

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Conselho Nacional de Saúde

**3ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE GESTÃO DO TRABALHO
E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE**

**Trabalhadores de Saúde e a Saúde de Todos os Brasileiros:
práticas de trabalho, gestão, formação e participação**

Documento Base

Brasília, junho de 2005.

INTRODUÇÃO

1. As Conferências Nacionais de Saúde são fóruns de elevada expressão da concepção democrática de Estado e da manifestação do controle social sobre as políticas públicas.
2. A 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, é um marco histórico e vitorioso da Reforma Sanitária no País. Suas recomendações de universalização, equidade e democratização, assim como de grandes questões organizativas da Saúde, consubstanciaram-se nas propostas de origem do Sistema Único de Saúde (SUS). A 8ª Conferência Nacional também contemplou questões relativas aos trabalhadores em saúde, com destaque para remuneração condigna, isonomia salarial, admissão por concurso público, estabilidade no emprego, incentivo à dedicação exclusiva e direito à sindicalização e à greve, ao lado da urgência na adequação da formação profissional às necessidades colocadas pela realidade.
3. A I Conferência Nacional de Recursos Humanos em Saúde, também realizada em 1986, consolidou as análises até então realizadas sobre a temática, detalhando e propondo uma agenda para o movimento da Reforma Sanitária, no tocante à política de gestão do trabalho e de formação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde e a implementação do SUS. O relatório dessa I Conferência passou a servir de referência de base às discussões e produções técnico-científicas que se seguiram.
4. A Constituição Cidadã, de 1988, assim denominada porque procurou refletir a vontade do povo, captada pelo incentivo à sua contribuição à Assembléia Nacional Constituinte, estabeleceu diretrizes para a criação da maior política pública de inclusão social do País, o Sistema Único de Saúde, e assegurou o direito de acesso à saúde com qualidade para todos. No seu artigo 200, inciso III, a Carta Magna atribui ao SUS a competência de ordenar a formação dos seus recursos humanos, abrindo a possibilidade de formar trabalhadores com perfil condizente às necessidades técnicas e sociais, às realidades locais e regionais e, principalmente, reconhecendo uma política relativa aos trabalhadores como essencial para a implementação do Sistema.
5. A Lei Orgânica da Saúde, composta pelas Leis Federais nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e nº 8.142/90, de 28 de dezembro de 1990 (apesar dos prejuízos impostos pelo governo Collor, mediante vetos justificados pela visão política do poder vigente à época), regulamenta os artigos constitucionais relativos ao SUS, restando por regulamentar, relativamente aos trabalhadores, o inciso III do artigo 200.
6. A II Conferência Nacional de Recursos Humanos em Saúde, realizada em 1993, analisou a saúde do povo brasileiro do ponto de vista de suas características e paradoxos, o processo de implementação do SUS e a sua relação com os trabalhadores nas dimensões da formação e do desenvolvimento e da gestão do trabalho.
7. Nessa II Conferência, foram apresentadas como propostas, entre outras:
 - I. Regulamentação imediata do inciso III, do artigo 200 da Constituição Federal.
 - II. Articulação e integração entre os setores da Saúde e da Educação como princípios nucleares das políticas de recursos humanos para a Saúde.
 - III. Integração das instituições de ensino e prestadores de serviço, incluindo, nesse processo, os conselhos de saúde e de educação, de forma a viabilizar a efetiva participação do SUS na regulação e na ordenação dos processos de formação.
 - IV. Criação de estruturas de desenvolvimento de recursos humanos nas Secretarias

Estaduais e Municipais de Saúde, com a reordenação dos papéis de cada uma das esferas de governo.

- V. Obrigatoriedade de as instituições públicas e privadas, conveniadas ou contratadas pelo SUS, desenvolverem planos de formação e de desenvolvimento para os seus trabalhadores.
 - VI. Estabelecimento, pelos conselhos de saúde, de critérios referentes à formação em todos os níveis de ensino, para a criação e abertura de cursos na área da Saúde.
 - VII. Criação de comissões intersetoriais de recursos humanos nas esferas estaduais e municipais.
 - VIII. Criação de um sistema de informação do trabalho e de um programa de educação no trabalho, de forma descentralizada, com a qualificação de gestores e a regionalização e desconcentração dos cursos de formação na saúde.
8. Além desses pontos, foram elaboradas propostas para a organização da gestão do trabalho: ingresso por concurso público; elaboração de plano de cargos, carreira e salários (PCCS); definição de perfil e carreira do gestor, entre outras.
 9. A 10ª Conferência Nacional de Saúde (1996) consolidou as propostas relativas aos trabalhadores, oriundas das conferências anteriores, propondo uma Norma Operacional Básica (NOB) referente à gestão do trabalho no SUS, por considerar que esse instrumento de gestão vinha sendo utilizado para efetivar a implementação das ações de descentralização, financiamento e controle social do sistema.
 10. Tomando por base as deliberações da 10ª Conferência Nacional e as propostas oriundas das conferências nacionais de recursos humanos e das outras conferências nacionais de caráter temático, os documentos produzidos pela Comissão Intersetorial de Recursos Humanos (CIRH), do Conselho Nacional de Saúde (CNS), e pela Mesa Nacional de Negociação do SUS, os estudos na área de gestão do trabalho e da formação e desenvolvimento dos trabalhadores, provenientes da academia, das instâncias gestoras setoriais e da parte dos trabalhadores, além da veemente intervenção dos usuários na apresentação de críticas e propostas relativas ao trabalho e aos trabalhadores em saúde, percebeu-se a necessidade de sistematizar toda essa experiência acumulada.
 11. O CNS, por meio da CIRH, realizou oficinas de recursos humanos por todo o País, gerando a oportunidade de se discutir a importância do trabalho e da valorização dos trabalhadores do SUS, bem como a necessidade da aplicação de mecanismos efetivos de gestão que pudessem ressignificar as práticas na gestão, nos serviços, na formação e no controle social de forma efetiva e operacional.
 12. A CIRH, a exemplo de diretrizes estabelecidas para as políticas de outros temas da saúde, teve a iniciativa de submeter ao CNS um documento com as propostas orientadoras de uma política do trabalho na saúde.
 13. O conjunto dos segmentos envolvidos com a consolidação do SUS discutiu a primeira versão desse documento em fóruns específicos e, a partir de quatro grandes seminários macrorregionais, realizados com representantes das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, dos Conselhos Estaduais de Saúde (CES), de entidades dos trabalhadores estaduais e municipais, de universidades e escolas de saúde foi realizada a sua revisão.
 14. Esse debate culminou com um Seminário Nacional, que confirmou o diagnóstico e as propostas de solução, negociadas com os gestores, originando a segunda versão

