção.

Finalmente, Ronaldo apontou iniciativas que vão na direção de uma possível transição para a instituição de carreiras. A primeira, a instituição da Comissão para discussão e elaboração de Proposta de Carreira no âmbito do SUS, em janeiro de 2024. A segunda, a definição do piso nacional da enfermagem. E em especial, a emenda constitucional no. 120 de 2022, que regulamenta os vencimentos de agentes comunitários de saúde (ACS) e agentes comunitários de endemias (ACE). Nela fica estabelecido que os recursos

financeiros repassados pela União aos estados, ao distrito federal e aos municípios para pagamento de vencimento ou de qualquer outra vantagem aos ACS e ACE não serão objeto de inclusão no cálculo para fins do limite de despesa com pessoal. O professor considera a emenda uma abertura histórica, que levanta uma limitação que há anos restringe o pensar a política de gestão do trabalho. Ao finalizar, declarou que estamos diante de um desafio de formulação, mas também de um desafio de profunda articulação política.

Sábado Nicolau Girardi, Coordenador do Observatório de Recursos Humanos e Saúde do NESCON/ UFMG, iniciou sua apresentação apontando que a preocupação com a força de trabalho/ recursos humanos sempre esteve presente no debate da Reforma Sanitária, tendo sido tema na 8ª. Conferência Nacional de Saúde e de documentos de cuja elaboração participou ainda na década de 90.

Ao comentar a apresentação do Professor Ronaldo, manifestou sua total concordância com a análise apresentada acerca da centralidade do trabalho na discussão do bem público. Utilizando o conceito de reforma incompleta para caracterizar o processo vivido no Brasil, afirmou que a própria Constituição de 1988, ainda que

defina saúde como direito universal, a caracteriza como um bem misto, já que aberto à exploração do capital, num processo de expropriação do público.

Considerou que no século passado transitamos da saúde como carência para uma inserção da saúde num sistema de cidadania regulada ao direito universal, ainda que de forma incompleta, na medida em que a saúde não é assumida como um bem público de distribuição equitativa.

Sábado pontuou que se a preocupação com a saúde complementar já existia à época da 8ª Conferência, hoje ela é imensamente maior. Considerando o orçamento Ministério da Saúde, de cerca de 238 bilhões, ainda que seja vultoso, é definitivamente insuficiente. Mais importante, do gasto total em saúde no país, cerca de 60% é privado, desembolso direto das famílias com medicamentos e planos privados de saúde.

Uma questão central apontada, discutida desde a década de 90, é o desejo expresso por diferentes categorias de trabalhadores, inclusive da saúde, de terem acesso a planos privados suplementares. Hoje, esta é a realidade para trabalhadores das três esferas de governo no país.

A construção de uma carreira para o SUS é um primeiro desafio a ser enfrentado. A massa salarial dos vínculos registrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) é enorme, de mais de 200 bilhões, “correspondendo a um outro SUS”. No entanto, para um SUS de qualidade são necessários trabalhadores que tenham incentivos e interesse no trabalho em saúde.

Apontou ainda que se a Reforma se mostrou incompleta e total invisibilidade cercou a pauta da reforma do trabalho. Ao contrário, assistimos a uma contra reforma, a retirada de direitos e a abertura do mundo do trabalho à exploração sem limites.

Concordando com Ronaldo acerca da importância da emenda constitucional que retirou os recursos federais para pagamento de ACS e ACE do cálculo da despesa com pessoal, afirmou que com a lei de responsabilidade fiscal não se faz carreira.

Apontou a necessidade da mudança de paradigma. Do trabalho como gasto ao trabalho como investimento em saúde, expresso também na qualificação da força de trabalho.

Afirmou que pensar carreiras significa pensar na questão interfederativa e no mosaico de formas de vinculação do trabalho e dos trabalhadores ao SUS. Neste âmbito, chamou a atenção para um grande desafio: grande parte destes trabalhadores está sob gestão privada, ou seja, do ponto de vista decisional e gerencial estão sob controle de agentes privados. Isto é especialmente verdadeiro para a oferta hospitalar, majoritariamente realizada por unidades privadas lucrativas ou não lucrativas contratadas.

Do ponto de vista normativo, citou as propostas apresentadas pela Secretária da SGTES no desafio de reestruturar a relação de trabalho, hoje totalmente fragmentada. Apontou, ainda, a importância fundamental da discussão do escopo das práticas dos diferentes profissionais, rompendo com alguns dos limites hoje impostos.

PRINCIPAIS DESTAQUES

Mesa II: Alcances e limites de alternativas e experiências de constituição de carreiras no SUS

Alternativas e experiências de constituição de carreiras no SUS

Gastão Wagner de Sousa Campos, professor da UNICAMP, iniciou sua apresentação concordando com a síntese apresentada pelo Professor Ronaldo Teodoro e apontando a complexidade do tema, tanto do ponto de vista político como técnico. Destacou a enorme quantidade de trabalhadores e categorias profissionais envolvidas, as questões da interprofissionalidade e da multiprofissionalidade, os conflitos acerca de concepções de gestão e a natureza do trabalho em saúde, que lida com pessoas em sofrimento e dor.

Destacou que a criação de carreiras é parte de um movimento de valorização do SUS, um desafio político e técnico que ao mesmo tempo deve considerar e pensar a viabilidade administrativa e financeira.

No contexto de uma desvalorização geral do trabalho, em que direitos são vistos como privilégio, trabalhadores como “colaboradores” e os “empreendedores” como heróis, considera-o um desafio semelhante ao enfrentado para a criação do SUS. Requer a constituição de um movimento sanitário que enfrente a luta pela aprovação de uma política pública num país tão desigual como o nosso, recolocando o trabalho e o trabalhador no centro do debate, no âmbito

de um movimento de defesa do SUS e do usuário.

No bojo deste movimento, é necessário enfrentar o tema da terceirização e da privatização, citando estudo publicado pelo periódico britânico Lancet mostrando o dano que a terceirização tem causado aos sistemas nacionais e à saúde das populações.

Apontou a extensão da contrarreforma administrativa que na prática levou à precarização do trabalho em saúde. Em levantamento que vem sendo desenvolvido acerca dos NASF (e-multi) em nível nacional, 60% dos trabalhadores são precarizados, sem nem mesmo contratação CLT. Citou ainda o elevadíssimo grau de precarização de trabalhadores da atenção primária da cidade de São Paulo, gerida através de organizações sociais, destacando que não é possível ter uma política de pessoal sem a desconstrução da terceirização.

Ao mesmo tempo, apontou a baixa qualidade da gestão na administração direta, onde todos os gestores são ocupantes de cargos de confiança e propôs que a gestão seja também ocupada através de carreiras. Considera essencial a criação deste movimento, que demonstre que o SUS é possível e que mudar a administração pública é possível.

Gastão defende um projeto “maximalista”, que considere onde se quer chegar, que passará por alcançar objetivos intermediários, mas em que estes sejam coerentes com o objetivo final. Reiterou que não há sentido em pensar carreiras de forma desconectada das necessidades de saúde da população, sem pensar o usuário, apontando que o trabalho em saúde necessita do controle social.

Para a definição de propostas, considerou que naturalmente não é possível que cada município, cada estado, cada hospital desenvolva sua própria contra reforma de pessoal. Carreiras no SUS devem ser necessariamente integradas, o que pressupõe uma nova relação com o federalismo, com centralização de diretrizes nacionais e gestão cotidiana do trabalho descentralizada.

Em sua visão, o ingresso na(s) carreira(s) do SUS se dá por concurso público, que poderiam ser descentralizados, a partir do qual os trabalhadores se tornam estatutários. Considera que é possível avançar em carreiras interprofissionais, atravessadas matricialmente pelos direitos de cada categoria.

Uma outra possibilidade é a instituição de carreiras para áreas específicas de atuação, como, por exemplo, para

a atenção primária; para a saúde pública; para o apoio administrativo que englobe as funções de planejamento, gestão de recursos, auditoria, etc. Cada uma destas carreiras com suas especificidades e formas de acesso.

Do ponto de vista da gestão da(s) carreira(s) aponta a necessidade de uma autarquia ou de agências públicas com alocação de fundos específicos. Para a composição destes fundos, considera a realocação paulatina do que é hoje gasto em pessoal, onde gasta-se muito, sem respeito aos direitos trabalhistas e sem alcançar nem eficiência nem efetividade.

A proposta de carreira no SUS deve “valer a pena” para o trabalhador, deve poder “concorrer no mercado” e fazer sentido para a vida e o trabalho dos profissionais. Afirmou que sem a coordenação federal, uma carreira com essas características não é possível, citando a Anvisa como exemplo de carreira no SUS.

Reafirmou que enquanto uma proposta como esta é construída, é possível pensar estratégias coerentes com este objetivo, desenvolvendo projetos estratégicos, que possam exercer o efeito demonstração. Nesta linha, propõe que a atenção primária seja a primeira área em

que se possa criar uma carreira, na medida em que o setor hospitalar é de maior complexidade, com presença muito significativa do setor privado.

Propôs que o Mais Médicos, atualmente gerido pela AG-SUS transforme-se em Mais Equipes de Saúde da Família, uma carreira pública, com entrada por concurso. Desta forma, mantém-se a coerência com o objetivo maior e ainda que não englobe todos os trabalhadores do SUS, possibilita a construção de avanços no enfrentamento à cultura da privatização e da terceirização.

Heider Pinto, professor da Universidade Federal da Bahia, focou sua apresentação na análise de cinco experiências que buscaram enfrentar os desafios da gestão do trabalho no SUS.

A primeira foi a elaboração de novo Plano de Carreira, Cargos e Vencimentos de Aracaju, desenvolvida pela gestão municipal, no âmbito da administração direta no período 2003-2004. Aconteceu no contexto de uma gestão municipal bem avaliada, com respaldo do executivo e um projeto na saúde reconhecido nacionalmente (Saúde Todo Dia). Na área da APS, a situação era de muitos profissionais terceirizados através de associações civis,

modalidade recomendada pelo Ministério da Saúde nos anos 90.

O projeto foi desenvolvido em dois mandatos consecutivos, com um desenho de carreira que contemplava especificidades para a saúde: formação, educação permanente, fixação em áreas mais vulneráveis, avaliação de desempenho.

Avanços foram alcançados como a garantia dos direitos trabalhistas e previdenciários e valorização e investimento no trabalho com foco na educação permanente e na fixação da força de trabalho.

No entanto, um dos problemas enfrentados, foi o consumo precoce dos recursos disponíveis e propostos inicialmente, já que pequenos ganhos de inflação não haviam sido previstos no cálculo inicial e foram introduzidas mudanças após negociação com o movimento sindical.

Uma outra questão é a complexidade da relação entre Executivo, Câmara dos Vereadores e o movimento sindical. Qualquer negociação realizada com os trabalhadores de saúde, para ser implementada, deveria passar pelo crivo do Legislativo, onde era debatida a extensão dos mesmos

benefícios a todo o funcionalismo municipal, provocando veto às negociações realizadas. Neste contexto, a tendência foi de estabilidade/ estagnação da política de gestão do trabalho.

Ainda entre os desafios estiveram a perda de potência das estratégias de motivação, avaliação, premiação e sanções, ao lado do enorme desafio do custo crescente no médio prazo e do custo atuarial de longo prazo. Em seu conjunto, esses obstáculos levaram à estagnação do Plano e a volta aos acordos de diminuição de carga horária a cumprir. Adicionalmente, o maior poder de barganha dos médicos fez com que estes pudessem exercer maior pressão sobre o Legislativo, conseguindo eventuais concessões e gerando iniquidades.

A segunda experiência apresentada foi a da Fundação Estatal Saúde da Família (FESF-SUS) do estado da Bahia. Como em Aracaju, havia muitos profissionais terceirizados, alta rotatividade, grande variação de salários e déficit de provimento médico. Os municípios mais pobres pagavam os maiores salários aos médicos, única forma de conseguirem contratar esses profissionais.

A fundação resultou de um arranjo político e jurídico-

institucional complexo, que envolveu mais de 120 municípios do total de 417, que aprovaram a lei de criação da FESF-SUS, criando um braço executivo e uma carreira de base regional para os médicos da APS.

A constituição da Fundação, por sua complexidade, teve alto custo político e administrativo, mas, passado o momento inicial, garantiu maior agilidade ao processo, em comparação, por exemplo, com a experiência de Aracaju.

Foi definida uma carreira com especificidades como faixas e incentivos de fixação, educação permanente, remuneração por performance, prêmio de inovação e possibilidade de mobilidade à medida que o profissional se especializa em subespecialidades.

A direção da Fundação envolve municípios, estado, universidades, conselho estadual de saúde e trabalhadores, com uma relação entre entes federados de considerável complexidade. Naturalmente, o poder de condução é maior para o financiador. À medida que a SES BH aumentou sua alocação de recursos, seu poder de definição de prioridades foi aumentando.

Por outro lado, o fato da Fundação não ser orçamentada,

exigindo a celebração de contratos que a mantenham, pode induzir a economicidade, mas a inadimplência tem alto poder de quebrar as Fundações. Importante ressaltar que o financiamento bipartite foi uma das razões pelas quais muitos municípios não aderiram à Fundação, por não quererem cobrir os custos da desprecarização.

A FESF-SUS alcançou a valorização do trabalho e a garantia dos direitos trabalhistas e previdenciários, alcançando melhoria de acesso e de qualidade da atenção. Inovou, também, ao instituir uma gestão compartilhada complexa, entre o estado e os municípios, exigindo envolvimento local.

Um dos obstáculos enfrentados pela experiência foi a dos municípios aceitarem que a Fundação contratasse apenas os médicos, o que impediu a extensão da carreira aos demais profissionais. Por outro lado, os custos extras de enfrentar a desprecarização, além de dificultarem a adesão inicial, também dificultaram a progressão da carreira, sem a contrapartida bipartite.

No terceiro ano da Fundação, com a criação do Mais Médicos, os gestores municipais avaliaram que não havia mais necessidade de adesão à Fundação, na medida em que o Ministério da Saúde faria a provisão sem custos

para os municípios. Hoje a FESF-SUS atua em diversas frentes, mas não mais com contratos permanentes.

A terceira experiência apresentada foi a dos Consórcios Interfederativos dos estados do Ceará e da Bahia, destinados a prover assistência ambulatorial especializada, que foram objeto de amplo debate no Seminário “Desafios da Regionalização da Política de Saúde no Brasil: Obstáculos e Alternativas”, realizado em 20/12/2023 por este Observatório do SUS/ ENSP.

Os consórcios foram criados inicialmente no Ceará, a partir de 2010 e na Bahia, a partir de 2017. Atualmente, existem 22 consórcios em cada estado. Sua constituição resultou de iniciativa do governo estadual e de sua secretaria de saúde, resultando em consórcios interfederativos envolvendo o estado e os municípios de uma região na criação de unidades de atenção especializada. Os estados desenvolveram uma ampla discussão acerca da regionalização e tanto o planejamento como a gestão se dão em base regional.

A característica central dos Consórcios é a presença decisiva do governo do estado para assegurar os recursos e mecanismos de sustentabilidade, combinada a uma

gestão que combina dimensões locais, regional e estadual. A relação do governo estadual se dá com a assembleia de prefeitos e a gestão cotidiana se dá através da unidade de gestão estadual, a direção executiva dos consórcios e a gestão da policlínica. Embora uma policlínica possa estar localizada no município polo, sua gestão não é deste município, para que se possa alcançar o caráter regional.

Heider considera que uma questão central que possibilita a existência dos Consórcios é a existência de leis anti-inadimplência, que os protegem da dependência dos municípios pagarem seus contratos, a exemplo do que aconteceu na FESF-SUS na Bahia. Um exemplo de mecanismo é a possibilidade de retenção pelo governo estadual de parcela do ICMS municipal correspondente ao valor de contratos não pagos. Heider afirma que este é um fator essencial à sustentabilidade de qualquer proposta de financiamento interfederativo e que sem mecanismos anti-inadimplência, as propostas estão fadadas ao fracasso.

Do ponto de vista da gestão do trabalho, a contratação é feita através de CLT e execução direta pela maioria dos consórcios, com todos os direitos trabalhistas e previdenciários garantidos. Não há ainda um projeto de

carreira. Isto se deve à avaliação de que nos próximos anos acontecerão mudanças no mercado do trabalho médico, com maior oferta de profissionais e uma tendência à diminuição do pagamento no mercado privado, influenciando a criação das carreiras públicas.

Os consórcios ampliaram o acesso à atenção especializada, um dos grandes nós observados no SUS e objeto de política recém lançada pelo Ministério da Saúde, também discutida no Seminário sobre Regionalização realizado por este Observatório e já citado.

Entre seus desafios, estão a gestão compartilhada que exige grande envolvimento dos entes federados e o da permanente qualificação da gestão das unidades, tentando diminuir diferenças entre elas em relação a avanços conquistados na mudança dos processos de trabalho. Um outro desafio é o da captação de médicos com formação nas especialidades mais bem remunerados no mercado, um desafio comum à gestão do trabalho no SUS em todo o Brasil.

A quarta experiência apresentada foi a da Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (ADAPS), criada pelo governo federal em 2020 e transformada na

Agência Brasileira de Apoio à Gestão do Sistema Único de Saúde (AgSUS) em 2023.

A ADAPS foi criada com o objetivo discursivamente anunciado de criar melhor vínculo e emprego aos médicos do Mais Médicos, substituído por Médicos pelo Brasil, atendendo a promessas da campanha presidencial de 2018. Sua aprovação se deu no primeiro ano de governo e viabilização no último, tendo sofrido resistência da Fazenda e do Planejamento para sua implementação. Sua direção contava com a gestão tripartite do SUS e representação das corporações médicas, com dependência econômica e política do MS. Da mesma forma que a FESF-SUS da Bahia, não era orçamentada, exigindo a celebração de contratos para sua sustentação.

O emprego público era garantido apenas para supervisores, minoria dos trabalhadores. Aos médicos, a imensa maioria, o pagamento seria por bolsa por 2 anos, antes da efetivação de contratos. Aos contratados, eram garantidos os direitos trabalhistas e previdenciários e segundo Heider, os resultados foram similares aos alcançados pelo Mais Médicos, com custos muito maiores, na medida em que um trabalhador contratado

é sempre muito mais custoso do que um bolsista.

A gestão compartilhada era feita de forma frágil, com busca de protagonismo político dos gestores da ADAPS. A propósito, Heider ressaltou que esta é uma tendência também observada em relação aos diretores das organizações sociais e que não é possível negligenciar o peso político que estes atores acabam por assumir.

No processo de transição do governo federal, iniciado em 2022, foi identificada a necessidade de reorientação da ADAPS e sua utilização para dar mais potência ao SUS, tendo sido transformada em AgSUS.

A última experiência citada é a da criação de Fundações Estatais no município de Volta Redonda, Região do Médio Paraíba do Estado do Rio de Janeiro. A situação de gestão do trabalho em saúde no município apresentava os problemas comuns de profissionais terceirizados, com vencimentos abaixo do piso e alta rotatividade. Havia diversas ações do Ministério Público, concursos públicos não conseguiam atrair profissionais e a solução das Organizações Sociais não teve capacidade de solucionar o problema.

Em 2023 foram criadas por lei municipal 2 fundações estatais: a Fundação Estatal de Atenção Básica e Especializada e a Fundação Estatal Hospitalar e de Urgências e Emergências, uma inovação no agrupamento de campos de atuação que permitiria maior mobilidade entre áreas de atuação.

A gestão é da Secretaria Municipal e a carreira proposta contempla especificidades da saúde, como emprego amplo, incentivos, avaliação de desempenho, remuneração por performance e educação permanente, além do planejamento, formação e alocação da força de trabalho.

Nesta experiência, Heider chamou a atenção para uma inovação, ao serem propostas carreiras para a área ambulatorial (APS/especializada) e outra para as áreas hospitalar/ emergência, expressando a mobilidade de áreas de atuação proposta para os profissionais em cada campo de atuação.

É uma experiência ainda em processo de implementação, a ser observada e acompanhada, mas Heider já aponta um grande desafio a ser enfrentado: a falta de orçamentação e possíveis problemas de atraso e inadimplência.