- preliminar do documento.
15. Todas as revisões desse documento foram resultantes dos sucessivos processos participativos de aperfeiçoamento, com ampla divulgação e recomendação de discussão na CIT, nos CES, nas Comissões Intergestores Bipartite (CIB), nos Conselhos Municipais de Saúde (CMS), nas Mesas de Negociação do Trabalho no SUS e com os gestores das três esferas de governo, para a elaboração final pela CIRH e aprovação do CNS.
 16. O documento em discussão ainda contou com a contribuição de juristas, de especialistas e lideranças representantes de entidades de trabalhadores, de gestores e de estudiosos do assunto para a elaboração da sua terceira versão, sanando as contradições ainda existentes.
 17. A 11ª Conferência Nacional de Saúde (2000) aprovou este documento como Princípios e Diretrizes para a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS (NOB-RH/SUS), indicando a elaboração de um instrumento normativo a ser pactuado entre os gestores do SUS, por meio da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e publicado pelo CNS, a ser implementado pelas três esferas de governo.
 18. Em novembro de 2003, o Plenário do Conselho Nacional de Saúde, por meio da Resolução 330/2003, deliberou pela aplicação dos Princípios e Diretrizes para a NOB-RH/SUS como Política Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, recomendando a sua publicação e divulgação nacional.
 19. Os Princípios e Diretrizes para a Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde para o SUS (NOB-RH/SUS) contêm orientações políticas e gerenciais referentes à Gestão do Trabalho, ao Desenvolvimento dos Trabalhadores, à Saúde Ocupacional para o Trabalhador da Saúde e ao Controle Social na Gestão do Trabalho no SUS.
 20. A NOB-RH/SUS consolida os principais pontos da legislação vigente para a gestão pública do trabalho, normatiza a sua aplicação e sugere mecanismos reguladores da relação dos gestores com os prestadores de serviço de saúde, com respeito às suas responsabilidades nas relações entre gestores e trabalhadores, entre trabalhadores e prestadores e dos pactos intergestores.
 21. A NOB-RH/SUS também constitui uma referência para os trabalhadores nos processos de negociação; e para os conselhos de saúde, nas tarefas de controle social da gestão do trabalho no SUS.
 22. Um grande mérito do documento é o de haver sido elaborado de forma participativa, democrática e descentralizada, com inúmeras negociações entre trabalhadores e gestores, sempre mediadas por atores que fazem o controle social do SUS nas Conferências e no CNS.
 23. Em 2003, como principal instrumento do governo federal para a consecução da NOB-RH/SUS, foi criada, no âmbito do Ministério da Saúde, a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), cujo objetivo principal é implementar uma política de valorização do trabalho no SUS e dos trabalhadores de saúde em conformidade com os seus princípios e diretrizes.
 24. A atualização e a valorização do debate acumulado e a iniciativa governamental rompem com a idéia de que o trabalhador é apenas mais um recurso de infra-estrutura, reconhecendo-o como protagonista do processo de consolidação do Sistema.
 25. A 12ª Conferência Nacional de Saúde (dezembro de 2003) reiterou aos gestores das três esferas de governo e às instâncias de controle social do SUS, com base nessa valorização e iniciativa governamental, a imediata adoção dos termos da Política

Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde como instrumento efetivo para a consolidação do SUS, o comprometimento dos trabalhadores com os serviços públicos de saúde, a dignificação do trabalho e dos trabalhadores de saúde e o cumprimento das responsabilidades sociais das instituições formadoras de recursos humanos para a saúde.

26. Em todas as conferências, as propostas relativas à gestão do trabalho e da educação na saúde foram recorrentes. Quase seis décadas se passaram, desde a Iª Conferência Nacional de Saúde, para que os problemas que afetam o processo de trabalho no SUS encontrassem, aos poucos, soluções, ainda que sem todos os avanços desejados. Pela primeira vez na história, conta-se com uma política nacional construída coletivamente, e aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde, cuja implantação depende das três esferas de gestão e a mais perfeita implementação, tanto dos gestores, como dos órgãos de controle social no SUS e da efetivação das instâncias intersetoriais e/ou interinstitucionais requeridas.
27. A gestão do Sistema Único de Saúde impõe o enfrentamento de uma série de problemas, cujas questões referentes à condução do trabalho e da educação na saúde devem ser colocadas no mesmo grau de importância da descentralização, do financiamento e do controle social.
28. O atual estágio do processo de consolidação do SUS é bastante favorável à viabilização das Políticas de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, pois o desafio contínuo de garantir ações e serviços de saúde de qualidade à população foi orientado por três grandes movimentos relativos ao trabalho e aos trabalhadores de saúde:

1º Movimento: o processo de reorganização das funções dos diferentes âmbitos de gestão do SUS, seguindo a legislação e impulsionado pela NOB/96, redefiniu o papel das Secretarias Estaduais de Saúde, que passaram a assumir, cada vez mais, as funções reguladoras e de cooperação técnica e financeira, deslocando a função executora de prestação dos serviços e de promoção da saúde para os municípios, exigindo quadros dirigentes com capacidades gerenciais e de assessoramento técnico distintas de quando cumpriam papel executor das ações assistenciais.

2º Movimento: complementando o anterior, foi desencadeado um processo de regionalização pactuada, para garantir universalidade de acesso às ações e serviços de saúde, viabilizando a equidade e a integralidade no atendimento à população e não apenas a transferência de responsabilidades para a esfera municipal, alterando, sobremaneira, o perfil requerido aos trabalhadores e desafiando à construção de ações solidárias tanto em rede de serviços como entre os trabalhadores.

3º Movimento: na implementação da Saúde da Família como estratégia de reorientação da Atenção Básica à Saúde, valorizou-se a ligação e o compromisso entre as equipes de trabalhadores e os indivíduos e populações sob cuidado, estabelecendo-se uma importante mutação no trabalho para uma ação pró-ativa e interdisciplinar nos cuidados de saúde e que passasse a levar em conta não apenas os adoecimentos, mas as necessidades em saúde.

29. A política nacional aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde em 2003 – e pela 12ª Conferência Nacional de Saúde – está orientada para garantir uma gestão de qualidade e para, finalmente, implementar a NOB-RH/SUS. Essa política contém as seguintes propostas:

- I. Satisfação com o trabalho e fixação dos profissionais em áreas prioritárias, com queda efetiva da rotatividade.
 - II. Aprofundamento da gestão no âmbito dos microprocessos de trabalho, na esfera das relações pessoais e profissionais dos trabalhadores de saúde com os usuários.
 - III. Reconhecimento do caráter estratégico e decisivo dos trabalhadores no desenvolvimento e consolidação do SUS.
 - IV. Reconhecimento da responsabilidade social do trabalhador e do setor da saúde, que exige formação especializada e intensiva.
 - V. Realização de concurso público e implantação de plano de cargos, carreira e salários (PCCS).
 - VI. Valorização, nos PCCS do SUS, dos perfis profissionais generalistas e das práticas interdisciplinares no trabalho em equipe, por meio de adicionais de desempenho e resultados alcançados na saúde da população.
 - VII. Educação permanente em saúde, visando ao desenvolvimento de perfis profissionais orientados pelas necessidades da população em cada realidade regional e social.
 - VIII. Reorientação do ensino em todas as escolas de saúde pelo enfoque na integralidade e humanização em saúde, por meio de diretrizes adequadas à lógica e às necessidades do SUS.
 - IX. Reconhecimento das Mesas de Negociação do Trabalho como espaços permanentes e democráticos de tratamento dos conflitos oriundos das relações de trabalho.
30. Nesse sentido, cumprindo deliberação da 12ª Conferência Nacional de Saúde, será realizada a 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, que deverá estabelecer diretrizes para a implementação da política nacional, dando seguimento à aprovação dos Princípios e Diretrizes para a Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde no SUS e da Política Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde.
31. Essas diretrizes devem expressar a abordagem dos condicionantes fundamentais das questões atuais de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, referenciando-se na NOB-RH/SUS e apresentando demandas específicas que deverão ser debatidas nesta 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, no sentido de construir propostas. As propostas deverão ser formuladas com base em seis eixos temáticos:
- I. Gestão do trabalho.
 - II. Educação na saúde.
 - III. Participação do trabalhador na gestão e na negociação do trabalho e na gestão da educação na saúde.
 - IV. Financiamento do trabalho e da educação na saúde pela União, estados e municípios.
 - V. Controle social na gestão do trabalho e da educação na saúde.

VI. Produção e incorporação de saberes a partir das práticas de trabalho, de gestão, de formação e de participação no setor da saúde.

32. Este documento tem por objetivo subsidiar as discussões da 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, nas suas etapas municipal, estadual e nacional. O tema central – **Trabalhadores de Saúde e a Saúde de Todos os Brasileiros: práticas de trabalho, de gestão, de formação e de participação** – deverá permear as discussões dos eixos temáticos.

GESTÃO DO TRABALHO EM SAÚDE

33. Nas sociedades atuais, a gestão do trabalho tem ocupado posição estratégica no que se refere à tomada de decisões institucionais. Os governos e as organizações voltadas para o interesse público enfrentam situações complexas, que exigem, cada vez mais, a adoção de estratégias para a melhoria nas relações e na gestão do trabalho. Essa área é permeada, entretanto, por conflitos que interferem, de forma decisiva, na qualidade dos serviços prestados pelas organizações de saúde.
34. O processo de trabalho em saúde apresenta similaridades e diferenças, se comparado ao trabalho em outras áreas de prestação de serviços. As realidades social, histórica e política do País corroboram a permanência de uma cultura de práticas autoritárias e centralizadoras de gestão.
35. A formação dos trabalhadores de saúde, desprovida da visão cidadã do trabalho, promove a reprodução de um modelo mecanicista e tecnicista, com base em normativas e padronizações produzidas pelos que planejam e dirigidas àqueles que executam, resultando, muitas vezes, em situações de constrangimento e coerção no trabalho. Práticas administrativas fiscalizadoras geram conflitos e insegurança; e impõem, como consequência, a acomodação dos subordinados aos dirigentes e negação de direitos fundamentais do trabalho, tanto individuais quanto coletivos.
36. Nesse cenário, os trabalhadores de saúde são transformados em cumpridores de ordens, normas e regras determinadas por outros atores, muitas vezes distanciados do processo de trabalho e até mesmo da gestão setorial. As relações de poder construídas nas instituições têm por base a divisão intelectual e de classe social, desconhecendo a função social do conjunto dos trabalhadores e do processo institucional de gestão do trabalho, à revelia de uma política que inclua o desenvolvimento do trabalhador, a promoção institucional e a dignidade no trabalho em saúde.
37. Os problemas relacionados à área da gestão do trabalho e da educação na saúde são apontados como alguns dos principais fatores que levam à prestação de serviços de saúde sem a necessária qualidade. Essa situação, entretanto, começa a mudar. Tem-se salientado a gestão do trabalho como um tema da maior relevância, incentivando-se a adoção de instrumentos que possibilitem o equacionamento das distorções existentes no gerenciamento da força de trabalho e nas relações interpessoais.
38. É consenso que a descentralização da gestão dos serviços de saúde no País não resultou, automaticamente, na transferência da capacidade gestora para a esfera municipal. Ademais, ela potencializou problemas crônicos e desencadeou a utilização de soluções irregulares, face às demandas da política local e às restrições ampliadas da esfera jurídico-legal.

39. Nesses aspectos, destacam-se o modelo de financiamento setorial e os limites impostos às três esferas de gestão pela legislação vigente¹. Os gastos do setor da saúde com a contratação de trabalhadores, sua formação e desenvolvimento não são considerados como investimento social.
40. A concepção de gestão do trabalho pressupõe entender o trabalho como uma categoria central na construção dos atores sociais, em um movimento construtivo, no qual, ao mesmo tempo em que o trabalhador se constrói, atua e se reconhece como pertencente ao ambiente de trabalho. O local de trabalho é considerado um espaço múltiplo e importante, onde a diversidade cultural e étnica se traduz em complementaridade e enriquecimento no processo de produção, buscando a humanização das relações sociais e a inserção de valores como a ética, a cooperação, o respeito e a solidariedade.
41. Essa concepção implica adoção, pelos três entes federados, de uma gestão democrática e participativa que considere três princípios integradores:
- I. Participação - quando os atores de uma instituição estão envolvidos, por meio de suas ações, em todos os processos da vida institucional, ou seja, na tomada, implementação e avaliação de decisões. O desempenho eficiente da organização é resultante da participação de todos, nos diferentes níveis e fases do processo decisório, o qual exige mudança na cultura organizacional.
 - II. Descentralização - quando são viabilizadas modificações profundas das funções de gestão nas instituições, que implicam adoção de processos gestores coerentes com cada coletivo de trabalhadores: definição de papéis e objetivos estratégicos; alteração nas atribuições das diferentes instâncias decisórias; reorganização de espaços; mudança nas relações e deslocamento do eixo de poder, permitindo que as políticas e as decisões sejam formuladas via participação.
 - III. Autonomia - quando se adota a democracia como princípio constitutivo de um processo permanente, sempre em construção, não existe uma autonomia absoluta. No tocante à gestão, a conquista da autonomia significa rompimento com a forma tradicional de gestão burocrática; e supõe a adoção de novos modos de planejar, organizar e avaliar o trabalho da instituição a partir de uma visão da realidade local e do atendimento de suas demandas básicas.
42. Os três princípios mencionados estão fortemente relacionados entre si, uma vez que a autonomia guarda estreitos vínculos com a descentralização e a participação. Juntos, esses princípios constituem os pilares da gestão democrática e participativa. Os entes federados devem adotar a gestão democrática e participativa, assumindo a descentralização como compartilhamento de poder e divisão das corresponsabilidades internas e externas ao sistema de saúde. Instâncias colegiadas devem ser criadas buscando maior participação da população e dos trabalhadores nas decisões; tendo em vista um projeto integrado e orientado à realidade local.
43. A gestão democrática e participativa que se propõe deve partir de uma agenda de trabalho definida como política de Estado – e não de governo – e envolver as diferentes

¹ No Brasil, o setor público é regido por lei que associa as despesas com pessoal às receitas líquidas das administrações municipal estadual e federal, restringindo o gasto ao máximo de 60% da receita para Estados e Municípios e de 50% da receita líquida federal; e limitando a autonomia das instituições públicas na realização de processos seletivos de contratação de pessoal, conforme a necessidade do serviço. Para melhor esclarecimento sobre o assunto, ver Lei Complementar nº 82, de 27 de março de 1995 – Lei Camata 1.

esferas de gestão, visando à consolidação de mudanças consistentes, tanto para o sistema de saúde como para o desenvolvimento da sociedade. Esse modelo de gestão implica a definição e conhecimento da capacidade gestora do trabalho em saúde, segundo o reconhecimento de competências e instâncias de poder. Ele visa à gestão participativa, entre gestores das diferentes instâncias administrativas da Federação (instâncias bipartite e tripartite); e articuladora, entre os poderes executivo, legislativo e judiciário, com ampla participação dos trabalhadores e da sociedade.

44. Entre os pontos a serem considerados pelos entes federados na implantação e implementação de uma gestão de qualidade do trabalho em saúde, destacam-se:
- I. Mecanismos de gestão, na perspectiva da construção social que envolva novos pactos entre usuários, trabalhadores de saúde e gestores, referidos a parâmetros de qualidade, ética e proteção, tanto dos trabalhadores quanto dos usuários.
 - II. Política de emprego, que contemple direitos sociais dos trabalhadores de saúde, dos setores público e privado, definindo a composição de equipes multiprofissionais e os sistemas de promoção e prestação de serviços na saúde por meio de mecanismos de gestão que possibilitem a oferta, distribuição e fixação de trabalhadores, de acordo com as necessidades sociais e regionais de saúde das pessoas e das populações.
 - III. Regulação do trabalho e do exercício profissional, configurando processos que envolvam os sistemas de educação e de saúde, as corporações, as associações profissionais e a sociedade de modo geral.

A) A desprecarização dos vínculos de trabalho no SUS

45. A partir da década de 1990, com a implementação da proposta neoliberal de reforma estrutural do Estado em direção ao Estado Mínimo, foi intensificada, no SUS, a política da flexibilização das contratações e de precarização das relações de trabalho, utilizando-se diversos modelos de vínculos de trabalho adotados pela União, estados e municípios. A terceirização de serviços passou a ser efetuada sem a observância da legislação, induzindo a propagação do trabalho precarizado.
46. O trabalho precarizado está relacionado à desobediência de normas vigentes nos direitos administrativo e trabalhista. Assim, trabalho precário pode ser definido como uma situação de não-proteção social, quando exercido na ausência dos direitos previstos na legislação.
47. Do ponto de vista da administração pública, proteção social não significa, tão-somente, o pleno gozo de direitos laborais. O fato de existir a cobertura social, legalmente exigida, com direitos e benefícios garantidos ao trabalhador, não é suficiente para caracterizar o trabalho como regular. Na administração pública, a contratação sem concurso público foi implementada por meio da terceirização de serviços. Nesse caso, o trabalho é considerado precário: o trabalhador foi admitido sem concurso público e, portanto, seu vínculo com o Estado não tem base legal.
48. Como consequência da precarização do trabalho, um grande contingente de profissionais do setor público de saúde está submetido às mais diversas modalidades contratuais: cooperativas; sistemas de bolsas de trabalho; contrato temporário; pagamento por reconhecimento de dívida; e outros. Todas essas modalidades de trabalho, além de contrariarem os preceitos do artigo 6º da Constituição Federal, que garante o trabalho como um direito social, submetem esses profissionais a uma franca

situação de desconforto e de insegurança trabalhista e social.