Luciana de Gouvêa Viana, diretora de gestão de pessoas da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEH, apresentou a experiência da empresa, uma empresa pública, de direito privado, atuando com 100% de recursos públicos dependentes da União, ligada ao Ministério da Educação, criada por lei em 2011. Seu orçamento em 2023 foi de 13,4 bilhões de reais.

A EBSEH atua na gestão de hospitais universitários federais, é vinculada e financiada pelo Ministério da Educação, mas também gerida por diretrizes gerais do Ministério de Gestão e Inovação (MGI) em suas regulações com relação às estatais. Atualmente conta com 41 hospitais em 23 unidades da federação e 10 em processo de análise para assinatura de seu contrato de gestão.

Sua criação deve-se à necessidade de recomposição da força de trabalho nos hospitais universitários que vinham adotando as mesmas medidas observadas na gestão do trabalho no SUS em todo o Brasil, através de contratações temporárias via fundações universitárias ou criação de outros vínculos precários, comprometendo seu orçamento de custeio. De acordo com Luciana, em alguns hospitais chegava a 50% o percentual de

profissionais contratados desta forma.

A EBSEH conta com 60 mil trabalhadores, 87% dos quais são profissionais assistenciais, sendo 16 mil estatutários e os demais contratados por CLT, por concurso público e processos seletivos realizados pela empresa. Do total de trabalhadores, 32% são técnicos em enfermagem, 22% médicos, 17% enfermeiros e 11% trabalhadores assistenciais de nível superior em outras categorias.

A EBSEH possui um plano de carreiras, constituído recentemente. A rotatividade é maior entre assistentes administrativos, em que o salário é menor que o do mercado, seguido pelos médicos.

Atualmente, após um período de congelamento de salários e suspensão do diálogo com os trabalhadores, a empresa está no processo de recomposição da mesa de negociação permanente, com novos acordos assinados em 2023/2024, incremento de benefícios e fortalecimento das relações de trabalho.

Luciana destacou a dificuldade da gestão do trabalho médico, em que cada vez mais se observam formas fragmentadas de prestação de atenção, organizações em

pequenas empresas e cooperativas, especialmente em algumas especialidades. Entre os principais desafios de contratação para a EBSERH estão neonatologia, terapia intensiva, oncologia, anestesiologia, cirurgia cardíaca, cirurgia pediátrica e neurocirurgia. Nestes casos, quando os concursos não atraem profissionais, são realizados processos seletivos para contratação de curta duração e, em último caso, contrato via pessoa jurídica.

Destques dos grupos de trabalho

O tema da(s) carreira(s) no SUS deve ser debatido a partir de um mapeamento e compreensão de macro desafios que incidem, direta ou indiretamente, sobre as suas condições de possibilidades. Um deles, de ordem econômico-financeira, se refere ao contexto de estrangulamentos fiscais, fortemente presentes na Lei de Responsabilidade Fiscal, que tem sido um entrave para a adequação das despesas com pessoal às necessidades do SUS. Outro é a relação de competição do sistema público com o setor privado/medicina supletiva (SUS x privado), impondo gargalos no provimento de profissionais (sobretudo médicos) em áreas cruciais do sistema público de saúde (atenção especializada).

E, ainda, o aspecto da governança pública, marcada pela autonomia e pelo exercício do poder político dos entes da federação, implicando no desafio em compatibilizar a gestão local do SUS (município) e a eventual atuação federal/estadual na coordenação de carreiras para o sistema (contratação, definição dos incentivos, mobilidade etc.). Pensar a governança de carreiras no SUS passa por considerar a delicada relação entre o contratante (que garantirá os direitos trabalhistas e previdenciários) e o gestor cotidiano de seu trabalho, considerando que a

maioria absoluta tem como viabilizar carreiras municipais.

É preciso também considerar as novas práticas e interações com as novas tecnologias no exercício das profissões de saúde, e como o marco regulatório profissional se adequa a essas mudanças no mundo do trabalho em saúde (sua regulação no cenário atual precisa ser bem compreendida). Será preciso rever/reavaliar/rediscutir as fronteiras das competências profissionais, orientando-as à alguma flexibilidade para que se acolha uma espécie de escopo expandido da atuação profissional no SUS (possibilidades de ultrapassar limites das profissões hoje estabelecidos).

É preciso pensar na plasticidade na carreira (na trajetória), nas possibilidades de trânsito entre saberes, campos de atuação e de níveis.

Um destaque importante se refere aos atributos de atratividade de uma carreira, havendo pelo menos dois pontos determinantes: (1) enxergar valor de uso do seu trabalho (meu trabalho produz efeitos na saúde das pessoas?); (2) possibilidade de planejar a vida pessoal e profissional a longo prazo (sentir que tem segurança no vínculo, que os locais de trabalho e de moradia são adequados; e que é possível mudar de rumo, ter

mobilidade dentro da carreira). A carreira também deve ser pensada/desenhada em articulação com o processo de formação, não ficando restrita ao seu papel em prover força de trabalho para a área assistencial. A formação tem um papel estruturante na conformação da carreira do SUS. É preciso ter compatibilização entre os processos formativos e a incorporação do profissional na carreira pública, sobretudo pelo contexto de privatização do ensino, com a entrada de grupos empresariais estrangeiros que gerem carreiras profissionais.

Os grupos identificaram alguns avanços no Brasil, a partir de experiências como o protocolo 6 da Mesa Nacional de Negociação Permanente em Saúde, que contribuiu, ainda que parcialmente, no desenho de Planos de Cargos, Carreiras e Salários (PCCS) nos estados brasileiros. No entanto, a simples existência do PCCS é insuficiente, uma vez que não se garante sua efetividade, em termos de atratividade, estímulos remuneratórios e demais benefícios necessários para vincular o trabalhador à carreira. Carreira é algo maior, que abrange e valoriza o PCCS, mas não se esgota nele.

Outras experiências relatadas e que podem se constituir em exemplos e pontos de partida para o desenho da carreira do SUS foram: a implantação do Piso Salarial da Enfermagem, a luta pela regulamentação profissional dos Agentes Comunitários de Saúde e o Programa Mais Médicos.

Foram mencionadas, ainda, as discussões e deliberações sobre a “Carreira única do SUS”, à luz das resoluções da 17ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 2023.

Proposições

Considerar a definição de trabalho e de trabalhadores do SUS como bem público. Trabalho não pode ser visto como pauta corporativa, desvinculada da dimensão sistêmica que tem para a cidadania, a democracia e particularmente para o SUS. Trabalho é investimento e não gasto em saúde.

Criação de Carreira(s) no SUS com diretrizes nacionais e descentralização da gestão cotidiana do trabalho

Pensar nas carreiras por nível de atenção e começar pela APS, pois estabelece um diálogo estratégico com a população, com a opinião pública.

A(s) Carreira(s) deve(m) ter distintos perfis profissionais nos diferentes níveis de atenção. Deve(m) ser mais flexíveis para progressão e mobilidade, para crescimento ao longo do tempo (atuação, tempo e qualificação, com progressão vertical e horizontal), aproveitando melhor talentos e experiências. Carreira(s) abrangente(s), voltada(s) a todos os trabalhadores do SUS, inclusive os profissionais que trabalham na gestão do SUS, articulando-se inter e multiprofissionalidade.

Criar atributos de mobilidade, tanto entre níveis de formação (progressão de nível técnico para nível superior, por exemplo), quanto entre os níveis de atenção (da Atenção Primária para a Especializada, por exemplo) e entre os níveis da gestão do SUS (federal, estadual e municipal).

Proposições

Criar diretrizes e dispositivos gerais contemplando especificidades loco-regionais e a perspectiva de equidade para trabalhadores, com robustos dispositivos de equidade, com superação das desigualdades de gênero e de raça, garantias de inclusão e cumprimento de direitos da pessoa com deficiência e, territórios sobretudo os mais vulnerabilizados e/ou com dificuldades de atração de profissionais.

Desenho com coordenação centralizada, financiamento tripartite, mas com papel preponderante do nível federal. É preciso pensar cuidadosamente na arquitetura institucional da gestão e do financiamento da(s) carreira(s) do SUS. Pensar em um processo de ressignificar a governança política.

Necessidade de criação autarquia ou de agências públicas com alocação de fundos específicos.

Revisitar o Plano de Cargos e Carreiras de Salários do SUS (Protocolo número 6), que tem sido tema de discussões em mesas de negociações, especialmente devido aos desafios de financiamento e diálogo com o CONASS e CONASEMS. Importante revisar também a NOB-RH SUS.

Considerar a experiência do FUNDEB na área da educação, destacando a lógica tripartite do fundo e sua alocação com uma definição de participação mínima de aporte de recursos, como um modelo geral a ser seguido.

Proposições

Necessidade de existência de leis anti-inadimplência, que protegem da dependência dos municípios pagarem seus contratos, este é um fator essencial à sustentabilidade de qualquer proposta de financiamento interfederativo.

Transformar o Mais Médicos, atualmente gerido pela AG-SUS em Mais Equipes de Saúde da Família, uma carreira pública, com entrada por concurso.

Centralizar as diretrizes nacionais e descentralizar a gestão cotidiana do trabalho.

Privilegiar o regime estatutário e estabilidade dos profissionais como fatores que favorecem a permanência dos profissionais em contraponto aos modelos de OSS, Fundações e empresas públicas. Mas, avaliar a aplicabilidade da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) de acordo com a natureza jurídica da organização, considerando se ela representa um modelo de precarização ou não.

Desenvolver estratégias de comunicação e atuação junto aos trabalhadores (incluindo suas representações corporativas – sindicatos, conselhos e associações), à população (usuários, sociedade civil, ampliando a base social de apoio), aos governadores, aos prefeitos e gestores do SUS, para fortalecer a argumentação e contra argumentação do debate sobre as carreiras

Proposições

Necessidade de desenvolvimento de estratégias de formação permanente pois a formação é estruturante para a proposta de carreiras no SUS

Incluir a proposta na pauta dos governos estaduais a partir do CONASS, bem como prefeituras pelo CONASEMS.

Necessidade de revisão da Lei de Responsabilidade Fiscal.

Considerações finais

O Seminário **Carreiras do SUS: Obstáculos e Alternativas**, abordou a viabilidade e desafios da constituição de carreiras no SUS e debateu o alcance e limitações de algumas das experiências de constituição de carreiras. Em suas mesas e grupos de debate contou com a participação de instituições, gestores, pesquisadores e especialistas dedicados ao tema, culminando num conjunto de proposições para enfrentamento dos desafios à gestão do trabalho no SUS.

O Seminário aconteceu num momento de fundamental importância para o debate do tema, em que a SGTES/MS têm desenvolvido grande número de estratégias para diagnóstico da situação da força de trabalho em saúde e elaboração de propostas de enfrentamento da situação de precarização de vínculos que se observa em todo o país. Marco deste momento é a criação da **Comissão para Discussão e Elaboração de Proposta de Carreira no âmbito do SUS**, em janeiro de 2024.

O trabalho no SUS, longe de ser uma pauta corporativista, como geralmente tem sido encarado, é central à própria constituição do sistema, à garantia do direito à saúde, à construção da cidadania e à busca de equidade.

A situação hoje é a de predominância de vínculos precarizados, equiparação de direitos trabalhistas a privilégios, dificuldade de captação e fixação de profissionais e alta rotatividade. Sem o enfrentamento da agenda da gestão do trabalho, a constituição de carreira(s) que possam atrair, fixar e dar incentivos e sentido a trabalhadores e trabalhadoras, não é possível garantir acesso nem atenção ao usuário.

Por outro lado, a gestão do trabalho no SUS não pode ser separada de outros grandes temas, como o **Financiamento** e a **Constituição efetiva da regionalização**, tratados nos 2 primeiros Seminários realizados pelo Observatório SUS/ENSP e a Abrasco, em setembro e dezembro de 2023, respectivamente.

Ao encerrarmos este primeiro ciclo de enfrentamento de grandes temas, estratégicos à garantia do direito à saúde, esperamos que as análises e proposições produzidas e apresentadas possam contribuir e subsidiar o debate e a atuação dos diversos atores que lutam pela defesa do SUS.

Anexos

TEXTOS-BASE

Ronaldo Teodoro

Professor Associado do Instituto de Medicina Social da UERJ

Como procuraremos apresentar, as políticas para o trabalho na área da saúde têm implicações sistêmicas para o SUS, repondo limites não apenas para o modelo de gestão, mas com desdobramentos de ordem econômica e de articulação política da própria luta sanitária. Esse enquadramento analítico tem como fundo teórico a compreensão de que a agenda dos direitos do trabalho foi central para a constituição dos Estados de Bem-Estar Social no século XX, sendo natural que a fragilização dessa premissa afete sistemicamente qualquer programa que tenha a democratização de direitos como horizonte normativo.

A relação entre os direitos públicos do trabalho e da saúde, tornou-se uma agenda de máxima urgência histórica, uma vez que o direito do trabalho no SUS pode ser considerado um ponto cego da Reforma Sanitária Brasileira. São muitos os estudos que vêm sistematizando informações sobre a crescente degradação do trabalho na saúde pública

(Machado et al., 2020), sendo esta uma realidade que se estende inclusive à categoria médica (Levi et al., 2022).

Em síntese, se é possível constatar uma expansão inegável da assistência pública à saúde a nível nacional nas últimas três décadas, é igualmente verdadeiro que esta se fez acompanhar por uma fragmentação das contratações e da superexploração do trabalho no setor.

A instabilidade do vínculo laboral, a alta rotatividade no emprego, a multiplicidade dos tipos de vínculos e a ausência de incentivos para a fixação de profissionais, sobretudo em municípios remotos ou de baixa arrecadação, têm impactos importantes para o planejamento regional e para a coordenação e integração de serviços. Isso nos permite afirmar que a agenda do trabalho é central para a garantia do acesso aos serviços de saúde, sendo, portanto, um item importante para a constituição de uma RAS regionalizada. Pode ser acrescentado ainda que a instabilidade e rotatividade dos vínculos de trabalho desvirtua até mesmo os propósitos de formação e qualificação profissional que orientam a Política de Educação Permanente em Saúde.

É nuclear a esse debate a consideração de que, ao contrário de outras áreas da burocracia pública, a área

Texto para Debate:

Seminário Carreiras no SUS:
Obstáculos e Alternativas.

da saúde foi vítima preferencial dos fundamentos da Nova Gestão Pública.

Dentre seus impactos, para além da sua pauta de organização dos serviços por metas e custos-efetividade, tal paradigma pode ser compreendido como uma verdadeira reforma trabalhista no interior do Estado brasileiro.

Na esteira de uma crescente descredibilização da burocracia pública, os princípios da Nova Gestão foram decisivos para a expansão de parcerias público privadas na estrutura do SUS. Assim, formou-se progressivamente uma estrutura de incentivos federais para a terceirização dos contratos de trabalho simplificados via CLT, desestimulando a realização de concursos públicos. Nessa trajetória, com a Reforma Trabalhista de 2017, a profusão de contratos celetistas no setor mostrou-se ainda mais problemática. A terceirização irrestrita, a legalização dos trabalhos temporários e intermitentes, além da pejotização sentaram praça no campo.

Cabe também considerar que a degradação do padrão de contratação do trabalho no SUS acompanhou o movimento geral de descentralização das funções sociais no estado brasileiro. Nesse percurso, na área da saúde a

descentralização foi compreendida como sinônimo de municipalização. Conforme se pode apurar no SIOPS, a principal fonte de despesa dos gestores municipais com saúde é o gasto com pessoal. Em 2022, considerando todos os municípios do país, o gasto médio com pessoal foi de 39,16% da despesa total.

Em síntese, a combinação entre a municipalização da gestão do SUS e os limites financeiros impostos pela Lei de Responsabilidade Fiscal à contratação de servidores, nos permite compreender duas tendências político ideológicas no âmbito da saúde pública: (i) a ampliação da contratação de força de trabalho por meio da CLT e contratos simplificados, com as Fundações Estatais; (ii) o fomento de parcerias público-privadas como as OSSs, as OSCIPS, e mais recentemente as SSAs.

A persistência e a difusão desse cenário em âmbito nacional foram acompanhadas pelo fortalecimento de algumas teses no campo da saúde coletiva que desestimulam o debate sobre a pertinência de um Plano de Cargos Carreiras e Salários (PCCS) no âmbito do SUS. Uma condição que nos parece de central relevância para o debate diz respeito à crescente tensão entre a agenda

dos direitos do trabalho e a perspectiva dos gestores.

Na urgência do dia a dia da gestão, consolidou-se o argumento de que as novas formas de contratação seriam funcionais para a celeridade do provimento e, conseqüentemente, para a expansão dos serviços. Nessa linha argumentativa, a flexibilização dos contratos de trabalho comparece como benéfica à realização do interesse público, em que, de forma implícita, assume-se que o rebaixamento dos direitos do trabalho seria necessário para a garantia do direito à saúde. Nessa chave, as lutas do trabalho por carreira de Estado e suas organizações de classe perdem legitimidade política, tomadas como corporativistas, auto-interessadas. Delineava-se, a partir de então, um corte lento e aprofundado entre uma certa forma de pensar e fazer a gestão da saúde e a experiência de ser trabalhador do SUS.

Outro argumento, de menor centralidade, mas que se faz presente nos debates do campo diz respeito à baixa aderência que a agenda da carreira-SUS teria entre as trabalhadoras e os trabalhadores mais jovens. Estes, expostos às novas formas plataformizadas de trabalho e outras inovações tecnológicas, já não

pensariam em carreiras e estabilidade laboral, tomadas como historicamente ultrapassadas. Sobre este ponto, é importante argumentar que não há pesquisas que sustentem esse discurso.

Se a Nova Gestão Pública e a fragmentação municipal dos vínculos de trabalho podem ser consideradas como o núcleo que estruturou a realidade degradada do trabalho no SUS, a agenda sanitária clássica de um PCCS para servidores concursados conheceu crescente dificuldade de se legitimar historicamente. Com essa corrosão programática, as lutas da Reforma e da construção do SUS lateralizaram o sentido do trabalho e perderam progressivamente a coesão política necessária para alcançar transformações mais profundas.

A agenda de Cargos, Carreira e Salários na Reforma Sanitária Brasileira.

Nos 35 anos de existência do SUS é possível identificar ao menos duas experiências concretas de formulação de um PCCS: uma em 2004, e outra em 2017. A consideração dessas experiências nos servirá de base para apontar os pontos mais relevantes para uma eventual atualização desta pauta para os dias de hoje.

A Mesa Nacional de Negociação do SUS e o caráter participativo.

Em primeiro lugar, é importante destacar que nas duas experiências referidas, não apenas foram necessárias amplas rodadas de negociação com diversos sujeitos políticos da saúde pública, como o centro do debate foi a Mesa Nacional de Negociação do SUS. Vinculada à SGTES, no Ministério da Saúde, a Mesa de Negociação reuniu desde sindicalistas das diversas categorias profissionais, o controle social, secretários de saúde articulados no CONASS e no CONASEMS, representantes do governo federal, e associações profissionais, muitas delas reunidas no Conselho Nacional de Saúde.

- A superação da dispersão municipal dos vínculos de trabalho por meio da coordenação federal

Nas duas experiências acima referidas, a participação federal foi requisitada para coordenar a estrutura nacional das carreiras, definindo limites mínimos como normas para progressão, títulos, jornada de trabalho, níveis de função, espaços de formação e negociação, etc. Na experiência de 2015 – 2017, a presença federal apontava tais parâmetros visando o vínculo regional de ingresso na

carreira, em que a estruturação da RAS e a superação dos desequilíbrios regionais constavam como preocupação.

- A estabilidade por meio de concursos públicos como premissa.

Ainda a esse respeito, vale recuperar que desde a Lei Orgânica da Saúde, nº 8.142/90, e, as NOBs de 1991, 1992 e 1993, a construção de comissões para a formulação de um PCCS para os trabalhadores do SUS era condição legalmente exigida para a habilitação dos municípios ao novo sistema de saúde. Nas experiências de 2004 e 2017, o ingresso por meio de concursos públicos e a estabilidade nos cargos foram premissas balizadoras do debate. Condição essa que atesta a persistência histórica de uma expectativa de efetivação desses fundamentos em amplos segmentos do campo.