49. Como iniciativa política, o governo federal apresentou a proposta do Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS, que visa à regularização da situação dos trabalhadores inseridos no Sistema. Passo importante desse programa consistiu na criação, no âmbito do Ministério da Saúde, do Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no Sistema Único de Saúde.
50. Diante da necessidade de se regularizar os vínculos dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), o Ministério Público do Trabalho (MPT) tem exigido dos órgãos competentes a realização de concurso público como única forma de ingresso dos ACS na administração pública. Tal situação cria um impasse para a regularização desses vínculos, visto que a universalidade do concurso público (inciso II, do art. 37 da Constituição Federal) e a exigência de o trabalhador residir previamente, por dois anos, no local de atuação são condições incompatíveis.
51. O atual estágio desses entendimentos levou o Ministério da Saúde a assumir a desprecarização do vínculo de trabalho do ACS, por intermédio das seguintes iniciativas:
 - I. Motivação dos Municípios a promoverem o ingresso do ACS por concurso público – ou processo seletivo público –, para o exercício de cargo permanente ou emprego público.
 - II. Promoção do aumento da cota de financiamento do trabalho dos ACS, para contribuir com parte do custo da regularização dos vínculos de trabalho.
 - III. Encaminhamento de projeto de lei, para regulamentar a emenda constitucional que resultar da PEC nº 007/2003 – que cria o processo seletivo público para ACS –, tão logo ela seja promulgada.
 - IV. Estabelecimento de diretrizes orientadoras, para elaboração de editais de concurso público – ou processo seletivo público – de ACS.
 - V. Promoção de entendimentos entre o Ministério Público do Trabalho e os gestores locais do SUS, para o implemento dessas iniciativas.
52. Para que se efetivem as ações do Programa Nacional de Desprecarização, o Comitê Nacional tem, entre suas atribuições, a função de estimular a criação de comitês estaduais, municipais e regionais de desprecarização do trabalho no SUS; e, conseqüentemente, da Rede Nacional de Apoio à Desprecarização do Trabalho no SUS, que deverá contar com o apoio e iniciativa de gestores e trabalhadores dos estados e municípios.

B) Planos de carreira, cargos e salários para o SUS (PCCS-SUS)

53. O processo de descentralização reuniu, nas unidades de saúde, além dos próprios servidores municipais, servidores federais e estaduais, assim, as equipes de saúde mantêm vínculos diversos e gerenciamento unificado. Esses servidores da União e dos Estados que atuam nos Municípios, conhecidos com “municipalizados”, vivem uma situação de instabilidade, pois a sua “municipalização” não se fez acompanhar de norma regulatória que ordenasse seus vínculos e sua relação com a gestão municipal.

54. A implantação de planos de uma carreira para o setor da saúde tem sido referida, constantemente, como fundamental, não somente para o desenvolvimento gerencial dos serviços de saúde, mas, sobretudo, para a consolidação do Sistema Único de Saúde.
55. Em 2004, o Ministério da Saúde constituiu a Comissão Especial para a Elaboração de Diretrizes para um Plano de Carreira, Cargos e Salários para o SUS, composta, de forma paritária, por trabalhadores e gestores. Essas diretrizes destinam-se a todos os trabalhadores do SUS, que, direta ou indiretamente, se inserem no trabalho em saúde desenvolvido pelas instituições que compõem o Sistema e que detêm – ou não – formação específica para o desempenho de funções atinentes ao setor da saúde.
56. As Diretrizes de um Plano de Carreira, Cargos e Salários para o SUS foram concebidas de maneira a garantir ao trabalhador da Saúde:
- I. Carreiras unificadas no SUS, que garantam as mesmas condições de acesso, desenvolvimento e direitos aos trabalhadores das três esferas de governo, por meio da elaboração de planos com estruturas semelhantes em todos os órgãos que compõem o Sistema.
 - II. Construção de uma maior identificação pessoal com o sistema de saúde, incentivando a consolidação de uma cultura própria dos trabalhadores e fortalecendo o sentimento de pertencimento e compromisso. Passo importante nesse empreendimento é a pactuação entre os entes federados, para garantir a mobilidade dos trabalhadores no âmbito do SUS, sem perda dos seus direitos.
 - III. Perspectivas de desenvolvimento na carreira, com política de ingresso, evolução e avaliação de desempenho pautadas em uma relação de trabalho justa e responsável.
 - IV. Avaliação de desempenho profissional e institucional, compatibilizando desenvolvimento profissional e desempenho organizacional.
 - V. Gestão democrática, compartilhada entre gestores e trabalhadores, para proporcionar maior democratização das relações de trabalho.
 - VI. Reconhecimento do trabalhador de saúde como ator fundamental, para o alcance dos objetivos de consolidação do SUS.
 - VII. Definição dos princípios norteadores das diretrizes que deverão estar presentes nas decisões institucionais dos gestores: universalidade; equivalência; concurso público; mobilidade; flexibilidade; gestão compartilhada – com a criação de comissões paritárias nos estados e municípios, para elaboração de planos de carreira, cargos e salários –; carreira como instrumento de gestão; educação permanente em saúde; avaliação de desempenho; compromisso solidário; e controle social.
57. A mobilidade é entendida como um princípio que assegura o trânsito do trabalhador no SUS, sem perda de seus direitos e desenvolvimento na carreira, bem como a busca de relações de trabalho pautadas em responsabilidades, respeito mútuo e compromisso com o Sistema.

C) Negociação do trabalho no SUS

58. As Mesas de Negociação Permanente do Trabalho no SUS são fóruns paritários de tratamento dos conflitos inerentes às relações de trabalho e são vinculados aos

conselhos de saúde. As Mesas são espaços em que trabalhadores e gestores debatem e consensuam as questões referentes às relações de trabalho; e os conselhos, espaços competentes para dirimir conflitos.

59. A criação e o fortalecimento das Mesas Estaduais e Municipais de Negociação Permanente do Trabalho no SUS são fundamentais para a consolidação do Sistema Nacional de Negociação Permanente no âmbito do SUS. Esse sistema de negociação visa à articulação e à troca de experiências entre as mesas, possibilitando a democratização das relações de trabalho.
60. A política de criação de espaços de negociação permanente expressa um avanço na construção de um novo modelo de relações de trabalho no setor da saúde, respaldado nos princípios do Sistema Único de Saúde, na NOB-RH/SUS e na valorização da força de trabalho, possibilitando a melhoria do atendimento aos usuários do SUS. Investir em processos educativos que tenham por objeto a negociação do trabalho no sistema de saúde constitui estratégia importante para impulsionar o Sistema Nacional de Negociação Permanente do Trabalho no SUS.