Desafios

Pode-se dizer que o grande limite das experiências anteriores de construção de um PCCS para o SUS diz respeito à ausência de participação financeira federal. Contrariamente ao que se tornou regra em políticas como a PNAB, não houve na área do trabalho a dotação de verba

para induzir e habilitar municípios na gestão do trabalho. Sob esta condição, os esforços coletivos daqueles contextos tornaram-se cartas de intenções, sem nenhuma força vinculante.

Vale a pena destacar ainda que outra grande ausência nas discussões das duas experiências a que estamos nos referindo foi a definição do papel dos estados no pacto federativo ambicionado para o PCCS.

Por fim, o financiamento federal da enfermagem é um esforço político e institucional extraordinário. Na esteira desse avanço, poderia ser problematizado a ausência de um debate sobre o amadurecimento de parâmetros de transição nos termos da contratação e das condições de trabalho desses profissionais. Outras iniciativas federais como as transferências financeiras para pagamento de ACS e o Programa Mais Médicos igualmente carecem de uma proposta mais estruturada para carreira e regras de transição para mudanças substantivas do trabalho no SUS.

O entendimento de que não existe teoria democrática sem os direitos do trabalho constituídos é decisivo para o programa sanitário. Enquanto tal, torna-se uma agenda de pleno interesse público e universal, de gestores,

trabalhadoras, trabalhadores e usuários, conforme consta no DNA das lutas sanitárias pela efetiva implementação dos propósitos do SUS.

Referências:

Machado MH, Koster I, Aguiar Filho W, Wermelinger MC de MW, Freire NP, Pereira EJ. Mercado de trabalho e processos regulatórios – a Enfermagem no Brasil. Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2020 25(1):101–12. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020251.27552019>

Levi, M. L., Sousa, J., Almeida, C. J., Matsumoto, K., Sussai, S., Andrietta, L., & Scheffer, M. C. Médicos e terceirização: percepções de trabalhadores e gestores sobre as transformações recentes no mercado de trabalho. Trabalho, Educação E Saúde, 20, 2020; e00846199. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-ojs846>

Anexos

TEXTOS-BASE

Gastão Wagner de Sousa

Professor Titular do Departamento de Saúde Coletiva da FCM/UNICAMP

Resumo

Este ensaio desenvolve argumentos e propostas a fim de fornecer elementos para a construção e implementação de uma nova política e gestão de pessoal para o Sistema Único de Saúde (SUS). Trata-se de um trabalho voltado tanto para auxiliar pesquisadores e especialistas em saúde coletiva, quanto para apoiar movimentos sociais criados para assegurar a sustentabilidade do SUS e condições adequadas de trabalho aos profissionais.

Palavras-chave: Política de Pessoal em Saúde; Gestão em Saúde; Recursos Humanos; Sistema Único de Saúde.

Abstract

This essay develops arguments and proposals to provide elements to construct and implement a new workforce policy and management for the Brazilian National

Health System (SUS). This is a work focused both in helping collective health researchers and specialists and in supporting social movements created to assure the sustainability of the SUS and the adequate working conditions to professionals. Keywords: Policy of Health Workforce; Health Management; Human Resources; Brazilian National Health System

Argumento

O trabalho em saúde tem características próprias, decorrentes do fato de que o “objeto” com o qual lida são pessoas, sujeitos que necessitam de algum tipo de cuidado por serem portadores de enfermidades, riscos e vulnerabilidades. A existência do ser humano é bastante complexa, o que a torna difícil de ser compreendida e analisada, tanto de uma perspectiva interna, quanto a algum observador externo. Essa dificuldade existe porque, em primeiro lugar, os sujeitos costumam reagir quando sofrem alguma intervenção e, segundo, porque pessoas têm diferenças corporais, subjetivas e sociais que interferem decisivamente sobre o processo saúde/enfermidade. Pessoas com o mesmo diagnóstico e comunidades com os mesmos surtos ou epidemias

Texto para Debate:

Elementos para uma Política Nacional e Integrada de Pessoal para o Sistema Único de Saúde

passam por experiências bastante diversas.

A medicina e as ciências da saúde vêm buscando resolver esse dilema reduzindo o “objeto de trabalho” apenas à doença: partem do pressuposto de que a doença ou risco são seres autônomos, conhecíveis pela produção de ontologias, explicações particulares e universais para cada um deles, e isso em qualquer contexto em que ocorram. Essa manobra epistemológica tem permitido aos cientistas e profissionais operarem com uma suposta e quase absoluta objetividade. Dessa pretensão nasceu e vem se desenvolvendo a medicina baseada em evidências (Drummond et al., 2014). A partir de achados empíricos objetivos e verificáveis, seria possível a construção de protocolos, a padronização das práticas das condutas e, grande pirueta organizacional, a automação do agir profissional mediante modelos hierarquizados de gestão. Com base nessa racionalidade, vêm sendo construídas estratégias de gestão centradas no controle do trabalho. Há algumas décadas, usaram-se variações do tradicional taylorismo; hoje, apoiam-se em várias modalidades do chamado “gerencialismo” (Newman; Clarke, 2012), modelos de gestão que operam com poder centralizado.

O trabalho em saúde das profissões e especialidades seriam ordenadas, antigamente, pelas linhas de produção; agora, por metas definidas sempre fora do processo de trabalho, com grande concentração de poder na gerência e suposição de homogeneidade das redes, serviços e equipes. O mais grave, contudo, é que as tais “metas”, em geral, fazem referência a procedimentos, a tarefas, e não à definição de responsabilidades sanitárias a serem trabalhadas com criatividade pelas equipes.

Ora, o trabalho em saúde não implica regularidade e repetição, conforme supõe essa visão tecnocrática. Esse tema foi analisado por Aristóteles em séculos passados (Aristóteles; 2007). O filósofo identificou que, em ciências aplicadas aos seres humanos, a relação entre conhecimento e sua prática necessitava de mediadores humanos, seres críticos, com discernimento ético e técnico, competentes para combinar o saber, as normas e o planejado com o contexto, a situação e os sujeitos focos da intervenção. Ele denominou esse tipo de prática de “práxis”. Outros estudiosos, depois desse filósofo, desenvolveram e atualizaram uma sofisticada rede conceitual – teorias – para lidar com esse fenômeno (Vásquez, 1977).

Não obstante, no mundo do trabalho contemporâneo, segue hegemônica a perspectiva de que seria necessário submeter a força de trabalho ao limite de transformá-la em recurso manipulável pela gerência, empresas e autoridades institucionais.

No Brasil, no Sistema Único de Saúde (SUS), pode-se constatar uma disputa paradigmática entre essa política conservadora e outra, que poderíamos definir como centrada na cogestão (Campos, 2000). Vale ressaltar que a cogestão não é equivalente à gestão participativa, pois também pressupõe a participação e a democratização das instituições, das organizações e do processo de trabalho, partindo do pressuposto de que a gestão é responsabilidade de todos e não apenas dos gerentes. As equipes e cada profissional, ao exercerem atividades clínicas ou de promoção, deverão gozar de autonomia relativa para construir seus projetos terapêuticos ou de intervenção.

Na saúde, é conveniente adotar estratégias de cogestão que combinem controle e autonomia das equipes. Controle para assegurar a tríplex finalidade do SUS: garantir produção de saúde para usuários e para a sociedade em geral, assegurar direitos e dignidade aos trabalhadores

do SUS e, ainda, promover a sustentabilidade do próprio sistema. Controle para incluir as diretrizes políticas e éticas do SUS e do trabalho em saúde na gestão e para assegurar o compromisso do SUS com a defesa da vida. Porém, esse controle precisa ser combinado com autonomia relativa dos trabalhadores para que se possa cumprir as exigências de um processo de trabalho do tipo práxis, isto é, em que os profissionais e equipes deverão, em ato, realizar reflexão e alterar protocolos e diretrizes.

Proposta: uma nova política de pessoal para o SUS deve assegurar cogestão e democratização das instituições e ser capaz de combinar controle e autonomia relativa para os trabalhadores de saúde. Não se trata de uma tarefa simples, diria, com razão, o senso comum.

Argumento

O SUS é uma política e instituição pública. Sua criação partiu da tradição dos sistemas nacionais de saúde construídos, em vários países, na segunda metade do século XX. Ao longo de décadas, foram se acumulando evidências de que a lógica pública conseguia garantir universalidade e qualidade no cuidado com mais efetividade e eficiência (OECD Health, [2022]).

No Brasil, a implementação do SUS, em grande medida, tem realizado essa façanha. Há larga bibliografia sobre investigações que comprovam a progressiva extensão de cobertura de vários programas públicos que vêm ampliando o acesso à saúde e reduzindo a mortalidade.

Apesar desse desempenho positivo, a cada ano fica mais claro que a racionalidade da administração direta brasileira é inadequada para assegurar funcionamento a um sistema tão complexo quanto o SUS. Infelizmente, deixando de lado a tradição quase secular dos sistemas públicos espalhados pelo mundo, optou-se por realizar mudanças nos modelos de gestão, política e gestão de pessoal inspiradas na racionalidade do mercado e do setor privado. Em decorrência, as “soluções” implementadas vêm resultando em crescente privatização e terceirização da gestão e do provimento e contratação de pessoal. Com isso, o SUS vem perdendo potência: transformou-se em um híbrido público/privado incapaz de assegurar sustentabilidade e eficiência.

O caráter de república federativa do Brasil, que assegura importante grau de autonomia a estados e municípios, agravou essa insuficiência do SUS. Apesar do qualificativo

“único” no nome SUS, observou-se fragmentação nos processos de gestão e nas políticas de pessoal. Não se logrou a construção de um pacto nacional que produzisse consenso sobre diretrizes para ordenamento do trabalho em saúde e, muito menos, iniciativas integradas para criação de programas e instituições que objetivassem modernizar e resolver impasses graves que os entes nacionais, isolados e com apoio insuficiente, não tiveram capacidade de enfrentar.

Considera-se que um dos principais obstáculos para a consolidação do SUS é a precária e esfarrapada política e gestão de pessoal do sistema. Em 32 anos de existência, foi sequer proposto algum projeto que visasse enfrentar os impasses estruturais que atingem o trabalho em saúde no SUS.

A gravidade desse problema é tamanha que é possível antever a urgência de realizar reformas importantes em relação ao paradigma que o movimento sanitário, gestores e movimento sindical vem lidando. Faz-se necessário alterar radicalmente o modo como se tem investigado, pensado e cuidado dos trabalhadores do SUS.

Proposta: construir e implementar, de maneira

democrática e participativa, uma Política Nacional e Integrada de Pessoal para o SUS.

Argumento

Sugere-se repensar a dinâmica de descentralização e centralização no SUS, em particular em relação à política e gestão do trabalho em saúde.

A gestão direta do trabalho em saúde, da atuação das equipes, serviços e das redes, tem sido atribuição dos municípios e, em menor medida, dos estados e do Ministério da Saúde. Ou seja, no concreto, há uma importante descentralização da gestão cotidiana do trabalho no SUS. Acredita-se que não há como e nem porquê alterar esse quadro.

O problema está em como conseguir estabelecer uma política nacional de pessoal e, ainda, em como lograr o compartilhamento: em como dividir, com os gestores locais, o provimento de pessoal para o SUS. O desafio está em como criar carreiras especiais para o SUS, eliminando a precarização do trabalho no sistema e a alta rotatividade de pessoal, além de assegurar direitos trabalhistas para tornar o trabalho no SUS uma opção profissional atrativa.

Ou seja, a gestão cotidiana do processo de trabalho deveria continuar descentralizada, mas seria necessário produzir consenso nacional sobre as diretrizes e normas necessárias para o nascimento de carreiras interprofissionais para o sistema.

Com essa finalidade, considera-se fundamental a instituição de um ente organizacional que seja responsável pela contratação da maioria dos servidores públicos do SUS. Considerando a experiência do SUS, imagina-se que essa organização, de âmbito nacional, somente poderia constituir-se de forma tripartite: composta pelo Ministério da Saúde (ente federal), pelas secretarias de estado e pelas secretarias municipais de saúde. Resumindo: deve-se instituir uma autarquia especial para política de pessoal, gerida pela já existente Comissão Tripartite do SUS.

Essa alternativa tenta integrar a manutenção da gestão do trabalho descentralizada com a definição e operação integrada (compartilhada) das políticas de pessoal em uma autarquia especial, única e tripartite. Essa autarquia criaria a possibilidade, a médio prazo, de pôr fim às terceirizações da gestão do cuidado e, portanto, à progressiva substituição da contratação e gestão de pessoal pelas Organizações

Sociais de Saúde (OSS). Para isso, a autarquia deveria criar um fundo nacional para política de pessoal do SUS, composto pelo repasse de prefeituras e estados conforme a necessidade de pessoal em cada ente da federação. Os recursos atualmente contratados com OSS e organizações assemelhadas seriam gradualmente transferidos para esse fundo nacional. A autarquia, em parceria com os entes federados, cuidaria da reposição do pessoal necessário mediante concursos. Ressaltasse-se que esse fundo deveria contar, ainda, com orçamento estadual e federal, objetivando a melhoria das carreiras e também a expansão ainda necessária da cobertura do SUS.

Proposta: implementação de uma autarquia especial e de um fundo nacional para política de pessoal do SUS. Redução drástica da terceirização da gestão direta do cuidado no SUS. Extinção progressiva da rede de OSS e assemelhadas.

Argumento

Há uma polêmica no Brasil acerca da existência ou não de carreiras para as políticas públicas. Aqueles de extração ultraliberal argumentam contra; pois haveria uma determinação quase genética que impediria o adequado desempenho de servidores públicos. Eles advogam que o

SUS e outras políticas públicas devem adotar um processo de trabalho em que a lógica de benefícios e estímulos se identifique com aquela vigente no mercado. Não admitem que, caso adotado, esse caminho levaria à anulação da dimensão pública do SUS. Outros, em geral presos a interesses corporativos ou saudosos do socialismo real, defendem o regime estatutário ainda vigente no país, entre militares, funcionários do judiciário e fiscais da receita.

Podemos e deveríamos desenvolver uma terceira perspectiva, buscando, na experiência internacional dos países onde há sistemas públicos e universais de saúde e de educação, soluções e inovações que escapem da pobreza das duas possibilidades sugeridas anteriormente. No caso, pensar e inventar carreiras para o SUS fundadas na cogestão, na combinação do controle em relação à necessária responsabilidade sanitária, com autonomia e direito dos trabalhadores: criar carreiras adequadas às especificidades do sistema público, universal e equânime de saúde.

De acordo com a proposta aqui apresentada, a autarquia especial para política de pessoal do SUS coordenaria um processo participativo de produção dessas carreiras.

É possível adiantar algumas diretrizes para ativar esse diálogo. Considerando tudo que aprendemos sobre administração pública, burocratização, racismo, servilismo aos poderosos e também a partir de experiências positivas, poderemos inventar novas carreiras para a saúde, educação, segurança pública etc. Na saúde, estamos em uma época em que se comprovou a efetividade do trabalho em equipe, em redes. Assim, por que não pensar em carreiras interprofissionais e organizadas por grandes áreas temáticas do SUS, e não por categorias profissionais ou especialidades?

Uma carreira interprofissional para a atenção primária; outra para hospitais e serviços especializados, saúde mental, reabilitação física, vigilância à saúde, apoio à gestão, entre outras possibilidades. Cada uma dessas áreas, comuns aos modernos sistemas públicos, tem especificidades a serem consideradas e elementos comuns entre si. Os direitos trabalhistas de cada profissão ou especialidade entrariam matricialmente em cruzamento com as normas específicas de cada carreira. Os direitos de cada categoria profissional cruzariam, de forma matricial, todas as carreiras. Por exemplo, o piso para enfermagem – brilhante conquista das profissionais

de enfermagem –, entraria como regra matricial em todas as carreiras em que há trabalho de enfermagem.

Os trabalhadores do SUS deveriam ser selecionados e contratados por meio de concursos públicos para cada uma dessas carreiras; estatutários, portanto. Diferente de outras carreiras de estatutários, tais concursos poderão ser realizados por regiões ou por estados. A progressão na carreira ocorreria por mérito; a formação contínua, por meio de educação permanente. Os servidores já contratados por meio de concurso público em municípios, estados, universidades ou outros poderiam se transferir para essa nova carreira, caso seja de seu interesse. Os trabalhadores de saúde que estão em OSS seriam obrigados a realizar concurso para se integrar ao SUS.

Todos seriam trabalhadores do SUS, exercendo função nos serviços, nas localidades, nas cidades, em distintas unidades, na “a” ou “b”, identificações funcionais padronizadas para o SUS.

Enfim, vale a pena ousar...

Proposta: construção participativa de carreiras para servidores do SUS. Predomínio da gestão pública e fim das

terceirizações no SUS.

Argumento

Um dos fatores que agravam a baixa sustentabilidade de inúmeros programas do SUS é a sua excessiva dependência em relação aos governos de plantão, ao Poder Executivo. Em vários países que adotaram políticas públicas de saúde, o sistema, a rede e os serviços têm um grau relativo de autonomia em relação aos governos. Faz-se necessário, no Brasil, uma importante reforma dessa lógica.

Pode parecer uma sugestão irrealizável, mas, no país, já existem exemplos de instituições públicas que funcionam com considerável autonomia do Poder Executivo e que vêm logrando manter compromisso com sua finalidade primária, sempre referente às necessidades e interesses da sociedade. Exemplos são a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e as universidades públicas – federais e estaduais. A Fiocruz tem mais de um século a serviço da Saúde Pública e defesa da vida e, até hoje, sustenta um modelo de cogestão entre o Ministério da Saúde e seus próprios cientistas, técnicos e gestores. Em relação às universidades, seu importante grau de autonomia em relação ao Governo Federal e aos governos estaduais não impede que 95% das

100 melhores universidades sejam as públicas.

A formação e provimento de gestores, bem como o exercício da gestão no SUS, precisam estar integrados à nova Política Nacional e Integrada de Pessoal. Dois movimentos serão necessários para o cumprimento dessa diretriz.

Por um lado, é preciso reduzir drasticamente os cargos de gestão do SUS que são de livre provimento – cargos de confiança – de governantes do Poder Executivo. Deve-se vincular o provimento e mandato dos gestores à lógica das carreiras a serem instituídas no SUS, realizar processos internos a cada área temática do SUS para seleção dos gestores, estabelecer critérios curriculares mínimos para que servidores do SUS concorram a esses concursos internos e definir mandatos (a experiência indica como conveniente entre dois a quatro anos).

Vale lembrar que a quase totalidade das funções de gestão do SUS são cargos de confiança, indicados por prefeitos, governadores e presidentes da república. Ao mesmo tempo, é urgente o fortalecimento das instâncias e dos mecanismos de controle social previstos nas leis orgânicas do SUS – conselhos e conferências. Para o desenvolvimento

desse sistema de controle da sociedade sobre o Estado, é fundamental tratar da democratização das relações cotidianas entre usuários, trabalhadores e gestores do SUS e tomar a cogestão como diretriz ordenadora da governança no SUS.

Proposta: Reduzir drasticamente o provimento de gestores para o SUS mediante cargos de confiança dos governantes. Integrar a seleção e provimento de gestores para o SUS às carreiras instituídas, definindo critérios de saber e experiência em saúde para o provimento dessas funções. Fortalecer o controle social e a cogestão no SUS.

Argumento

Um componente fundamental de uma política de pessoal em saúde é a formação. Jean Oury (1991), psicoterapeuta francês, deu grande ênfase ao conceito de formação. Ele escreveu que formar é mais do que educar ou capacitar. Para exercer uma prática sanitária ampliada, efetiva e humanizada, faz-se necessário que o profissional de saúde se veja como alguém que procura aprender a lidar com pessoas. Cada profissão, cada especialista tem obrigações cognitivas e práticas específicas de seu núcleo, bem como deve acompanhar as inovações e, em alguma medida,

instruir-se na arte de lidar com os outros. Aprender com a pedagogia, com a psicologia, com a antropologia, com a ética, com a filosofia e empregar esse amplo campo de saberes na sua relação com outros colegas e usuários é fundamental. Deve-se buscar uma formação, portanto, técnica, sanitária e relacional. O trabalho em saúde deve ser centrado nas pessoas e em suas relações. Portanto, o SUS e as pessoas que o compõem precisam tratar da patogênese produzida pela desigualdade, pelo autoritarismo, pela violência, pelo racismo e pelo machismo. Dentro da pobreza da política de pessoal no SUS, vale ressaltar que houve avanços programáticos no campo da formação em saúde, bem como importantes mudanças nas propostas curriculares e nas estratégias pedagógicas centradas na prática para a maioria dos cursos de graduação em saúde. Valorizou-se a residência médica e multiprofissional como estratégia para assegurar o provimento de profissionais adequados para o SUS. Nos últimos 20 anos, expandiram-se inúmeras estratégias de educação permanente voltadas para o pessoal do SUS (França et al., 2017).

Esses elementos precisam ser agregados e desenvolvidos na nova política de pessoal para o SUS.

Grande parte da formação dos trabalhadores de saúde depende de se incorporar no cotidiano processos de reflexão interprofissional sobre as práticas, casos e métodos para gestão da clínica e da promoção de saúde. A produção oficial do SUS que mais se aproximou dessa perspectiva ampliada de formação foi o HumanizaSUS (MS, 2022), infelizmente deixado de lado a partir de 2015. As diretrizes e os dispositivos propostos pelo HumanizaSUS têm sobrevivido graças à persistência de profissionais, equipes e ratos gestores que insistem em utilizar suas estratégias à revelia das autoridades dos entes federados. Cursos, estágios e práticas ao longo da carreira são também fundamentais e devem estar previstos nas carreiras.

Proposta: consolidar e desenvolver estratégias de formação ampliadas para o pessoal de saúde. Reforçar a reorganização de formação em graduação e residências centrada na prática. Realizar uma previsão de formação continuada ao longo das carreiras.

Referências:

- ARISTÓTELES. *Ética a Nicômaco*. 2. ed. Bauru: Edipro, 2007.
- CAMPOS, G. W. S. *Um método para análise e cogestão de coletivos*. São Paulo: Hucitec, 2000.
- DRUMMOND, J. P. et al. *Fundamentos da medicina baseada em evidências: teoria e prática*. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2014.
- FRANÇA, T. et al. Política de Educação Permanente em Saúde no Brasil: a contribuição das Comissões Permanentes de Integração Ensino Serviço. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1817-1828, 2017. DOI: 10.1590/1413-81232017226.30272016
- MS – MINISTÉRIO DA SAÚDE. Política Nacional de Humanização – HumanizaSUS. Brasília, DF, [2020]. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/humanizausus>>. Acesso em: 26 jan. 2023.
- NEWMAN, J.; CLARKE, J. Gerencialismo. *Educação & Realidade*, Porto Alegre, v. 37, n. 2, p. 353-381, 2012.
- OECD HEALTH. *OECD Health Statistics 2022*. Paris, [2022]. Disponível em: <<https://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm>>. Acesso em: 5 jul. 2022.
- OURY, J. Itinerários de formação. *Revist Pratique*, Paris, n. 1, p. 42-50, 1991.
- VÁSQUEZ, A. S. *Filosofia da praxis*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1977.

Anexos

TEXTOS-BASE

Luciana de Gouvêa Viana

Diretora de Gestão de Pessoas da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

A Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh) é uma empresa estatal, 100% pública, instituída em 15 de dezembro de 2011 por meio da Lei nº 12.550. É uma entidade vinculada ao Ministério da Educação (MEC) e tem como propósito atuar na gestão de Hospitais Universitários Federais (HUF) e no oferecimento de serviços gratuitos de assistência médico-hospitalar, na formação de profissionais de saúde e em atividades de pesquisa e inovação.

Atualmente, a Ebserh é reconhecida como a maior rede de hospitais públicos do Brasil, sendo composta por 41 HUF, de diferentes portes e perfis assistenciais, distribuídos em 24 unidades da Federação. Esses hospitais desempenham a função de centros de referência de média e alta complexidade para o Sistema Único de Saúde (SUS) e prestam um papel destacado na formação profissional, na pesquisa e na inovação em saúde.

Texto para Debate:

Elementos para uma Política Nacional e Integrada de Pessoal para o Sistema Único de Saúde

A força de trabalho atual é composta por cerca de 60 mil profissionais, dentre os quais pouco mais de 42 mil são contratados sob o regime da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) e os demais sob o Regime Jurídico Único (RJU). No que tange aos trabalhadores celetistas, a Tabela 1 apresenta o quantitativo de profissionais por grupo de cargos, sendo 87% da área assistencial.

Tabela 1: Distribuição dos trabalhadores CLT em 2023 por grupo de cargos

Grupo de Cargos	Total	Percentual
Administrativos de nível superior	1.307	3,0
Administrativos de nível técnico	3.899	9,0
Assistenciais de nível superior	4.638	10,7
Assistenciais de nível técnico	2.624	6,1
Enfermeiro	7.426	17,2
Médico	9.515	22,0
Técnicos em enfermagem	13.822	32,0
Total	43.231	100,0

Fonte: Sistema Integrado de Gestão de Pessoas – Ebserh

No que se refere ao Plano de Cargos, Carreiras e Salários (PCCS), à época de sua criação, a Ebserh contratou uma consultoria especializada que elaborou um documento baseado nas descrições e valorações das atividades de cada cargo e função, conforme os graus de complexidade e responsabilidade de cada classe, levando-se em consideração a comparação das faixas salariais identificadas em pesquisa de mercado.

Tabela 2: Salário inicial e média de mercado de cargos selecionados

Cargo	Salário inicial Ebserh	Média do mercado ¹	Posição em relação à média
Médico	R\$ 10.463,81	R\$ 10.043,13	4% maior
Enfermeiro	R\$ 8.095,59	R\$ 5.669,60	43% maior
Téc. em Enfermagem	R\$ 3.939,00	R\$ 2.979,25	32% maior
Assist. Administrativo	R\$ 2.965,92	R\$ 4.042,93	27% menor

Fonte: PCCS - Ebserh e ¹Pesquisa feita no segundo semestre de 2023 com salários da Administração Direta, Indireta e mercado privado

O PCCS foi estruturado e organizado por níveis de escolaridade, cargos e classes de carreira. As carreiras são categorizadas em níveis superior e técnico, de áreas assistenciais e não assistenciais. A Tabela 2 apresenta o comparativo entre os salários iniciais da Ebserh com a média de remuneração do mercado, para as principais categorias.

A carreira na Ebserh apresenta diversos desafios à Estatal. De um lado, determinadas categorias profissionais, tais como especialidades médicas escassas no mercado de trabalho, como anesthesiologistas, cirurgiões pediátricos, cancerologistas, intensivistas e neonatologistas. Em razão do mercado de trabalho com procura maior que a oferta de profissionais, bem como das contratações realizados por meio de pessoa jurídica, esses especialistas tendem a ser mais bem remunerados na iniciativa privada, tornando complexa sua contratação e fixação em determinadas regiões do país. Por outro lado, os enfermeiros da Ebserh têm remuneração acima do piso salarial da categoria e recebem, em média, 43% a mais que os trabalhadores do mercado privado.

Outro desafio diz respeito às limitações orçamentárias impostas à Empresa, que é 100% dependente do Tesouro. Esse cenário dificulta a adoção de mudanças rápidas na carreira, que eventualmente poderiam ajudar na retenção da força de trabalho.

Uma das formas de se avaliar a retenção de profissionais é por meio do índice de rotatividade, indicador que avalia os desligamentos e ingressos nas empresas. Na Tabela 3 estão os índices dos anos de 2021, 2022 e 2023 para os principais grupos ocupacionais da Ebserh.

Tabela 3: Índice de Rotatividade na Ebserh entre 2021 e 2023

Grupo de Cargos	2021	2022	2023
Assistente Administrativo	6,89	12,41	6,52
Enfermeiro	4,78	6,88	4,27
Médico	9,97	12,66	6,49
Técnicos em enfermagem	5,17	8,28	3,67

Fonte: Fonte: Sistema Integrado de Gestão de Pessoas – Ebserh

Analisando a Tabela 3, tem-se que os menores índices de rotatividade são encontrados nas categorias cujas faixas salariais são superiores às do mercado, quais sejam, os Enfermeiros e os Técnicos em Enfermagem, apontando o fator remuneração como importante aspecto de retenção profissional.

A forma de provimento de pessoal da Ebserh se dá por meio de concurso público. No entanto, quando não é possível atrair profissionais pelo método tradicional, como por exemplo, esgotamento de cadastro reserva, a Empresa precisa recorrer à contratação de trabalhadores temporários por meio da realização de Processos Seletivos Simplificados (PSS). Em última instância e, em caráter excepcionalíssimo, quando as alternativas anteriores restam infrutíferas ou insuficientes, pode-se recorrer à contratação de serviços terceirizados.

As alternativas de PSS e terceirização para suprir a demanda de provimento de pessoal atendem, por tempo determinado, à necessidade de excepcional interesse público nas circunstâncias em que é necessário garantir a manutenção dos serviços assistenciais hospitalares.

De 2022 até o presente, a Ebserh precisou realizar 129 PSS voltados, majoritariamente, ao provimento da força de trabalho das especialidades médicas de anestesiologia, medicina intensiva, pediatria, neonatologia, cirurgia pediátrica e cancerologia clínica. Já a excepcionalidade de contratação de serviços terceirizados, adotada após esgotadas todas as demais alternativas de provimento, prevalece no ramo da medicina e tem maior concentração na especialidade da anestesiologia. A estratégia de contratação desse tipo de serviço é de alto custo e não gera qualquer tipo de pertencimento profissional por parte dos prestadores de serviço.

Em paralelo às estratégias de provimento mencionadas, a Ebserh emprega medidas alternativas de suprimento da força de trabalho, como banco de horas, pagamento de horas extras e ampliação de carga horária. Há, ainda, a possibilidade do regime de sobreaviso, por meio do qual o trabalhador é remunerado para estar em disponibilidade alcançável, isto é, fora do local de trabalho e disponível para apresentação imediata, sempre que convocado para o serviço.

Outra alternativa à retenção da força de trabalho, que parece ser contraditória, é a redução de carga horária contratual, estratégia viabilizada por meio de pactuação de cláusula permissiva no último Acordo Coletivo de Trabalho. Em que pese representar perda parcial da força de trabalho, a redução de carga horária pode ser tida como último recurso a ser aplicado na retenção de profissionais de categorias escassas, e, portanto, de difícil reposição, no mercado de trabalho.

No ano de 2023, um Grupo de Trabalho com integrantes das representações sindicais dos trabalhadores realizou estudo e apresentou proposta de revisão do PCCS. Na proposição, os membros do GT sugerem a revisão das faixas salariais de determinadas categorias, com vistas a corrigir desalinhamentos históricos com o mercado de trabalho.

Por outro lado, a Consultoria Jurídica da Ebserh vem promovendo estudos quanto a modalidades alternativas ao trabalho, acerca da viabilidade sob o ponto de vista jurídico, como por exemplo, a remuneração variável e por hora para os profissionais da categoria médica.

Por fim, como políticas públicas para os desafios enfrentados na captação e na retenção da força de trabalho da categoria médica, vislumbra-se medidas voltadas à ampliação da oferta de vagas para residência médica nas especialidades mais escassas, além de reflexões sobre os mecanismos de incentivo para prestação de serviços em regiões mais distantes dos grandes centros urbanos.

Anexos

APRESENTAÇÕES

Isabela Cardoso de Matos Pinto
Secretária de Gestão do Trabalho e da
Educação na Saúde do Ministério da Saúde

SGTES
20 ANOS

MINISTÉRIO DA
SAÚDE

GOVERNO FEDERAL
BRASIL
UNIÃO E RECONSTRUÇÃO

SUS Sistema Único de Saúde

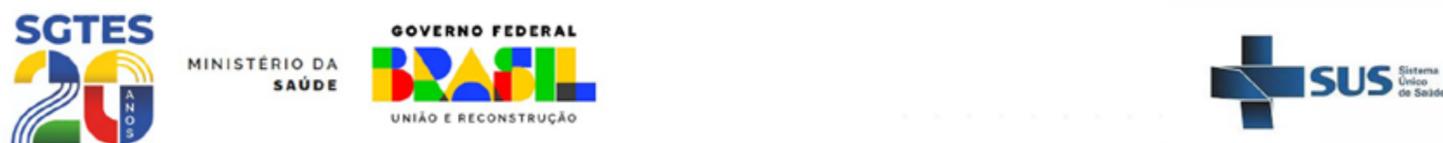
Estratégias para o debate sobre Carreiras no SUS

Isabela Cardoso de Matos Pinto
Secretária da SGTES/ MS

BRASÍLIA
2024

GENTE
que faz o
SUS
acontecer

Isabela Cardoso de Matos Pinto



Introdução

- **SGTES: responde pela gestão federal do Sistema Único de Saúde (SUS) no que se refere à **formulação de políticas orientadoras da gestão, formação, qualificação dos trabalhadores e da regulação do trabalho na área da saúde no Brasil;****
- **Premissas estruturantes que norteiam as políticas propostas pela SGTES: necessidades do SUS, defesa da democracia, defesa de direitos, defesa de condições, relações, processos e vínculos de trabalho dignos e humanizados, transversalizados por ações de formação, qualificação e distribuição de ofertas de educação na saúde**
- Debate sobre carreiras e a Política de Valorização das trabalhadoras e trabalhadores do SUS

Identidade Organizacional

GOV.BR/SAUDE

minsaude

MISSÃO DA SGTES

Espaço democrático de defesa das trabalhadoras e trabalhadores da saúde, assim como do SUS enquanto bem público, por meio da gestão do trabalho e da educação na saúde.



Isabela Cardoso de Matos Pinto

GOV.BR/SAUDE


Identidade Organizacional

VALORES SGTES

- ✓ Compromisso Social
- ✓ Responsabilidade
- ✓ Equidade Social
- ✓ Trabalho Digno

GOV.BR/SAUDE


Elementos que integram a Política de Gestão do Trabalho na Saúde



Vínculos



Processos



Relações



Condições

← TRABALHO DECENTE, DIGNO, SEGURO, HUMANIZADO E DEMOCRÁTICO →

Isabela Cardoso de Matos Pinto



NOB RH

Das Atribuições e Responsabilidades dos Gestores Municipais, Estaduais e Federal sobre a Gestão do Trabalho no SUS

- 3.1.1 Dos gestores do SUS das três esferas de gestão:
 - 3.1.1.1 elaborar um diagnóstico da situação de Gestão do Trabalho
 - 3.1.1.2 elaborar quadro de necessidades de trabalhadores para a implementação do respectivo Plano de Saúde e para a manutenção da estrutura gestora do SUS em cada esfera de governo;
 - 3.1.1.8 encaminhar projeto de lei de criação ou reformulação do respectivo Plano de Carreira, Cargos e Salários ao Poder Legislativo;
 - 3.1.1.9 implementar o Plano de Carreira, Cargos e Salários do setor Saúde

CENÁRIO

GOV.BR/SAUDE
minsaude

Tristeza
Crescimento
Desemprego
Assistência
Medio
Impedimento
Adoecimento
Dores
Assédio
trabalho
Metas
Distúrbios

Isabela Cardoso de Matos Pinto

GOV.BR/SAUDE

DIMENSÕES DE ANÁLISE:

Política: necessário refletir sobre o mundo do trabalho na saúde; desregulamentação da proteção do trabalho, multiplicidade de vínculos e modelos de gestão

Econômica: o retrocesso produzido pela implementação de políticas de austeridade fiscal e as condições de viabilidade para a proposta de carreira ;

Gestora: responsabilidade tripartite, desafio da gestão descentralizada e a necessidade de alinhamento das estratégias de gestão do trabalho ;

Dialógica: na qual se enfatiza a importância de explorar o potencial da comunicação e da gestão do conhecimento para a formulação e implementação de ações concretas que favoreçam as mudanças;

Democrática: envolvendo ampla participação e representatividade

FORÇA DE TRABALHO NA SAÚDE

3.033.298

TRABALHADORAS(ES) DA SAÚDE EM EXERCÍCIO



FEMININO
2.273.691
74,96%

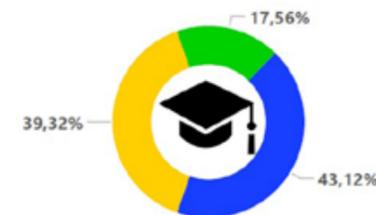


MASCULINO
759.482
25,04%

FONTE: CNES(12/2023)

DISTRIBUIÇÃO DE TRABALHADORAS(ES) POR ESCOLARIDADE

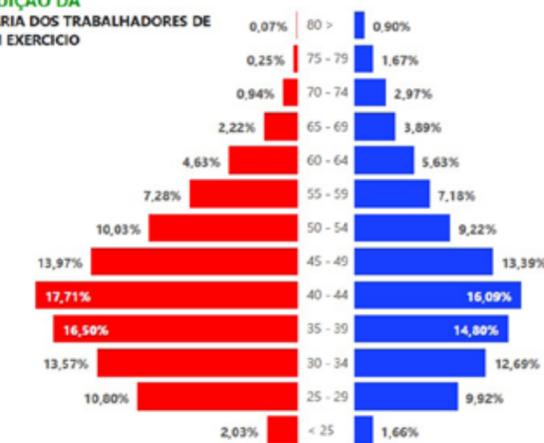
● SUPERIOR ● TÉCNICOS DE NÍVEL MÉDIO ● FUNDAMENTAL