D) Regulação do trabalho em saúde

61. No Brasil, é livre o exercício de qualquer trabalho, desde que sejam atendidas as qualificações profissionais definidas pela legislação pertinente. A regulação das profissões tem obedecido, muito mais, às regras estabelecidas pelas próprias corporações, por meio de processos de auto-regulação, do que às necessidades da população, do desenvolvimento do país ou de ações efetivas de governo. As iniciativas legislativas, por sua vez, reproduzem, freqüentemente, as resoluções da auto-regulação, sem que haja participação relevante do governo e de outros segmentos da sociedade no processo de regulação das profissões. É visível o desequilíbrio desse processo, em que se colocam mecanismos de defesa dos interesses das próprias corporações e os interesses da população em geral.
62. Uma característica básica do atual regime regulatório brasileiro é a existência de uma legislação sobre conselhos profissionais, os quais, muitas vezes extrapolam os próprios limites de atuação, disseminando conflitos que alimentam a competição entre corporações regulamentadas; ou entre estas e aquelas em via de regulamentação.
63. Na área da saúde, especialmente, a situação tem-se tornado crítica, nos últimos anos. Grande parte da legislação das profissões pertinentes ao setor contém, em seu arcabouço, funções que necessitam de atualização para incorporarem novas conquistas técnico-científicas, evolução da autonomia das profissões, inovações do trabalho realizado por equipe multiprofissional e interdisciplinar; e, certamente, a própria consolidação do sistema de saúde brasileiro. Faz-se necessária a revisão dessas leis e o estabelecimento de novos patamares regulatórios.
64. Cabe ao Estado, mediante articulação do governo e da sociedade civil, estruturar o processo de fiscalização e controle do exercício profissional. Deve-se promover a construção, de forma coletiva e com o envolvimento do poder público, sociedade civil e trabalhadores dos diversos segmentos da área da saúde, de um sistema de regulação profissional que se perfile pela promoção e proteção da qualidade de saúde, segundo parâmetros éticos, e submeta o interesse particular ao interesse social. Para cumprir esse preceito constitucional, como uma primeira iniciativa, foi criada, em 2004, no âmbito do Ministério da Saúde, a Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde, espaço temático

de discussão permanente entre as categorias profissionais, o governo – representado pelos três entes federados – e a sociedade.

E) Fortalecimento da capacidade gestora em Estados e Municípios

65. No Brasil, o setor da saúde, apesar de ser uma área protegida, regulada e controlada pelo Estado, apresenta um cenário de desarticulação entre a saúde, como bem público, e aqueles que a produzem, os trabalhadores. Ademais, a gestão do trabalho no SUS tem sido feita, em grande parte, de forma empírica e burocratizada, o que potencializa o grau de conflito presente.
66. É necessário que as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde – a partir da cooperação técnica entre União, estados e municípios – criem, implementem ou fortaleçam estruturas de gestão do trabalho e da educação na saúde, objetivando dar destaque e valorização aos trabalhadores e ao trabalho no SUS. É prioritário que as funções técnicas contem, por um lado, com o apoio institucional dos gestores; e, por outro, com equipes qualificadas e recursos tecnológicos apropriados (para não se converterem em mais uma instância burocrática), alcançando efetividade nos seus objetivos de gestão do trabalho.
67. Tal iniciativa prevê, entre os componentes de seu desenvolvimento, a criação de um Sistema Nacional de Informações do Trabalho em Saúde que permita a comunicação entre as três esferas de governo e que apóie as ações voltadas à gestão do trabalho e à educação na saúde.

F) Financiamento da gestão do trabalho

68. Para implementar a estruturação e qualificação da gestão do trabalho e da educação na saúde, são necessários incentivos e investimentos na área, baseados no estabelecimento de indicadores orçamentários que orientem o processo de consolidação da política de valorização do trabalho e dos trabalhadores de saúde.
69. A definição das fontes de financiamento, pactuadas entre as três esferas de governo, para a implantação de planos de carreira também é de extrema importância. Urgentes e profundos debates devem-se realizar sobre as necessidades de possíveis alterações na Lei de Responsabilidade Fiscal (Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000).

EDUCAÇÃO NA SAÚDE

70. A política de educação na saúde, em curso no País, depois de aprovada pelo CNS e pactuada pela CIT tem como grande desafio superar a tradição da formação e desenvolvimento que era realizada no setor da saúde. Essa tradição entende a educação como um componente operacional, centrado nas capacitações e treinamentos aplicados ao cotidiano imediato dos serviços, onde os trabalhadores são os únicos responsáveis pela qualidade da atenção e pela qualidade da gestão que se faz em saúde. Na nova concepção, a se construir, o alcance das mudanças desejadas supõe um processo interativo e participativo nas relações cotidianas, principalmente quando marcadas por compromissos éticos com o melhor acolhimento da população e com a promoção da autonomia dos usuários.
71. A partir de 2003, a educação na saúde ganhou estatuto de política pública para a formação e desenvolvimento no âmbito do SUS. Como política pública, ela requer o

compartilhamento de responsabilidades na condução, acompanhamento e avaliação da sua implementação.

72. Comprometida com uma nova orientação do trabalho em saúde, essa política destaca a educação como componente estratégico da gestão do SUS, para:
- I. Enfrentar as situações complexas vividas no cotidiano, como a qualificação dos serviços na condição de rede de atenção integral à saúde e a ampliação dos processos participativos e de responsabilização, tanto na democratização do trabalho como no exercício do direito à saúde pelos usuários.
 - II. Implementar inovações ao processo de trabalho, pela qualificação técnica, mas também pedagógica, gerencial, humanística, ética e política.
 - III. Implementar a humanização do cuidado à saúde, tomando as histórias ou os estados de saúde-doença como processo de construção de vivências individuais ou coletivas, e não apenas como efeito de histórias e estados biológicos.
 - IV. Aproximar as estruturas de gestão e de controle social do SUS das instituições formadoras e do movimento estudantil e social, na construção das prioridades e das estratégias de aprendizagem significativa.
 - V. Entender o cotidiano como fonte de produção de conhecimentos e tecnologias para a prática, em que a formação e o desenvolvimento estejam, permanentemente, integrados ao processo institucional do trabalho.
73. Os trabalhadores, como força criativa da produção de serviços de saúde, conquistam um espaço estratégico nessa política. Para ampliar a sua atuação na redefinição das práticas profissionais, eles devem participar da construção e da gestão da sua educação permanente em saúde.
74. As instituições formadoras não devem ocupar apenas um espaço de produção científica e qualificação de quadros profissionais, elas devem se tornar parceiras do Sistema Único de Saúde, efetivando a máxima interação entre o mundo do ensino e o mundo do trabalho, consolidando os compromissos públicos e a relevância social da formação, especialmente em saúde, onde existe mandato constitucional para a ação conjunta.

A) Formalização e execução da educação na saúde

75. A atual articulação entre os setores federais da saúde e da educação deve ser ampliada e desenvolvida no sentido de construir a mais ampla e eficaz relação intersetorial e, assim, atender aos legítimos interesses de uma formação e especialização dos profissionais orientada pelas necessidades de saúde e de uma gestão educacional preocupada com a destinação e responsabilidade social das instituições formadoras para que estas cumpram seu papel de elevação da capacidade e qualidade educativa e estabeleçam práticas de produção e disseminação do conhecimento técnico e científico socialmente necessário.
76. Faz-se urgente que os poderes executivo, legislativo e judiciário se empenhem em regulamentar o inciso III, do artigo 200, da Constituição Federal.
77. Também compete aos poderes executivos federal, estadual e municipal, bem como aos formadores em saúde, às instâncias de controle social do setor, aos parceiros ou demais poderes constituídos no âmbito intersetorial, fazer cumprir, integralmente, os artigos 27 a 30 da Lei Orgânica da Saúde.

78. A educação e informação em ética e bioética deve ser um princípio formador que perpassa todos os níveis de educação e todas as profissões de saúde.
79. Em todos os campos indicados para a prática de ensino-aprendizagem em saúde, deve-se assegurar qualidade assistencial, pedagógica e didática satisfatória.
80. A valorização da formação e desenvolvimento do trabalhador deve focar, também, as características do trabalhador “veterano” e não apenas dos trabalhadores iniciantes.

B) Pólos de educação permanente em saúde

81. Uma nova instância de pactuação foi criada, para a construção da política de educação na saúde, envolvendo executores do SUS, formadores em saúde e controle social do setor (todos os segmentos): o Pólo de Educação Permanente em Saúde. O pólo não é o lugar de execução e sim de **articulação interinstitucional** (múltiplas instituições ligadas ao ensino, serviço, gestão do SUS e participação social) e **locorregional** (tomando por base o sistema municipal – local – de saúde, mas entendendo-o em rede de comunicação e cooperação – regional), para alcançar o acesso ao atendimento integral de todas as necessidades de saúde.
82. Os Pólos foram gerados pelo Ministério da Saúde com base na Lei e na NOB-RH/SUS; foram aprovados pelo CNS e, em seguida, pactuados na CIT; finalmente, foram instituídos pela Portaria MS/GM nº 198, de 13 de fevereiro de 2004. Hoje, são mais de 100, por todo o País, e a educação permanente em saúde é a sua principal estratégia de ação. Os Pólos constituem mecanismo fundamental às transformações do trabalho no setor da saúde, para que o trabalho seja lugar de atuação técnica competente, mas, também, de ação crítica e propositiva.
83. O conceito de Pólo, que o governo propôs, o CNS e a CIT aprovaram e pactuaram, fora contemplado na Lei Orgânica da Saúde, no seu artigo 14: “... *deverão ser criadas Comissões Permanentes de integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior*”. Cada uma dessas comissões “*tem por finalidade propor prioridades, métodos e estratégias para a formação e educação continuada dos recursos humanos do Sistema Único de Saúde na esfera correspondente, assim como em relação à pesquisa e à cooperação técnica entre essas instituições*” (Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, art. 14). A definição de Pólo de Educação Permanente em Saúde contempla, portanto, a noção de organização da prática pedagógica, que insere o cotidiano do trabalho ou da formação – em saúde – como foco central dos processos educativos.
84. Os Pólos são estruturas fundamentais para a construção da política de educação na saúde. Eles configuram uma nova instância do SUS, como já o foram, um dia, as Comissões Locais e Interinstitucionais de Saúde. Com esse entendimento podemos aceitar que quando se aprende a função de uma instância e os modos de participação na mesma, aprende-se a valorizá-la e a fazer seu uso mais adequado e legítimo.
85. Aqui, é fundamental entender que a política de educação e desenvolvimento em saúde para o SUS lançou mão do conceito de educação permanente em saúde, para substituir a noção de educação continuada. A educação continuada configura a soma e constante acumulação de conhecimentos, enquanto a educação permanente em saúde pretende a ligação direta entre repensar o processo de formação e repensar o processo de trabalho. Para a educação permanente em saúde, o conhecimento não se destina a acumular, mas a transformar o trabalho, os trabalhadores de saúde e a participação no setor.

86. Torna-se fundamental ampliar a autonomia dos Pólos, assegurando-lhes o seu caráter interinstitucional e locorregional, já referido; e que as instâncias estaduais (CIB e CES) disponham-se à aprovação das diretrizes de execução e avaliação e ao incentivo à ampliação da cooperação e troca solidária de informações e conhecimentos entre gestores, formadores, trabalhadores, estudantes e movimentos sociais, além de representantes das instâncias locorregionais de controle social e de negociação do SUS.
87. Há uma real necessidade de descentralizar e disseminar capacidade pedagógica no interior do setor, fazendo do SUS uma rede-escola. Para tanto, é preciso investir, massivamente, na formação de facilitadores de educação permanente em saúde que estejam em todas as instituições integrantes dos Pólos. Quando a rede de saúde for rede-escola, ela terá papel fundamental na formação de estudantes e de profissionais em especialização em serviço para as reais necessidades do SUS.

C) Graduação das profissões da saúde orientada para o SUS

88. O maior desafio de compromisso da formação com as necessidades de saúde está na orientação de todos os cursos de graduação do grupo de profissões da saúde para a compreensão do sistema de saúde vigente no País; a construção, conceitual e prática, da integralidade na atenção e na gestão em saúde; e a aprendizagem concreta sobre o trabalho em equipes multiprofissionais de saúde com caráter interdisciplinar e de produção coletiva da saúde.
89. A esse desafio integra-se a indispensável formação, em massa, de professores para o novo processo, excluindo-se a “compra” de projetos de mudança curricular para um processo de engajamento docente e institucional.
90. As escolas de graduação em saúde devem assumir, como compromisso, a adoção de processos de mudança enfocados nas necessidades de saúde da população e do SUS, envolver os estudantes com as realidades locais e necessidades do país e abrir possibilidades de pesquisa e desenvolvimento em torno de temas importantes para a mudança, como a noção de práticas cuidadoras e de trabalho em coletivos. Cabe as escolas de graduação contribuir com o SUS por meio da prestação de serviços de suporte tecnológico, assessoramento técnico-científico e documental e ações colaborativas.
91. A má distribuição da oferta de cursos de graduação em saúde ressalta a necessidade de formular critérios nacionais para a abertura de cursos e de vagas nas escolas, a serem respeitados por todas as instâncias do setor da educação. Não se pode restringir a abertura de cursos públicos e não se pode concordar com a abertura de cursos isolados de saúde nas instituições de ensino. Não se pode concordar que sejam abertos cursos em regiões carentes sem um processo seletivo que conceda elevada prioridade aos candidatos locais.
92. Devem-se utilizar estratégias nacionais de redução das desigualdades sociais e regionais na expansão e redistribuição da oferta de cursos de graduação em saúde.
93. A implementação das diretrizes curriculares nacionais deverá ser uma luta cotidiana dos gestores do SUS e dos gestores da educação, dos trabalhadores de saúde, dos estudantes e dos movimentos sociais, inclusive pertencendo ao cotidiano dos foros de controle social e de participação na saúde e na educação.
94. Juntamente com o MEC, como vem acontecendo desde 2004, o Ministério da Saúde e as associações de ensino na saúde devem participar da construção dos sistemas de

avaliação da educação superior na área da saúde. A avaliação de cursos na área da saúde deve inaugurar e fortalecer a mais ampla permeabilidade entre o setor da saúde e o Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais do Ministério da Educação (Inep/MEC), órgão responsável pela avaliação da educação no País. Os gestores da saúde e da educação devem demonstrar, por meio da avaliação, o compromisso como o cumprimento do artigo 200 da Constituição Federal.

D) Interação com o movimento estudantil da área da Saúde

95. Entre todos os estudantes, os universitários da área da saúde constituem um segmento que se prepara para compor o quadro profissional específico para este setor. É importante que esse contingente, a ser preparado para ocupar postos de trabalho específicos nos serviços, na docência, na pesquisa, na gestão e na produção de tecnologias com núcleo de saberes próprio do trabalho em saúde, tenha a oportunidade de vivenciar e conhecer a gestão e todos os setores do SUS e não apenas tenham a oportunidade de dominar os aspectos técnico-científicos e assistenciais ou de promoção da saúde.
96. Estudantes de graduação dos cursos da área da Saúde podem, por meio de variadas vivências e estágios, conhecer como funciona o SUS antes de se engajar no mercado de trabalho. Um projeto de vivências e estágios na realidade do SUS foi introduzido pelo governo federal (VER-SUS), buscando levar os graduandos a conhecer a gestão do sistema durante os recessos do ano letivo, familiarizar-se com os seus problemas, peculiaridades e avanços, bem como adquirir experiências para uma futura atuação pró-ativa, de compreensão, construção e viabilização do SUS, mas esta iniciativa pode ser de gestores estaduais e municipais por todo o país, devendo contar com a necessária pactuação ativa com as representações estudantis por meio dos diretórios e centros acadêmicos.
97. Os objetivos do VER-SUS podem ser ampliados pelas atividades de extensão universitária, atendendo às necessidades de interação com as regiões de difícil provimento e fixação de profissionais de saúde, para aumentar a familiaridade dos estudantes com estas áreas, e às necessidades de interação continuada com os movimentos sociais para compreender de verdade as diversidades culturais.
98. O caráter multiprofissional das vivências e estágios é essencial para que os estudantes percebam como as competências se integram, complementam e ativam processos inovadores do cuidado e da organização dos serviços de saúde. A aproximação com realidades e contextos culturais diversos e o contato direto com os usuários e conselheiros de saúde são relevantes para o sucesso da iniciativa de montar o perfil do trabalhador de saúde e não apenas ampliar o conhecimento do SUS. Trata-se de uma tarefa da educação universitária recomendável para todas as profissões.
99. Outro aspecto importante na articulação com os estudantes é a construção de mecanismos de Estado que encontrem alternativas para que os estudantes contemplados por financiamento público, após a graduação, possam ressarcir os benefícios do crédito concedido com a prestação de trabalho profissional, no âmbito do SUS, conforme a necessidade do sistema.