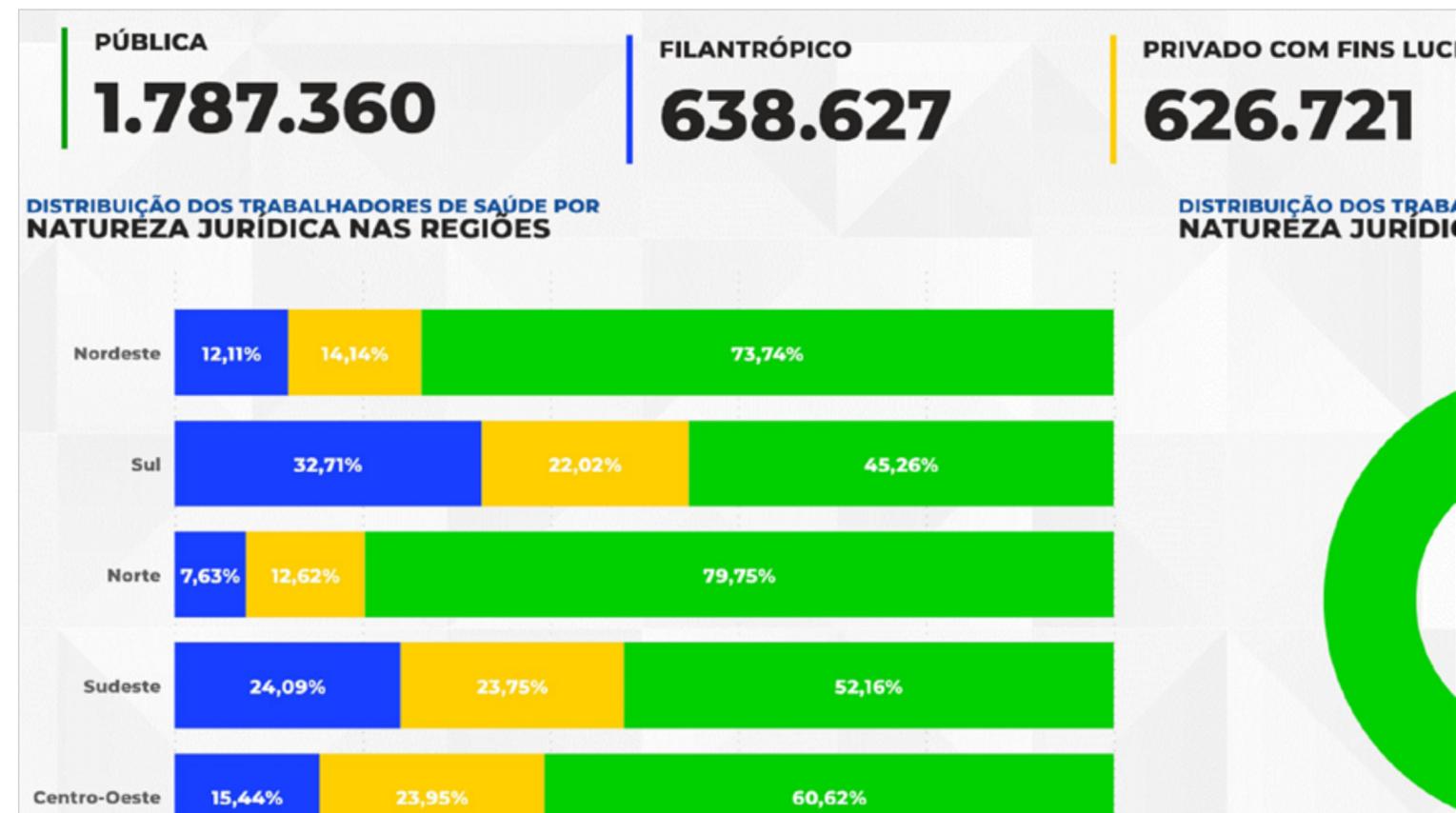
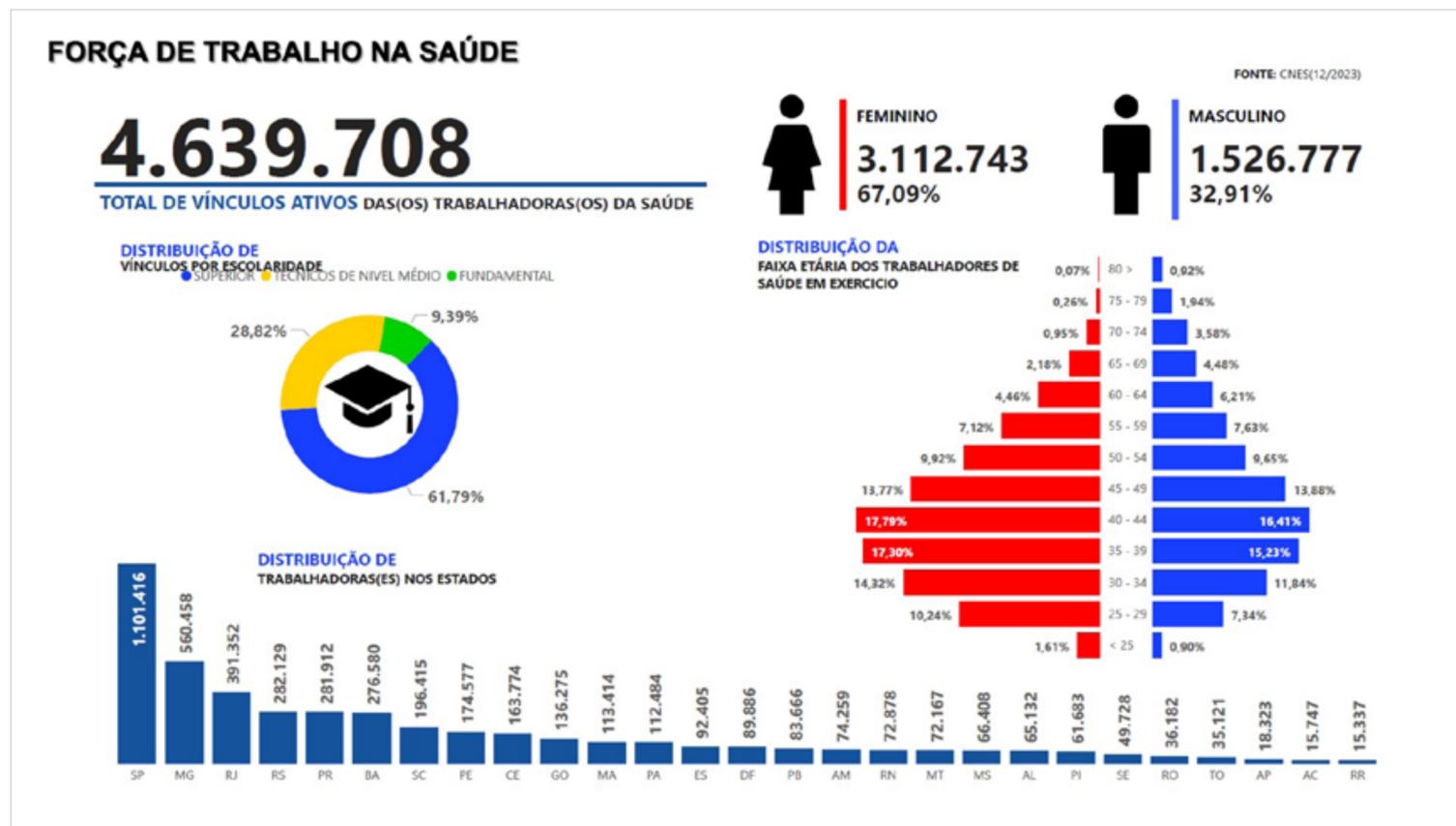
DISTRIBUIÇÃO DE TRABALHADORAS(ES) NOS ESTADOS



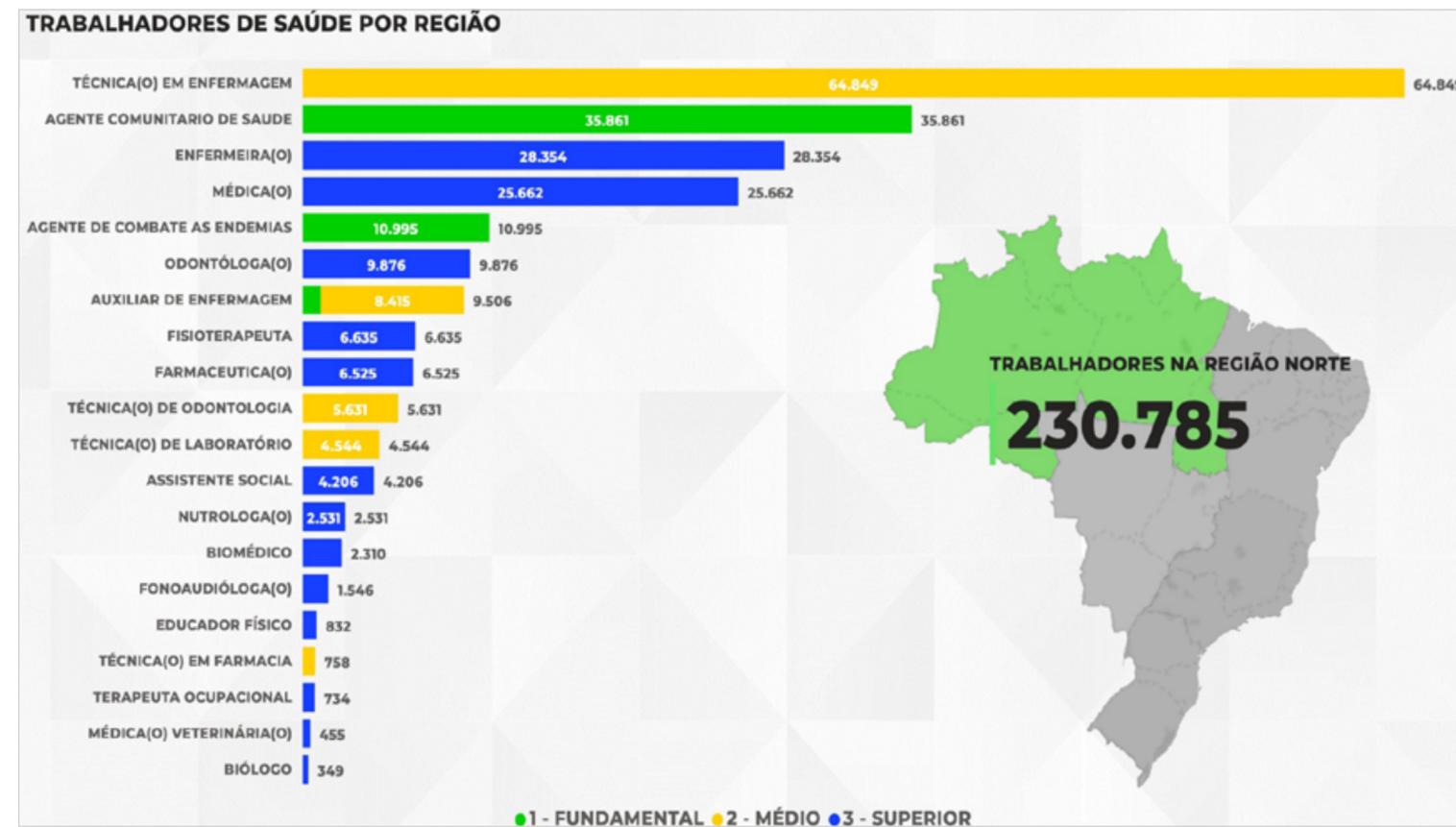
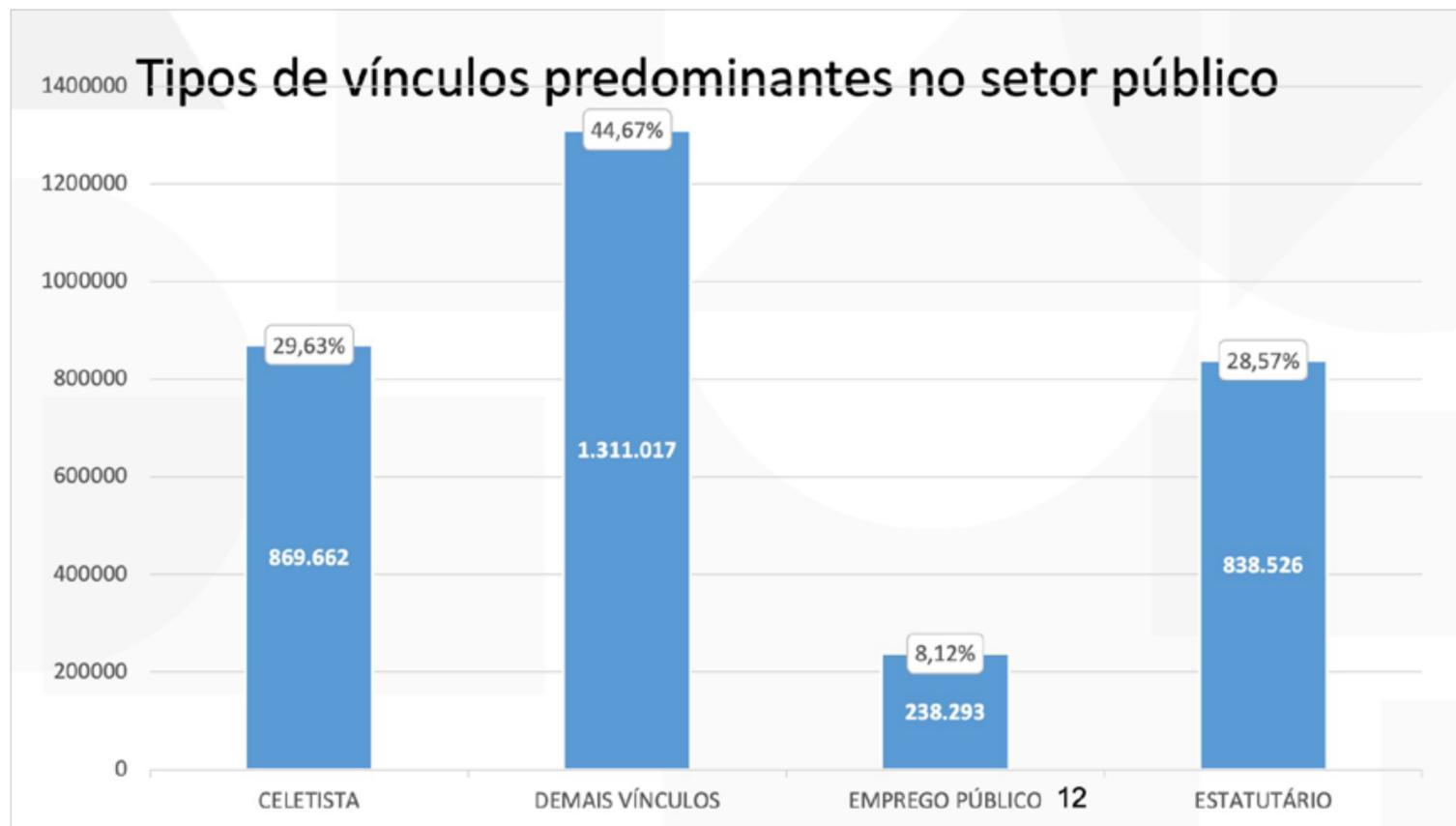
DISTRIBUIÇÃO DA FAIXA ETÁRIA DOS TRABALHADORES DE SAÚDE EM EXERCÍCIO



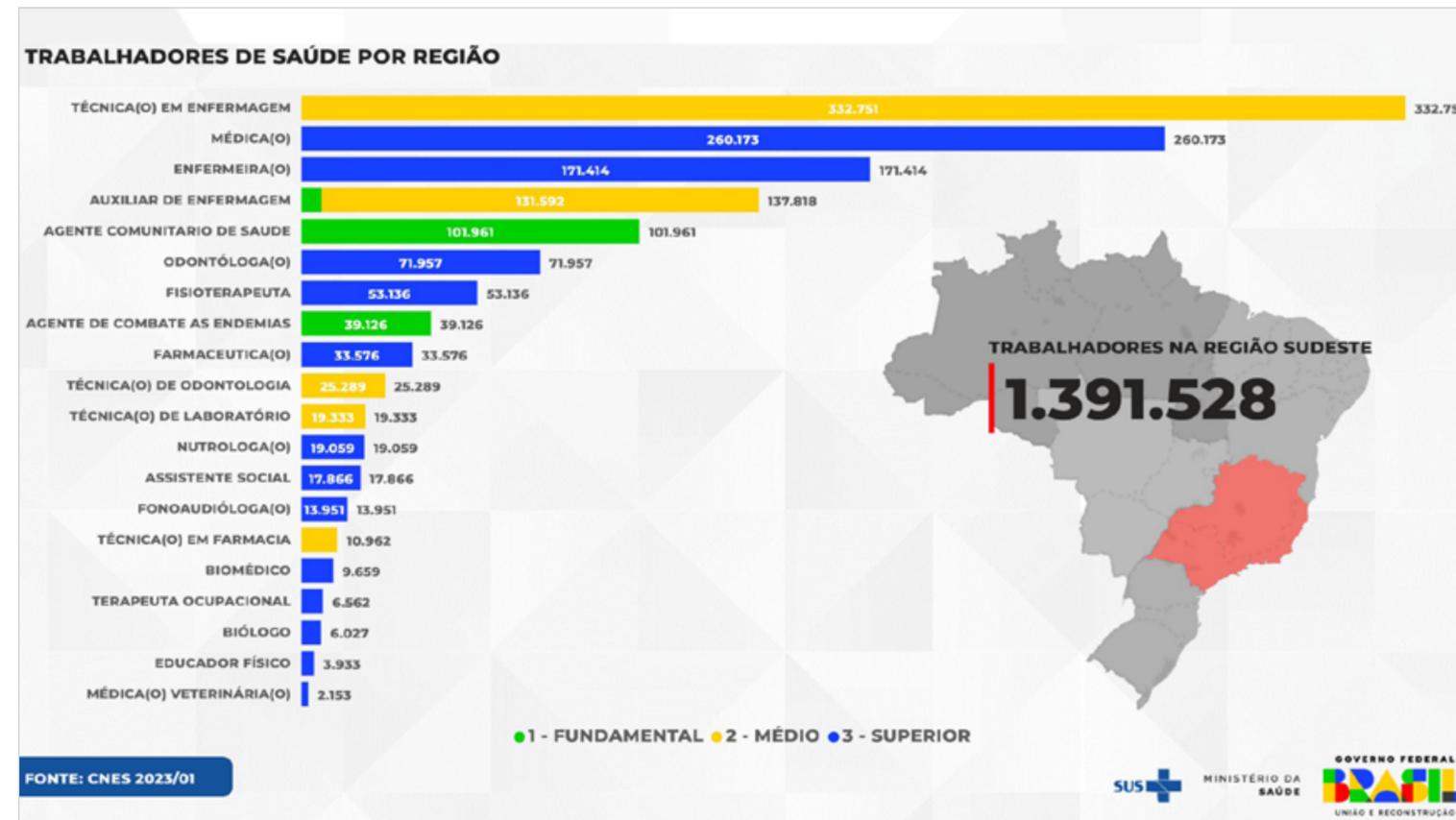
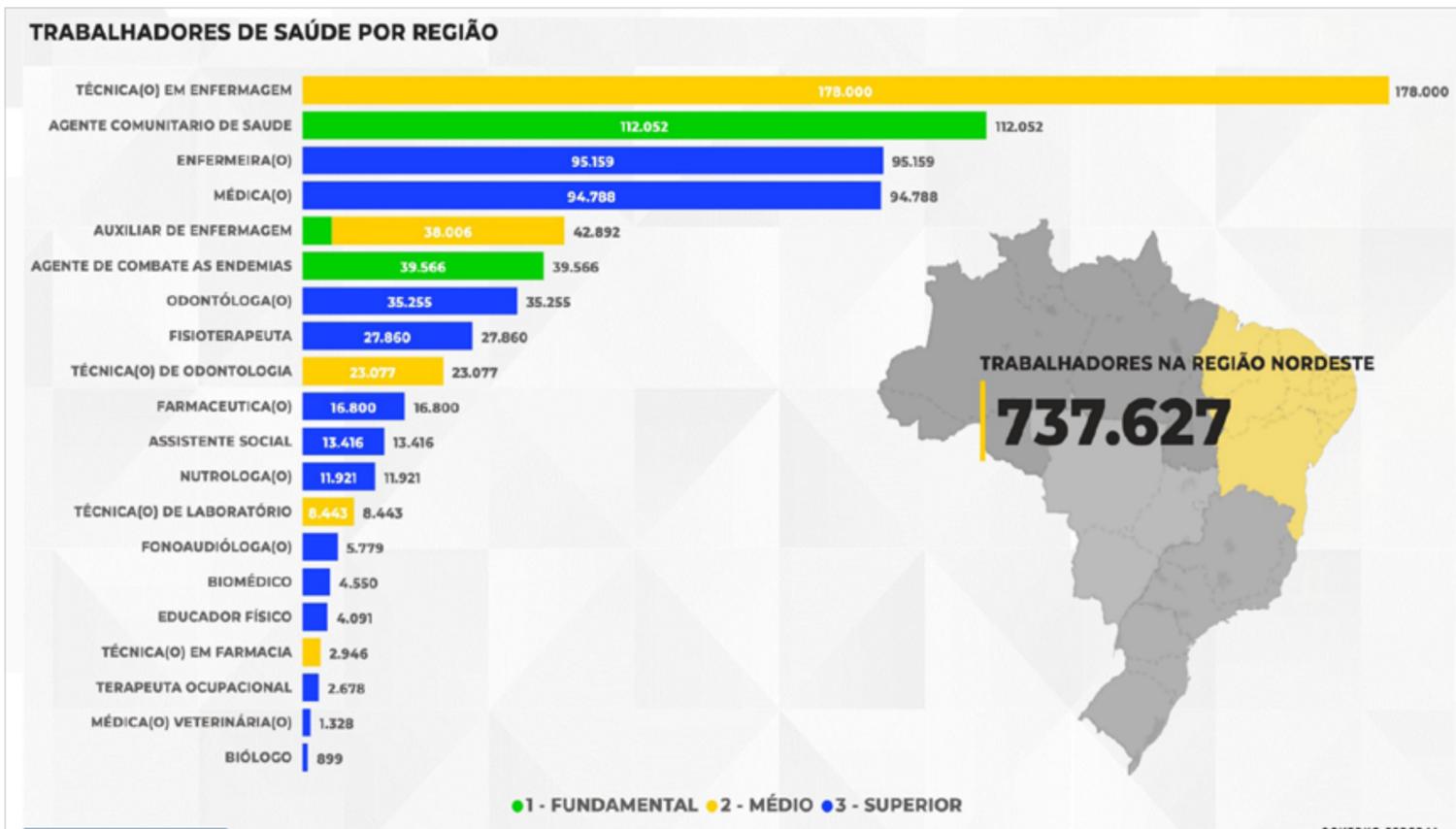
Isabela Cardoso de Matos Pinto