E) Residência e especialização em serviço na área da Saúde

100. A **especialização em serviço** na saúde é um dos principais modelos de formação de profissionais com domínio significativo das habilidades de pensamento e de ação requeridas pelos variados núcleos de conhecimento do trabalho na área. A **residência médica**, por exemplo, é a mais tradicional forma de especialização dos profissionais de saúde. Muitas universidades federais, governos estaduais e governos municipais, entretanto, desenvolvem, há 15-20 anos ou mais, residências para outras profissões de saúde, sem que se tenha uma política de especializações definida para todo o setor saúde.
101. A **residência** é uma modalidade de educação profissional pós-graduada, desenvolvida em ambiente de serviço e mediante supervisão docente-assistencial. Ela pode constituir-se de aperfeiçoamento especializado, especialização em área profissional e especialização acadêmico-científica, todas estas contando com o respectivo reconhecimento pelos sistemas de saúde e/ou de educação, podendo dispor dispondo da rede SUS como rede-escola de formação e devendo ser amplamente reconhecida pelos gestores do SUS e órgãos de ensino ao estabelecerem concursos públicos profissionais ou docentes e processos seletivos para postos de trabalho ou pós-graduação *stricto sensu*.
102. Programas complementares de residência médica com segundo título de Especialista em Saúde da Família; abertura de programas de residência médica em Medicina de Família e Comunidade, nas regiões urbanas, com prioridade para os serviços de mais difícil provimento dos postos de trabalho, e o credenciamento de modalidades regionais interserviços e mesmo intermunicípios, em lugar de serviços únicos, poderão contribuir para o maior preenchimento dos postos de trabalho da atenção básica à saúde, por médicos portadores da especialidade em Medicina de Família e Comunidade. A potencialidade pedagógica e assistencial desses campos deveria permitir a construção de programas associados para as profissões que possam contar com preceptoria de sua área de conhecimento na atenção básica em saúde coletiva.
103. É preciso incentivar e, efetivamente, implementar as residências nas áreas profissionais da saúde, para garantir que todas as profissões tenham a possibilidade de adquirir a especialização que o setor demanda. Cabe aos gestores do SUS, docentes, pesquisadores, trabalhadores e estudantes fortalecerem e construir possibilidades – e oportunidades – reais de aprendizado e trabalho. Os gestores do sistema, em seu âmbito de ação (federal, estadual ou municipal), devem se encarregar de criar programas e promover a alocação de bolsas de residência, especialização e aperfeiçoamento.
104. É fundamental, também, adequar o processo de especialização (forma, conteúdo, certificação) às características do sistema de saúde, integrando as várias residências, os cenários hospitalares, ambulatoriais e de promoção da saúde, incluindo a formação multiprofissional.
105. A **residência integrada em saúde** é um conceito a ser considerado no estabelecimento de formas de *articulação* entre os programas de residência das várias profissões, preservadas as especificidades e a garantia de preceptoria por profissão e especialidade profissional em cada caso, e também para construir a *integração* entre trabalho técnico, produção de conhecimento, prática participativa e compreensão dos processos gerenciais do SUS.

106. Um importante passo nessa construção, para o país, foi a iniciativa do governo federal de criar, por meio da Medida Provisória nº 238, de 1º de fevereiro de 2005, um programa de bolsa de educação pelo trabalho para a especialização e aperfeiçoamento em serviço, bem como para a instrutoria em serviço, nas modalidades de tutoria, preceptoria e orientação em serviço.
107. No tocante a formação regular e oficial em serviço, é fundamental que o setor da educação (federal, estadual e municipal), seja por meio dos órgãos de governo, seja por meio dos conselhos de educação, atenda e faça cumprir os artigos 27 a 30 da Lei Orgânica da Saúde, juntamente com os gestores do SUS e os conselhos de saúde.

F) Serviço civil profissional em saúde

108. Há muitos anos, discute-se o serviço civil em saúde. Já é hora de uma ação inovadora, que alcance exequibilidade e responda, em tempo, à urgência de implementação desse serviço. Assim, cumpre definir estratégias de atendimento diferenciado segundo as necessidades regionais e geográficas mais desafiadoras, como as da Amazônia brasileira, do interior mais recôndito, da zona rural e do sertão, das periferias urbanas e demais áreas que oferecem maiores problemas de acessibilidade, provimento e fixação de profissionais de saúde.
109. Também é importante, criar modalidades de formação básica, técnica e universitária de profissionais capacitados para atuação em serviços de saúde adequados à cobertura de áreas que, atualmente, se encontram desprovidas de assistência e proteção à saúde individual e coletiva.
110. Um objetivo inovador, fruto do reconhecimento das diversidades e singularidades nacionais, é o de estabelecer alternativas de criação de estruturas pedagógicas que comprometam docentes, serviços de saúde e gestores públicos na abordagem e cobertura dessas regiões.
111. Enquanto não houver uma lei de caráter obrigatório ou compulsório – uma construção social, não impositiva –, é possível implementar uma política que envolva a extensão universitária, os estágios de iniciação ao trabalho e os programas de aperfeiçoamento especializado ou residência, de maneira regular e contínua.
112. O investimento de recursos em qualificação profissional e a implantação de cursos seqüenciais para trabalhadores do nível local são medidas que elevarão os padrões de desempenho técnico e serviços de saúde nas regiões de difícil acesso, provimento e fixação de profissionais.

G) Profissionalização técnica em saúde

113. Os trabalhadores do nível médio representam mais da metade dos profissionais dedicados à saúde, responsáveis pela execução da maioria das ações de contato direto e continuado com os usuários. Foram, historicamente, incorporados aos serviços de saúde para, em seguida, serem treinados nos serviços. O atual grau de desenvolvimento e diversificação dos conhecimentos e tecnologias em saúde, entretanto, não mais permite a incorporação espontânea ou não profissionalizada de trabalhadores.
114. A educação profissional brasileira de hoje, ademais, conta com uma política nacional segundo a qual uma das formas de imprimir maior qualidade ao trabalho e segurança aos usuários, assim como dignidade aos trabalhadores em saúde, é a ampliação da oferta de cursos de formação profissional básica e especializada. Nesse

novo cenário tecnológico, sob a ótica do modelo de educação profissional vigente, a questão da formação de quadros docentes é crucial.

115. A educação profissional de nível técnico em saúde para o nível médio tem o desafio de apropriar os princípios da educação problematizadora, da humanização e da integralidade do SUS para formar trabalhadores com potencial crítico e criativo e não meros cumpridores de ordens, porque estes não ajudam a crescer o sistema de saúde.
116. Esse desafio está, justamente, em construir todos os caminhos para uma formação técnica “por itinerário no SUS”. A formação técnica por itinerário modular no SUS representa uma importantíssima conquista da área institucional da saúde junto à da educação, porque permite a qualificação e a habilitação de quadros em serviço, aceitando a existência de um conhecimento tácito – e imprescindível –, proveniente da experiência acumulada no exercício ocupacional.
117. Essa modalidade educacional, ainda, inclui todos os trabalhadores no processo de formação, uma vez que as etapas/módulos/percursos da formação não são excludentes, mas complementares, e estão organizadas sob o foco da complexidade das competências do perfil profissional e não da divisão técnica do trabalho. Isso significa que os trabalhadores do nível médio que ingressam nos cursos organizados em itinerário têm como destino a **habilitação técnica**, mesmo com formação organizada na escola e nos serviços.
118. Desenvolver políticas do primeiro emprego em saúde para jovens e egressos de educação técnica pode significar o incremento da qualidade e resolubilidade do trabalho.
119. A diversificação das profissões técnicas deve ser bem vinda e devem ser ampliadas as ofertas de formação para todas elas, garantindo-se a convivência e a aprendizagem da interdisciplinaridade para contribuir para o real avanço do SUS.
120. A política de expansão das escolas técnicas deve enfatizar e privilegiar os sistemas públicos de educação.

H) Formação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS)

121. Desde que a ocupação de Agente Comunitário de Saúde (ACS) foi transformada em profissão, o SUS passou a ter responsabilidades – e compromissos formalizados – com o crescimento pessoal, ocupacional e profissional desse contingente, não podendo deixar sua formação presa à noção de treinamento em serviço.
122. Ainda é preciso reconhecer e valorizar a singularidade profissional do ACS como um trabalhador especial, de uma campo intersetorial, Saúde e Ação Social, devendo contar com o acesso à formação pelos saberes de promoção da cidadania.
123. Esse número expressivo de trabalhadores, responsável por muitas tarefas locais, reivindica direitos de desenvolvimento que passam pela criação da sua profissão, como o acesso aos conhecimentos formais, domínio de tecnologias de informação e acesso aos recursos de educação profissional. Uma consulta pública envolvendo 4.930 participações ao portal de contribuições por meio eletrônico, permitiu o desenho do perfil de competências necessárias à definição das diretrizes para a sua formação.
124. No Brasil, reserva-se o direito educação profissional a todas as profissões legalmente constituídas. A certificação se destina a quem frequentou escola/educação regular. Sendo assim, a educação dos ACS teve de ser construída por itinerários modulares no SUS para muito paulatinamente chegar a sua habilitação técnica. Todos os

ACS devem ter acesso à educação profissional, mas ela não deve ser obrigatória para ingresso na função, como não deve ser obrigatório o percurso completo até a habilitação técnica. Eles têm direito à oportunidade de profissionalizar-se, de acordo com as realidades locais, conforme a legislação brasileira da educação profissional.

125. A qualificação profissional dos ACS deve ser um processo sistemático, contínuo e vinculado às escolas do SUS, mediante itinerário formativo organizado por módulos que geram atestado de estudos e direito de progressão na educação profissional, com validade nacional.

I) Interação com os usuários para um trabalho centrado nas necessidades sociais por saúde

126. O trabalho em saúde, tradicionalmente, está centrado na doença, nos procedimentos, nas rotinas, nas lógicas – excessivamente – técnicas de administração e prestação do cuidado. Diferentemente dessa condição, o foco principal da organização do trabalho seriam os usuários, prioridade de toda prática de saúde. Alternativamente à educação para a saúde realizada no âmbito das práticas de atenção, uma proposta ousada e inovadora seria a da articulação com os usuários em um trabalho de educação recíproca para conhecer as necessidades sociais em saúde e para construir práticas profissionais com participação dos usuários
127. O desenvolvimento institucional do trabalho em saúde passa pela mobilização social em torno das questões locais de saúde e pela humanização das ações e serviços, com o intuito de sensibilizar o conjunto do Sistema para as redes sociais e movimentos populares.
128. Entende-se que os movimentos sociais de saúde expressam saberes e práticas populares a serem considerados na formação dos trabalhadores do SUS, que devem ser reconhecidos e valorizados pelo Sistema. É importante construir um canal de interlocução entre população e gestores, docentes, estudantes e trabalhadores, que possa fomentar a noção de educação não apenas para os profissionais (educação técnica, superior e em serviço, já referidas), mas também para o segmento popular, autor de atos de saúde não profissionais, formulador de políticas populares e a mobilizador social pelas políticas públicas de saúde. Por tratar-se de articulação e interlocução, fica garantida a autonomia dos movimentos em relação ao governo.
129. De acordo com essa concepção, o exercício do trabalho em saúde e das profissões de saúde deve considerar a articulação entre o saber técnico-científico e o saber popular, de forma que a sua integração resulte na melhoria da formação dos trabalhadores e da qualidade do exercício profissional.
130. A manutenção de uma agenda de interlocução com outros Ministérios, particularmente com os da Educação, das Cidades e da Cultura, é fundamental para o desenvolvimento de ações coordenadas, como as de saúde na escola, promoção da cidadania, arte cultura popular, movimentos sociais de base, entre outras.
131. Inovações curriculares, educação permanente de professores e metodologias construtivistas na escola básica (ensino fundamental e médio) e educação infantil, que incluam a participação dos movimentos e práticas de educação popular representam estratégias que podem mudar o senso comum sobre o sistema de saúde, ampliando o conhecimento do SUS e o controle social em saúde, promovendo uma nova aproximação desse importante segmento das políticas públicas com os trabalhadores do

SUS.

J) Educação e ensino nos hospitais universitários e auxiliares de ensino

132. Um processo efetivo de mudanças na formação em saúde, com o propósito de articular ensino, trabalho, gestão e controle social, não pode prescindir do debate das condições de ensino-aprendizagem nos hospitais universitários e auxiliares de ensino, debate esse já introduzido na Comissão Interinstitucional de Gestão da Política de Hospitais de Ensino.
133. A formação final dos estudantes das profissões de saúde tem sido feita, principalmente, pelos hospitais universitários. O debate sobre a sua relação com a graduação não é menos relevante que a discussão quanto à sua integração à rede do SUS e ao seu financiamento adequado.
134. O primeiro passo nesse sentido já foi dado com a extinção do Fideps – Fundo de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e da Pesquisa nos Hospitais Escola e com a inserção da reflexão crítica sobre os hospitais universitários e auxiliares de ensino em todos os projetos de Pólos de Educação Permanente em Saúde. Hoje, o conjunto desses hospitais passa por um processo de certificação, agora como Hospitais de Ensino, tão somente.
135. Essa certificação deve primar por novos desafios ético-profissionais e nova forma de contratação e compromissos, como: integração, em rede, com o conjunto do sistema de saúde local e regional; integralidade e humanização da atenção hospitalar pelo SUS; apoio, de forma matricial, às especialidades contempladas nas equipes de saúde da atenção básica; avaliação tecnológica para o SUS; e valorização, ainda maior, da proteção da excelência técnica dos hospitais de ensino na composição da rede de atenção integral à saúde.

L) Financiamento da educação na saúde

136. A 11ª Conferência Nacional de Saúde formulou uma proposta de financiamento para a educação na saúde: recursos financeiros na ordem de, “*no mínimo, 1% do orçamento da saúde*”, para “*qualificar a capacitação de recursos humanos em cada esfera de governo, com prioridades e programa aprovados pelo respectivo Conselho de Saúde*”. Embora a *qualificação e capacitação*, invariavelmente, conste dos planos de gestão em saúde, raramente se observa a garantia de qualquer financiamento. Para a implementação da estruturação e qualificação da educação na saúde, é essencial a definição de indicadores orçamentários que reconheçam e estimulem a execução de uma política de educação na saúde. O investimento na área é essencial para o desenvolvimento institucional do trabalho no SUS e para o desenvolvimento das profissões de saúde com orientação para o SUS.

CONCLUSÃO

137. A 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde deverá debater todas essas questões; e outras, não menos pertinentes ao seu objeto, ideários e experiências acumuladas no País, Estados e Municípios. O sucesso da 3ª Conferência no alcance dos seus objetivos resultará do envolvimento amplo, participativo, qualificado e

responsável dos diversos segmentos do Sistema Único de Saúde na discussão, elaboração e posterior execução de uma política nacional de gestão do trabalho e da educação na saúde, inovadora e consistente.

138. A 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, igualmente, terá o mérito de destacar o trabalho em saúde e os trabalhadores do SUS como cidadãos ativos na mudança das práticas de saúde, na qualificação da gestão setorial, na renovação da formação e na mais ampla valorização do controle social em saúde.