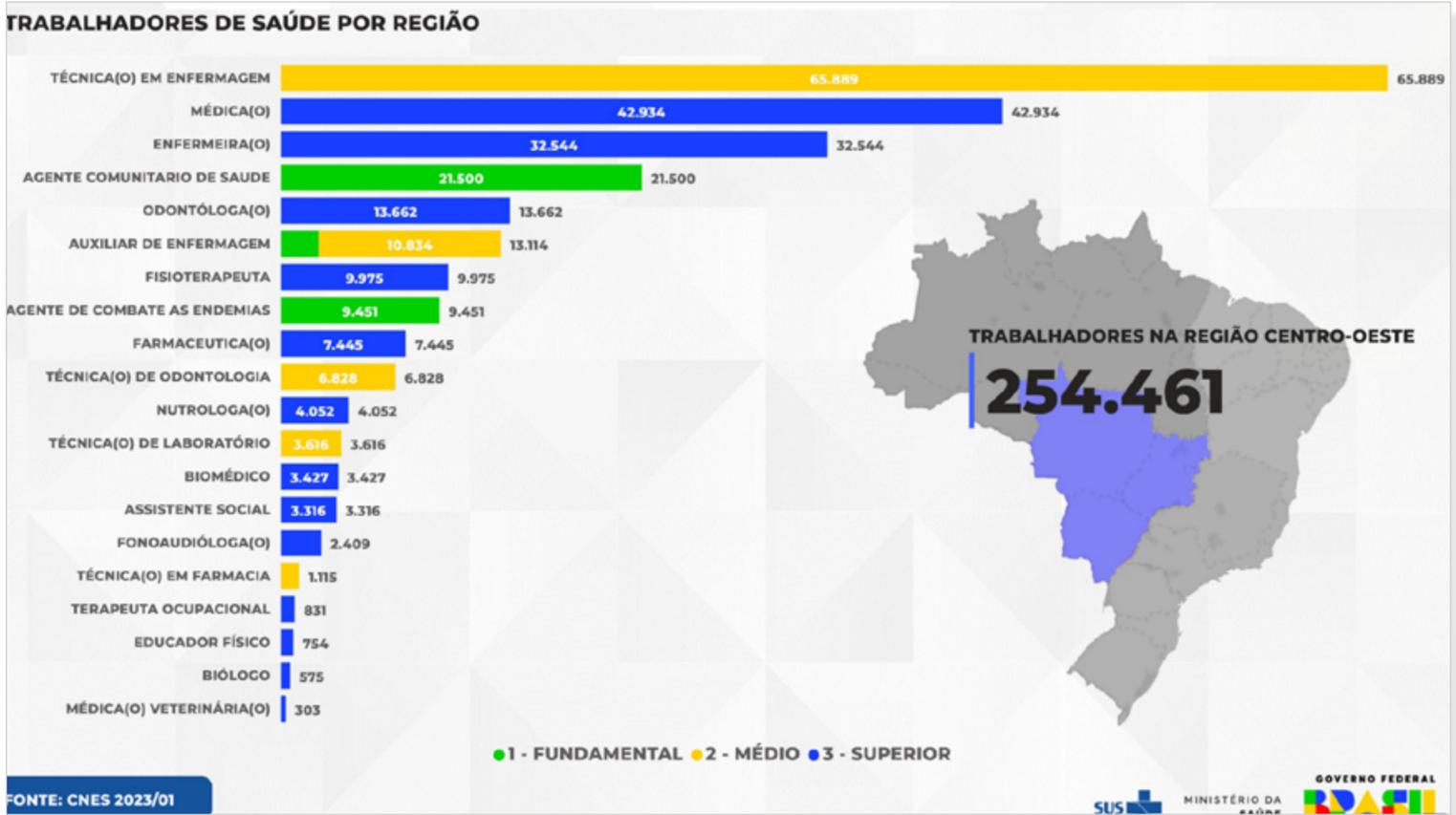
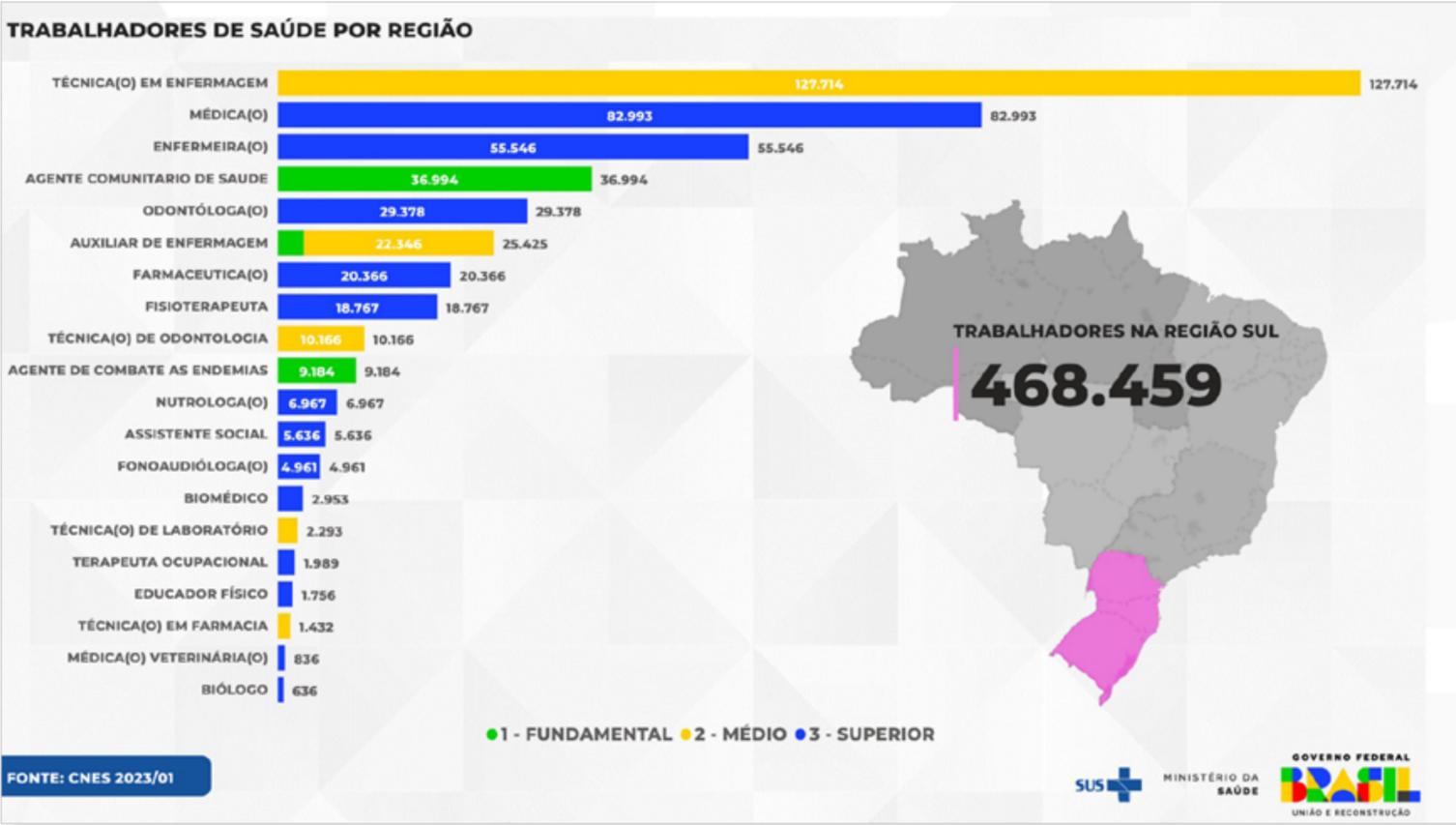
Isabela Cardoso de Matos Pinto



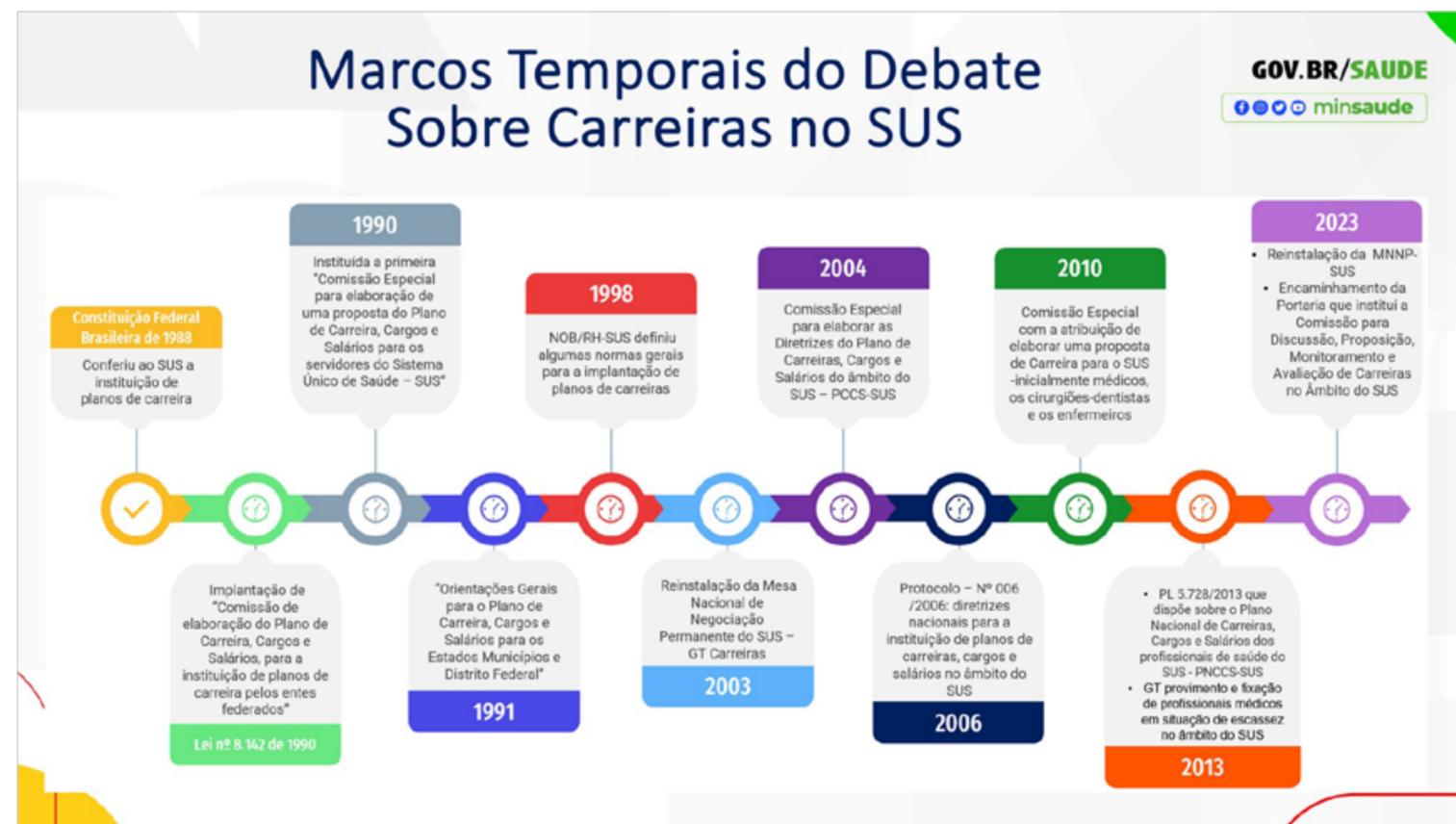
Isabela Cardoso de Matos Pinto



Isabela Cardoso de Matos Pinto



Isabela Cardoso de Matos Pinto



Marcos Temporais do Debate Sobre Carreiras no SUS

GOV.BR/SAUDE
minsaude

Conforme documento da Comissão Nacional da Reforma Sanitária, de maio de 1987, "a lei do Sistema Nacional de Saúde deveria fixar alguns elementos que sirvam de 'matriz' que garanta a compatibilidade dos planos de carreira das instituições federais, estaduais e municipais. Deverão estar aí consagrados pisos salariais para as diferentes categorias profissionais e outras normas genéricas que garantam o mínimo de uniformidade na carreira dos trabalhadores de saúde, sem prejuízo dos acréscimos que possam ser feitos por conta das particularidades regionais.

Devem estar contemplados, neste caso, o incentivo ao exercício em condições adversas (interior, periferias urbanas, áreas de fronteiras, horário noturno, entre outros) de forma a tornar atrativo o deslocamento dos profissionais para estas situações. [...] A progressão na carreira deverá ocorrer sempre pela avaliação do mérito, experiência e do compromisso com o serviço".

Isabela Cardoso de Matos Pinto

Marcos Temporais do Debate Sobre Carreiras no SUS

GOV.BR/SAUDE

minsaude

A Lei Federal nº 8080, nos termos em que foi aprovado pelo Congresso Nacional, em 23 de agosto de 1990, o seu Art. 27 estabelecia “que a política de recursos humanos na área da saúde será formalizada e executada, articuladamente, pelas diferentes esferas de governo, em cumprimento dos seguintes objetivos:

II - instituição, em cada esfera de governo, de planos de cargos e salários e de carreira para o pessoal do Sistema Único de Saúde (SUS), da administração direta e indireta, baseados em critérios definidos nacionalmente;

III - fixação de pisos nacionais de salários para cada categoria profissional, sem prejuízo da adoção, pelos estados e municípios, de remuneração complementar para atender às peculiaridades regionais”

Estes dois incisos foram vetados pelo Presidente Collor, em 19 de setembro de 1990.

(BRASIL, 2006)



GOV.BR/SAUDE

minsaude

A Lei Federal nº 8142/90 ficou estabelecido no art 4º:

“Para receberem os recursos, de que trata o art. 3º desta lei, os Municípios, os Estados e o Distrito Federal deverão contar com:

VI - Comissão de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS), previsto o prazo de dois anos para sua implantação.

Isabela Cardoso de Matos Pinto

A necessidade de uma carreira do SUS foi aprovada em todas as Conferências Nacionais de Saúde e ratificada na 17ª Conferência Nacional de Saúde

GOV.BR/SAUDE
 minsauade

RESOLUÇÃO Nº 715, DE 20 DE JULHO DE 2023.
 Conselho Nacional de Saúde (CNS)

Dispõe sobre as orientações estratégicas para o Plano Plurianual e para o Plano Nacional de Saúde provenientes da 17ª Conferência Nacional de Saúde e sobre as prioridades para as ações e serviços públicos de saúde aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde.

14. Implementar o SUS através de serviços e servidores públicos, superando todas as formas de privatização na saúde (...).

50. Criar a Carreira Única Interfederativa, com financiamento tripartite, piso salarial nacional para todas as categorias profissionais, com contratação exclusiva por concurso público, combate à terceirização, valorização das pessoas trabalhadoras da saúde e priorização das que trabalham no território, ampliação das políticas de educação permanente, atendendo as reais necessidades da população brasileira.

Quem são os trabalhadores do SUS?

GOV.BR/SAUDE
 minsauade

NOB-RH SUS

2.8 Trabalhadores do SUS: São todos aqueles que realizam ações e exercem as suas atividades ou funções em serviços públicos de saúde e em serviços de saúde privados, conveniados e contratados pelo SUS.

**Profissões típicas regulamentadas +
 “Trabalhadores invisíveis da saúde”**
 (Maria Helena Machado/Fiocruz)



Isabela Cardoso de Matos Pinto



GOV.BR/SAUDE
minsaudef

Levantamentos gerais sobre os PPCV's

CONCEITOS

GOV.BR/SAUDE
minsaudef

VI - plano de carreira é o conjunto de normas que disciplinam o ingresso e instituem oportunidades e estímulos ao desenvolvimento pessoal e profissional dos trabalhadores de forma a contribuir com a qualificação dos serviços prestados pelos órgãos e instituições, constituindo-se em instrumento de gestão da política de pessoal;

VII - carreira é a trajetória do trabalhador desde o seu ingresso no cargo ou emprego até o seu desligamento, regida por regras específicas de ingresso, desenvolvimento profissional, remuneração e avaliação de desempenho;

(BRASIL, 2006)

Isabela Cardoso de Matos Pinto

Procedimentos metodológicos

GOV.BR/SAUDE
minsaudef

A investigação dos planos estaduais de cargos, carreiras e salários foi conduzida mediante colaboração de representantes dos estados e pesquisa nos sítios oficiais dos estados.

Após localização, as legislações foram minuciosamente examinadas, e, com base nas similaridades estruturais identificadas, procedeu-se à conversão das informações em dados.

A análise abrangeu os seguintes parâmetros: estrutura da carreira, desenvolvimento profissional (progressão e promoção), modalidades de ingresso, e remuneração/gratificações. A partir dessas categorias foi preenchido uma planilha em excel.

Apesar das disparidades nas respostas a esses critérios, os planos apresentam uma estrutura básica comum, mas poucos planos incluem trabalhadores que não pertencem ao trabalhadores típicos regulamentados. Quatro estados possuem dois planos, distinguindo a categoria médica dos demais.



Isabela Cardoso de Matos Pinto

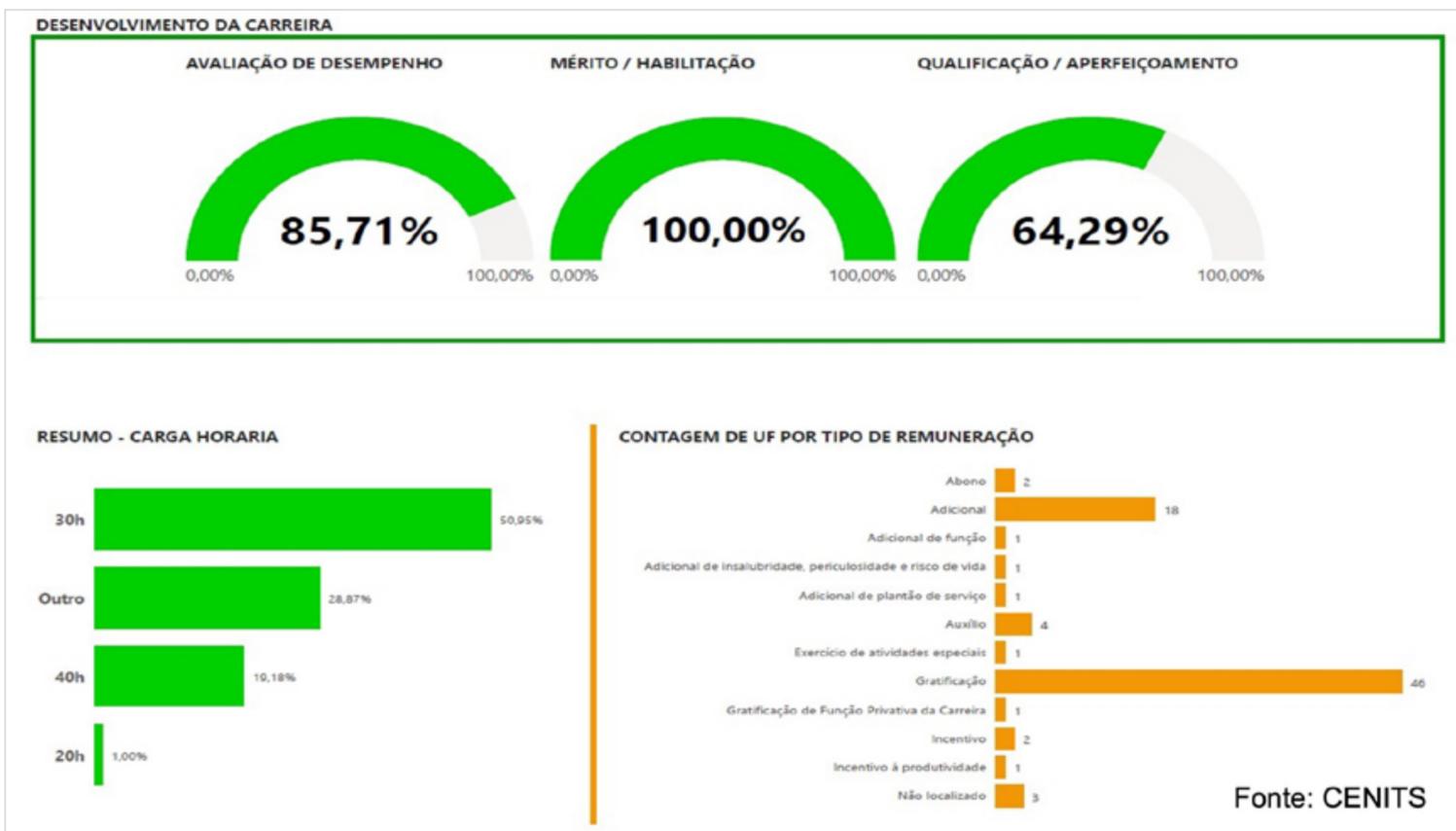


Mapeamento dos Planos de Carreiras hoje existentes nos estados

GOV.BR/SAUDE
[f](#) [t](#) [v](#) [p](#) [m](#) [ins](#) [saude](#)

UF	LEI	UF	LEI
AC	Lei Complementar nº 84, de 28 de fevereiro de 2000	MT	Lei Complementar nº 441, de 24 de outubro de 2011
AL	Lei nº 8.633, de 28 de março de 2022	PA	NÃO LOCALIZADO
AL	Lei nº 8.634, de 28 de março de 2022	PB	Lei nº 7.376, de agosto de 2003
AM	Lei nº 3.469, de 24 de dezembro de 2009	PE	Lei Complementar nº 84, de 30 de março de 2006
AM	Lei nº 70, de 16 de Julho de 2009	PI	Lei Complementar nº 90, de 26 de outubro de 2007
AP	Lei nº 1059, de 12 de dezembro de 2006	PI	Lei Ordinária nº 6.201, de 27 de março de 2012
BA	Lei nº 11.373 de 05 de fevereiro de 2009	PR	Lei nº 18.136, de 03 de julho de 2014
BA	Lei nº 12.822, de 04 de julho de 2013	RJ	Lei nº 7.946, de 27 de abril de 2018
CE	Lei nº 11.965, de 17 de junho de 1992	RN	Lei Complementar nº 694, de 17 de fevereiro de 2022
DF	NÃO LOCALIZADO	RO	Lei ordinária nº 5.243, de 28 de dezembro de 2021
ES	Lei Complementar nº 639, de 11 de setembro de 2012	RR	Lei nº 948 de 09 de janeiro de 2014
GO	Lei nº 18.464, de 13 de maio de 2014	RS	Lei nº 13.417, de 05 de abril de 2010
MA	NÃO LOCALIZADO	SC	Lei Complementar nº 323, de 02 de março de 2006
MG	Lei nº 15.462 de 13 de janeiro de 2005	SE	Lei nº 7.821, de 04 de abril de 2014
MS	Lei nº 5.175, de 6 de abril de 2018	SP	Lei complementar nº 1.157, de 02 de dezembro de 2011
		TO	Lei nº 2.670, de 19 de dezembro de 2012

Isabela Cardoso de Matos Pinto



Isabela Cardoso de Matos Pinto

DESAFIOS

GOV.BR/SAUDE
 minsauade

- **Heterogeneidade da força de trabalho no SUS:**
 - Participação crescente de OSS e filantrópicas
 - Diferentes formas de gestão do trabalho nos diferentes entes da federação
 - os médicos que reivindicam uma especificidade na carreira;
 - Particularidades territoriais a exemplo do trabalho da atenção à saúde indígena (incentivo ao exercício em condições adversas)
- **Transformações do mundo do trabalho:**
 - Novas tecnologias, telemedicina – **transformação** digital : qual é o profissional?
 - Saúde permanecerá como grande frente de geração de empregos de qualidade, sendo menos impactada pelas tecnologias poupadoras de mão de obra (em comparação a outros setores)
 - Potencial de transformação substantiva nas ocupações em saúde, exigindo formação mais interdisciplinar, inclusive para capacitar profissionais de outras áreas para atuação na saúde.
- **Financiamento:**
 - Dimensionamento e impacto orçamentário-financeiro X subfinanciamento estrutural, piso salarial
- **Limites fiscais:**
 - LRF, arcabouço fiscal

QUESTÕES PARA O DEBATE

GOV.BR/SAUDE
 minsauade

- **Qual modelo de carreira do SUS é viável? (porque, como, com quanto)**
- **Quais elementos são imprescindíveis para uma carreira do SUS?**
- **Qual o impacto da carreira na desprecarização das relações e condições do trabalho na saúde?**
- **Jornada e trabalho/tabela salarial?**
- **De que forma a carreira pode impactar na qualidade da prestação de serviços do SUS?**

Isabela Cardoso de Matos Pinto

GOV.BR/SAUDE
●●●● minsaude

PORTARIA QUE INSTITUI A COMISSÃO TÉCNICA PARA DISCUSSÃO DE CARREIRA NO SUS

ISSN 1677-7042 Nº 14, sexta-feira, 19 de janeiro de 2024

PORTARIA GM/SM Nº 3.100, DE 18 DE JANEIRO DE 2024

Institui a Comissão para Discussão e Elaboração de Proposta de Carreira no Âmbito do Sistema Único de Saúde - (CDEPCA/SUS)

A MINISTRA DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos I e II do parágrafo único do art. 87, da Constituição, resolve:

Art. 1º Fica instituída a Comissão para Discussão e Elaboração de Proposta de Carreira no Âmbito do Sistema Único de Saúde - CDEPCA/SUS, de caráter propositivo e temporário, com objetivo de fomentar a realização de debates, estudos, pesquisas e diagnósticos voltados ao aprimoramento das carreiras no âmbito do SUS.

Parágrafo único. Os debates, estudos, pesquisas e diagnósticos de que trata o caput apoiarão os municípios, estados e Distrito Federal na formulação e adequação de políticas públicas relacionadas ao desenvolvimento de carreiras no âmbito do SUS, considerando suas respectivas esferas de atuação e competências.

Art. 2º Compete à CDEPCA/SUS:

I - fomentar a discussão acerca da elaboração de proposta de carreira no âmbito do SUS, apoiando os municípios, estados e Distrito Federal no processo de formulação e adequação de políticas públicas relacionadas ao tema;

GOV.BR/SAUDE
●●●● minsaude

Comissão para Discussão e Elaboração de Proposta de Carreira no Âmbito do Sistema Único de Saúde - (CDEPCA/SUS)

Competências



FINALIDADE:
Fomentar a realização de debates, estudos, pesquisas e diagnósticos voltados ao aprimoramento das carreiras no âmbito do SUS.

- Fomentar a discussão acerca da elaboração de proposta de carreira no âmbito do SUS, apoiando os municípios, estados e Distrito Federal no processo de formulação e adequação de políticas públicas relacionadas ao tema;
- Promover estudos e pesquisas relativos ao aprimoramento dos planos de carreira no âmbito do SUS;
- Articular ações intersetoriais com órgãos e entidades públicos e privados para a elaboração de estratégias voltadas à análise de metodologias de avaliação de desempenho das carreiras no âmbito do SUS; e
- Acompanhar a dinamicidade do mundo do trabalho, monitorando suas transformações visando contribuir para a garantia da proteção social da trabalhadora e do trabalhador do SUS.

Isabela Cardoso de Matos Pinto

Ações desenvolvidas



Instalação da Comissão Técnica para discussão e elaboração de carreira no âmbito do sistema único de saúde em 28 de fevereiro de 2024

Seminário sobre carreiras no âmbito da MNNP-SUS

Articulação com entidades sindicais (federações e confederações) a discussão de carreira do SUS

Realização do 1º Encontro Internacional sobre trabalho decente, digno, seguro e democrático no SUS

Estudos e desenvolvimento dos indicadores Nacionais de Trabalho Decente e Digno no SUS para os modelos alternativos a gestão direta do SUS

Mapeamento de carreiras no SUS publicado no Centro Nacional de Informações sobre Trabalho na Saúde

Articulação da discussão proposição de carreira junto a Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS – MNNP-SUS (previsão de 1ª minuta em 6 meses)

Estabelecimento de medidas de proteção social para os trabalhadores do subsistema de Atenção à Saúde Indígena

GOV.BR/SAUDE
 minsaude

VISÃO SGTES
 Trabalhadoras e trabalhadores de saúde com trabalho digno, seguro e humanizado



Isabela Cardoso de Matos Pinto



A pauta da carreira se apresenta como demanda dos estados e municípios, evidenciada no processo de planejamento da GTES

GOV.BR/SAUDE
[f](#) [e](#) [t](#) [i](#) [o](#) [m](#) [i](#) [n](#) [s](#) [a](#) [u](#) [d](#) [e](#)

ENCONTRO NACIONAL TRABALHO E EDUCAÇÃO NA SAÚDE DO SUS

As iniciativas buscaram consolidar o processo de planejamento participativo, construído de forma ascendente, coletiva e compartilhada, agregando os diversos atores do campo do trabalho e educação na saúde no âmbito nacional, estadual e municipal.

OFICINAS REGIONAIS PLANEJAMENTO DA ÁREA DE GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO NA SAÚDE NO SUS

SGTES NORTE 	SGTES NORDESTE 	SGTES CENTRO-OESTE 	SGTES SUDESTE 	SGTES SUL
----------------------------------	-------------------------------------	---	------------------------------------	--------------------------------

Isabela Cardoso de Matos Pinto

PORTARIA GM/MS Nº 2.168, DE 5 DE DEZEMBRO DE 2023

GOV.BR/SAUDE
minsaude

Institui o Programa de Valorização da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde - ValorizaGATES-SUS.

A MINISTRA DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos I e II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, resolve:

CAPÍTULO I
DISPOSIÇÕES INICIAIS

Art. 1º Fica instituído o Programa de Valorização da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde - ValorizaGATES-SUS com o objetivo de incentivar o fortalecimento e a consolidação das áreas de gestão do trabalho e da educação na saúde no SUS.

ValorizaGATES- SUS
PROGRAMA DE VALORIZAÇÃO DA GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO NA SAÚDE NO SUS

O ValorizaGATES como instrumento de fomento à discussão de carreira do SUS nos estados e municípios.

REPASSE FUNDO A FUNDO de 72.250.000,00 para Estados e Municípios

GOV.BR/SAUDE
minsaude

PNGTES

POLÍTICA NACIONAL DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE

A PNGTES se constitui como dispositivo para valorização e proteção social das(os) trabalhadoras(res) da saúde, sendo a carreira parte da política

VISÃO SGTES
Referência nacional e internacional como espaço democrático e de inovação na valorização dos trabalhadores e das trabalhadoras da saúde reconhecendo as Interseccionalidades

O diagrama ilustra o ciclo de políticas públicas com os seguintes estágios: IDENTIFICAÇÃO DO PROBLEMA PÚBLICO, AVALIAÇÃO, INCLUSÃO NA AGENDA PÚBLICA, SOLUÇÕES, DECISÃO, PLANEJAMENTO DA EXECUÇÃO, IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA PÚBLICA e MONITORAMENTO. No centro do ciclo, há o texto 'CICLO DE POLÍTICAS PÚBLICAS'.

Isabela Cardoso de Matos Pinto

GOV.BR/SAUDE
 minsauade



**Trabalho Decente,
Digno, Humanizado e
Democrático no SUS**

*Se, na verdade, não estou no mundo para simplesmente a ele me adaptar, mas para transformá-lo; se não é possível mudá-lo sem um certo **sonho** ou **projeto de mundo**, devo usar toda possibilidade que tenho para não apenas falar de minha **utopia**, mas participar de **práticas com ela coerentes**.*

Paulo Freire

PARA FINALIZAR:

**4^o CN
GTES**

CONFERÊNCIA NACIONAL
DE GESTÃO
DO TRABALHO
E DA EDUCAÇÃO
NA SAÚDE

**1º FÓRUM INTERNACIONAL
DE RHS das Américas**

Tema Central:
Democracia, trabalho e educação na saúde para o desenvolvimento: gente que faz o SUS acontecer

SUS+ MINISTÉRIO DA SAÚDE GOVERNO FEDERAL
BRASIL
UNIÃO E RECONSTRUÇÃO

Isabela Cardoso de Matos Pinto

SGTES
MINISTÉRIO DA SAÚDE

GOVERNO FEDERAL
BRAZIL
UNIÃO E RECONSTRUÇÃO

SUS Sistema Único de Saúde

CANAIS INSTITUCIONAIS DE COMUNICAÇÃO

www.saude.gov.br/sgtes

E-mail: sgtes@saude.gov.br

CENITS Centro Nacional de Informações do Trabalho na Saúde cenits.saude.gov.br

GENTE que faz o **SUS** acontecer

GOV.BR/SAUDE
f t i+ minsaudef

Obrigada!

Siga: [@_isabela.pinto](https://www.instagram.com/_isabela.pinto)

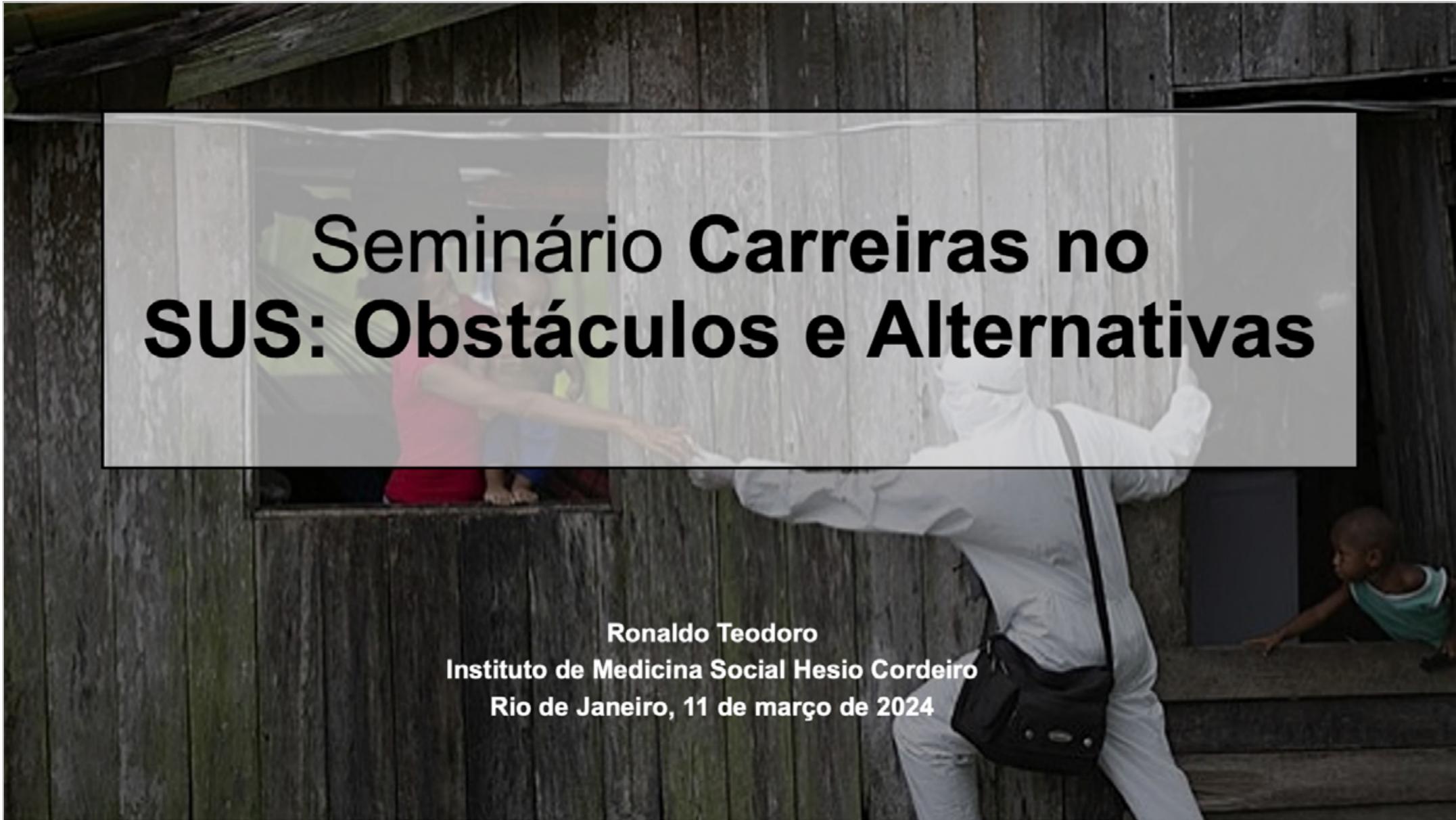
46

Anexos

APRESENTAÇÕES

Ronaldo Teodoro

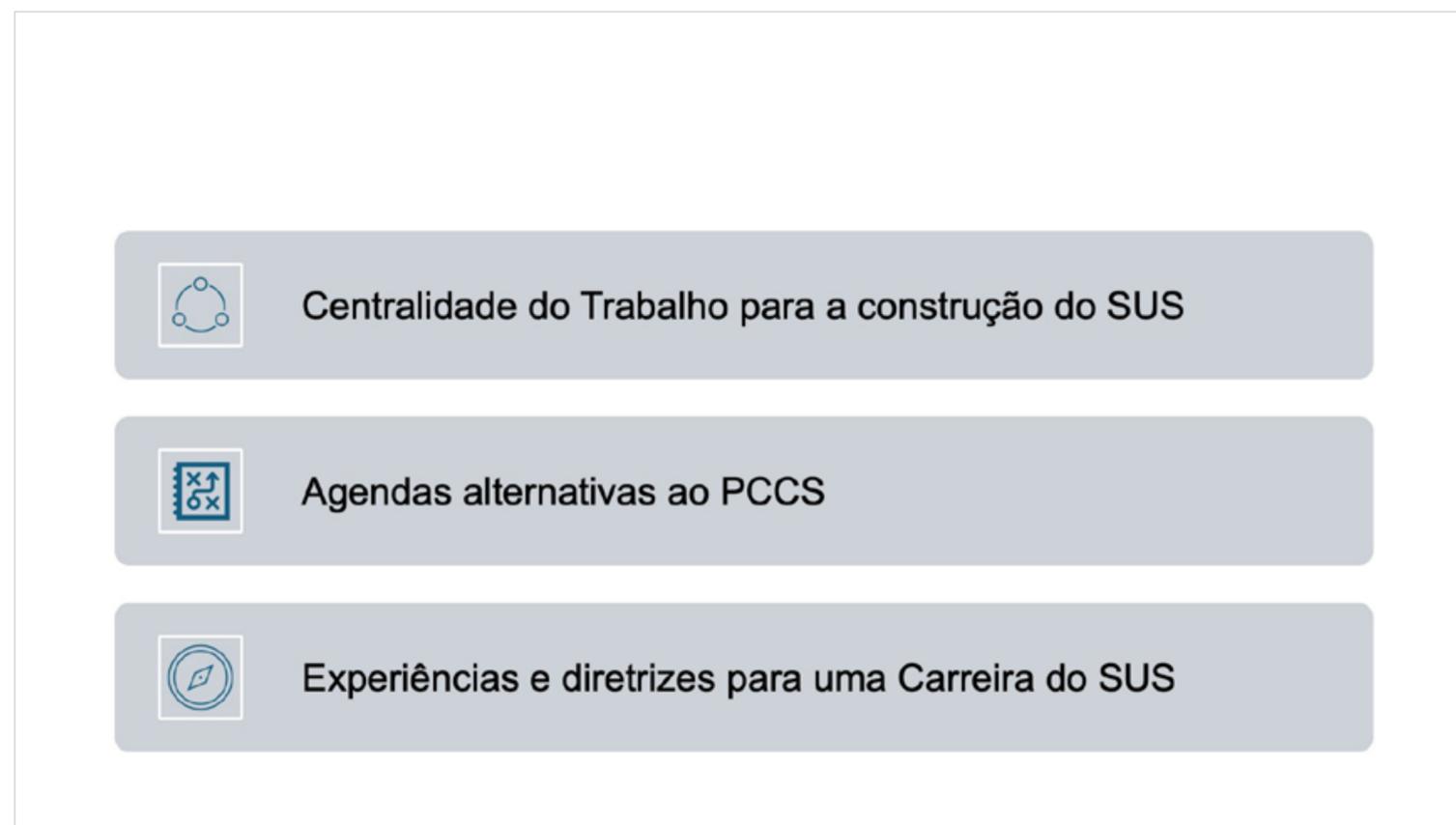
Professor Associado do Instituto
de Medicina Social da UERJ



Seminário Carreiras no SUS: Obstáculos e Alternativas

Ronaldo Teodoro
Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro
Rio de Janeiro, 11 de março de 2024

Ronaldo Teodoro



Ronaldo Teodoro

PCCS, as teses da sua inviabilidade e os vícios do debate

Tensão crescente da agenda entre gestores e trabalhadores:

- Direitos trabalhistas como enrijecimento dos processos de gestão;
- Direitos trabalhistas x exigência de flexibilidade para adaptação às realidades sanitárias dos territórios

O mercado de trabalho na Saúde:

- **Diagnóstico:** baixo quantitativo; distribuição regional; fixação de profissionais
- **Soluções:** Programas de Interiorização (Estratégias e incentivos de recrutamento e fixação)
 - Salário por meio de bolsas;
 - Acesso a Programas de Residência;
 - Oferta de Moradia; Condições de trabalho

O argumento da qualidade e a ênfase exclusiva na formação:

- Ênfase em habilidades e competências para superar problemas da atenção e do cuidado
- Ênfase na resolução dos limites da assistência a partir do atendimento humanizado;

Experiências e diretrizes para uma Carreira do SUS

- A construção das diretrizes nacionais em 2006 e 2017:
 - Mesa Nacional de Negociação do SUS e o caráter participativo do processo;
 - A estabilidade laboral por meio de concursos públicos;
 - **A superação da dispersão municipal dos vínculos por meio da coordenação federal;**
 - Parâmetros nacionais e financiamento;
- Limites das experiências anteriores:
 - Ausência de recurso federal;
 - Indefinição do papel dos estados;
 - Diretrizes – carta de intenções

Anexos

APRESENTAÇÕES

Ronaldo Teodoro

Iniciativas do presente

- Comissão para discussão e elaboração de Proposta de Carreira no Âmbito do SUS;
- O caminho da enfermagem e dos ACS e ACE;
- Emenda Constitucional nº 120 de 2022;

§ 11. Os recursos financeiros repassados pela União aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios para pagamento do vencimento ou de qualquer outra vantagem dos agentes comunitários de saúde e dos agentes de combate às endemias não serão objeto de inclusão no cálculo para fins do limite de despesa com pessoal." (NR)

Anexos

APRESENTAÇÕES

Hêider Pinto

Professor da Universidade
Federal da Bahia

SEMINÁRIO

Carreiras no SUS:

obstáculos e alternativas

11 Março / 2024

Alcances e limites das experiências e alternativas de carreiras no SUS

Fiocruz

Hêider Pinto

1

Hêider Pinto

Índice

- Foco em aprendizados com experiências que buscaram enfrentar alguns desafios do SUS que são objeto desse encontro
- Cinco experiências em análise (para caber no tempo)
- Em cada uma delas passaremos por elementos como:
 - Contexto de criação, planejamento e gestão inicial;
 - Relações interfederativas, financiamento e governança;
 - Avanços, obstáculos, viabilidade e situação atual

2

Experiências em análise

- Novo Plano de Carreira, Cargos e Vencimentos de Aracaju
 - Abrangência municipal, administração direta municipal (2003-2004)
- A Fundação Estatal Saúde da Família (FESF-SUS) e seu Plano de Empregos, Carreira e Salários para a APS
 - Abrangência estadual, administração indireta interfederativa (2009-2010)
- Consórcios Interfederativos - Policlínicas do Ceará e da Bahia
 - Abrangência regional, administração indireta interfederativa (2010)
- Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária em Saúde (Adaps)
 - Abrangência nacional, Serviço Social Autônomo (2020)
- Fundações Estatais de Volta Redonda (AB&AE e UE&H)
 - Abrangência municipal, administração indireta municipal (2024)

3

Hêider Pinto

1- Aracaju

- **Contexto de criação, planejamento e gestão**
- Uma gestão municipal bem avaliada, com muito respaldo do executivo e com um projeto na saúde que era referência nacional
- Na APS, muitos profissionais terceirizados naquela modalidade de Associações Civis recomendada pelo MS no anos 1990
- Projeto previsto no plano de governo que pôde ser construído em um mandato e concluído em outro
- Desenho da carreira com diversas especificidades para a saúde: formação, educação permanente, áreas mais vulneráveis, avaliação de desempenho, mas sem componente vinculado a performance

4

1- Aracaju

- **Relações interfederativas, financiamento e governança**
- Não contou com apoio federal efetivo
- A estruturação consumiu os recursos disponíveis e ainda perda de margem devido a mudanças provocadas localmente (movimento sindical) ou aventadas nacionalmente (ACS)
- Complexidade da relação do Executivo, Câmara de Vereadores e movimento sindical com tendência a estabilidade/estagnação

5

Hêider Pinto

1- Aracaju

- **Avanços, obstáculos, viabilidade e situação atual**
- Garantia dos direitos trabalhistas e previdenciários
- Valorização e investimento com aposta forte em educação permanente e em uma força de trabalho permanente
- Transição da força de trabalho complexa e com perda de memória, capacidade e especificidade (caso saúde mental)
- Desafios de motivação, avaliação, premiação e sanções
- Desafio do custo crescente no médio prazo e atuarial de longo prazo
- Estagnação e poder de barganha dos médicos gerando iniquidades

6

2- Fundação Estatal Saúde da Família FESF-SUS

- **Contexto de criação, planejamento e gestão**
- Muitos profissionais terceirizados, alta rotativa, grande variação de salários e déficit de provimento médico
- Arranjo político e jurídico-institucional complexo - mais de 120 municípios (em 417) aprovarem Lei para criação da FESF-SUS visando um braço executivo e uma carreira estadual de base regional
- Alto custo político e administrativo para implementação, mas, após, isso, agilidade devido à governança descentralizada
- Carreira com especificidades: faixas e incentivos de fixação, educação permanente, avaliação de desenvolvimento, remuneração por performance, prêmio de inovação, emprego amplo, carreira Y...

7

Hêider Pinto

2- FESF-SUS

- **Relações interfederativas, financiamento e governança**
- Diretoria Executiva, Conselho Interfederativo e Conselho de Administração (Curador) – municípios, estado, universidades, conselho estadual de saúde e trabalhadores
- Relação entre entes com razoável grau de complexidade
- Influência marcada pelo financiamento
- Fato de não ser orçamentada exige a celebração de contratos que sustentem a instituição
- Isso induz à economicidade, porém, por ser celetista e não poder atrasar compromissos, a inadimplência tem alto potencial de quebrar as Fundações

8

2- FESF-SUS

- **Avanços, obstáculos, viabilidade e situação atual**
- Valorização e garantia dos direitos trabalhistas e previdenciários
- Melhoria do acesso e da qualidade (perfil e processo de trabalho)
- Gestão compartilhada complexa e exigindo envolvimento local
- A solução foi aceita para e pelos médicos, mas os gestores resistiram em alterar a condição dos demais profissionais de saúde
- Custos extras dificultaram a adesão inicial, bem como a progressão de custos por causa da carreira, sem contrapartida tripartite
- Estagnação com a criação do Mais Médicos no 3º ano da carreira
- FESF-SUS atua em diversas frentes, mas não mais com contratos permanentes

9

Hêider Pinto

3- Consórcios Interfederativos

- **Contexto de criação, planejamento e gestão**
- Liderança estadual na criação de consórcios interfederativos com municípios de uma região para criação de serviços em uma RAS
- No Ceará (2010) são 22 consórcios, mesmo número da Bahia (2017), uma vez que 2 Policlínicas lá são geridas pela FESF-SUS
- Atenção Ambulatorial Especializada com vácuo normativo, político e organizacional, de pessoal e de capacidade instalada
- Presença decisiva do Governo do Estado para assegurar os recursos e mecanismos de sustentabilidade
- Gestão combinando dimensões locais, regional e estadual

10

3- Consórcios Interfederativos

- **Relações interfederativas, financiamento e governança**
- Relação do Governo com Assembleia de Prefeitos, Unidade de Gestão Estadual, Direção Executiva do Consórcio e gestão da Policlínica
- Estabilização das regras de distribuição e alocação dos recursos
- Leis estaduais anti-inadimplência
- Contratação celetista e execução direta pela maioria dos consórcios, porém, ainda sem um projeto típico de carreira

11

Hêider Pinto

3- Consórcios Interfederativos

- **Avanços, obstáculos, viabilidade e situação atual**
- Garantia dos direitos trabalhistas e previdenciários
- Gestão compartilhada complexa e que exige envolvimento dos entes
- Cofinanciamento bipartite
- Ampliação do Acesso à AAE, mas com o desafio do efeito velcro
- Desafio de qualificação da gestão
- Diferentes graus de mudança do processo de trabalho e de qualidade da atenção
- Desafio na relação com as especialidades mais bem remuneradas no mercado (solução flexível comparada à AD, mas rígida comparada à FE, com o agravante da questão da carreira)

12

4- ADAPS

- **Contexto de criação, planejamento e gestão**
- Uma solução que buscou responder discursivamente a uma demanda de um setor que apoiou Bolsonaro na eleição de 2018
- Estudo de experiências como a FESF-SUS, experiências internacionais e de arranjos jurídico-institucionais da administração indireta no Brasil
- Objetivo de viabilizar um vínculo melhor e um emprego para os médicos e médicas do Mais Médicos substituindo pelo Médicos Pelo Brasil
- Aprovação no 1º ano de governo e viabilização no último ano
- Emprego público para supervisores e promessa de emprego e carreira para bolsistas – “tática de anunciar agora e empurrar o ‘problema’”

13

Hêider Pinto

4- ADAPS

- **Relações interfederativas, financiamento e governança**
- Diretoria Executiva e Conselho Deliberativo com participação do MS, gestão tripartite do SUS e corporação médica (AMB, CFM e FENAM)
- Fato de não ser orçamentada exige a celebração de contratos para sustentar a instituição
- Razoável grau de autonomia, mas real dependência econômica e influência política do MS

14

4- ADAPS

- **Avanços, obstáculos, viabilidade e situação atual**
- Garantia dos direitos trabalhistas e previdenciários para empregados
- Resultados similares ao Mais Médicos, mas com custos muito maiores
- Gestão compartilhada fragilizada e caracterizada por uma busca de protagonismo, poder e vantagens pela direção na relação com os demais atores
- Ao mesmo tempo, é uma instituição com grande capacidade estatal e, na transição, foi identificado que precisava ser reorientada e usada da melhor maneira possível para dar mais potência ao SUS - AGSUS

15

Hêider Pinto

5- Fundações Estatais de Volta Redonda

- **Contexto de criação, planejamento e gestão**
- Profissionais terceirizados, recebendo abaixo do piso e alta rotativa
- Diversas ações do Ministério Público, concurso não consegue atrair e solução Organizações Sociais foi problemática no município
- **Aprovação da Lei em 2023 para a criação de duas fundações:**
 - Fundação Estatal de Atenção Básica e Especializada
 - Fundação Estatal Hospitalar e de Urgências e Emergências
- Governança ligada à Secretaria Municipal de Saúde
- Carreira com especificidades: emprego amplo, incentivos, avaliação de desenvolvimento, remuneração por performance, planejamento, formação e alocação da força de trabalho, ed. permanente...

16

5- Fundações Estatais de Volta Redonda

- **Relações interfederativas, financiamento e governança**
- Específica para o município de Volta Redonda - Diretoria Executiva e Conselho de Administração
- Característica de não orçamentação
- Desafio dos atrasos e inadimplência
- **Avanços, obstáculos, viabilidade e situação atual**
- Em processo de implementação

17

Anexos

APRESENTAÇÕES

Luciana de Gouvêa Viana

Diretora de Gestão de Pessoas da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares



**Empresa Brasileira de
Serviços Hospitalares**

SAÚDE, ENSINO, PESQUISA E INOVAÇÃO

Luciana de Gouvêa Viana

SAÚDE, ENSINO, PESQUISA E INOVAÇÃO ebserh.gov.br

Alternativas e Experiências de Constituição de Carreiras no SUS

Desafios e Perspectivas da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - Ebserh

Luciana de Gouvêa Viana
Diretoria de Gestão de Pessoas - Ebserh

SUS + EBSEH HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
GOVERNO FEDERAL BRASIL UNIÃO E RECONSTRUÇÃO

SAÚDE, ENSINO, PESQUISA E INOVAÇÃO ebserh.gov.br

A Ebserh

-  **Estatual 100% dependente da União - Lei 12.550/2011**
-  **Presente em 24 unidades da federação**
-  **41 Hospitais Universitários Federais integrados**
-  **59 mil profissionais ligados à Rede Ebserh**
-  **Maior empresa pública de hospitais do hemisfério sul**

Luciana de Gouvêa Viana



Luciana de Gouvêa Viana

SAÚDE, ENSINO, PESQUISA E INOVAÇÃO ebserh.gov.br

Força de Trabalho CLT da Ebserh

Grupo de Cargos	Total	Percentual
Administrativos de Nível Superior	1.307	3,0%
Administrativos de Nível Técnico	3.899	9,0%
Assistenciais de Nível Superior	4.638	10,7%
Assistenciais de Nível Técnico	2.624	6,1%
Enfermeiro	7.426	17,2%
Médico	9.515	22,0%
Técnico em Enfermagem	13.822	32,0%
Total	43.231	100%



SAÚDE, ENSINO, PESQUISA E INOVAÇÃO ebserh.gov.br

Plano de Cargos, Careiras e Salários da Ebserh

Cargo	Salário Inicial Ebserh	Média do Mercado	Posição
Médico	R\$ 10.463,81	R\$ 10.043,13	+4%
Enfermeiro	R\$ 8.095,59	R\$ 5.669,60	+43%
Técnico em Enfermagem	R\$ 3.939,00	R\$ 2.979,25	+32%
Assistente Administrativo	R\$ 2.965,92	R\$ 4.042,93	-27%

Luciana de Gouvêa Viana

SAÚDE, ENSINO, PESQUISA E INOVAÇÃO ebserh.gov.br

Desafios da Carreira Ebserh

Rotatividade

- Médicos: 6,49
- Enfermeiros: 4,27
- Técnicos de Enfermagem: 3,67

Assistente Administrativo: 6,52

SAÚDE, ENSINO, PESQUISA E INOVAÇÃO ebserh.gov.br

Desafios da Carreira Ebserh

Medicina

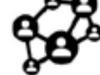
- Neonatologia
- Terapia Intensiva
- Oncologia
- Anestesiologia
- Cirurgia Cardíaca
- Cirurgia Pediátrica
- Neurocirurgia

Processos Seletivos e Terceirização

Luciana de Gouvêa Viana

SAÚDE, ENSINO, PESQUISA E INOVAÇÃO ebserh.gov.br

Gestão democrática e participativa na Ebserh

-  **Recomposição da Mesa Nacional de Negociação Permanente**
-  **ACT 2023/2024 assinado após 8 rodadas de negociação**
-  **Incremento nos benefícios**
-  **Criação de Grupos de Trabalho**
-  **Fortalecimento do Serviço de Relações de Trabalho**

SAÚDE, ENSINO, PESQUISA E INOVAÇÃO ebserh.gov.br

Gestão democrática e participativa na Ebserh

DIÁLOGO

Ebserh inicia atividades de grupos de trabalho sobre plano de cargos, carreiras e salários, combate ao assédio e outros temas

Demais tópicos incluem adicional de titulação, seguro de vida, previdência complementar, licenças e afastamentos

Brasília (DF) – Tiveram início, no dia 10 de julho, as reuniões com os Grupos de Trabalho (GTs) criados após a assinatura do Acordo Coletivo de Trabalho (ACT 2023/2024), firmado entre a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh), entidades sindicais e representação dos trabalhadores integrantes da Mesa Nacional de Negociação.

A agenda começou, na última semana, com a abertura dos GTs, que abrangem seis temas: Plano de cargos, carreiras e salários e norma de progressão; adicional de titulação; seguro de vida; previdência complementar; licenças e afastamentos; e combate ao assédio. O calendário prevê reuniões quinzenais com cada grupo e conclusão dos trabalhos em até 180 dias.

Para a diretora de Gestão de Pessoas da Rede Ebserh, Luciana de Gouvêa Viana, a série de reuniões representa a continuidade do diálogo estabelecido no ACT 2023/2024 e a concretização do compromisso da instituição com os trabalhadores. "Ao tratar demandas tão importantes em grupos específicos e dialogando diretamente com representantes dos trabalhadores, a empresa estabelece um canal de escuta ativa e qualificada dos anseios do seu corpo profissional", comentou.



Luciana de Gouvêa Viana

SAÚDE, ENSINO, PESQUISA E INOVAÇÃO | ebsersh.gov.br

Assédio moral

Violação da dignidade ou integridade de outra pessoa, por meio de uma conduta abusiva, repetitiva e prolongada no ambiente de trabalho.

Saiba o que pode ser caracterizado como assédio moral:

- ✓ Contestar de modo exagerado ou injusto todas as suas decisões e trabalhos, em especial na frente de outras pessoas.
- ✓ Atribuir com grande frequência uma quantidade exagerada, vexatória ou humilhante de atividades à pessoa.
- ✓ Pressionar para que não exerçam seus direitos estatutários ou trabalhistas.
- ✓ Invasão a intimidade da pessoa, procedendo a escutas de ligações telefônicas, leituras de correspondências e mensagens.



Assédio sexual

Violação da dignidade ou integridade de outra pessoa, por meio de uma conduta abusiva, repetitiva e prolongada no ambiente de trabalho.

Saiba o que pode se caracterizar assédio sexual:

- ✓ Contato físico não desejado, gestos, palavras escritas ou faladas, narração de piadas ou uso de expressões de conteúdo sexual.
- ✓ Promessas de tratamento diferenciado, chantagem para permanência ou promoção no emprego.
- ✓ Pressionar para a participação de "encontros" e saídas.
- ✓ Invasão a intimidade da pessoa, procedendo a escutas de ligações telefônicas, leituras de correspondências e mensagens.



SAÚDE, ENSINO, PESQUISA E INOVAÇÃO | ebsersh.gov.br

Para denunciar atos de discriminação disque 100

Injúria Racial AGORA É CRIME DE Racismo



A LEI Nº 14.532 FOI SANCIONADA NO DIA 12 DE JANEIRO DE 2023 E PREVÊ PENA DE 2 A 5 ANOS DE RECLUSÃO PARA A PRÁTICA DOS CRIMES DE INJÚRIA RACIAL E RACISMO.



Para denunciar atos de discriminação disque 100



Capacitismo

A prática de preconceito dirigido a qualquer pessoa que apresenta uma deficiência se configura como capacitismo, crime que resulta em pena de 2 a 5 anos de reclusão e multa.

Lei nº 13.146/2015



Luciana de Gouvêa Viana



Registro Fotográfico

Crédito: Virginia Damas – Ensp/Fiocruz



