

Gestão e Organização do Trabalho na Rede SUS

Produto 4a - Relatório das entrevistas com conselheiras(os) estaduais de saúde sobre a gestão do trabalho no SUS

*Carta Acordo SCON2023-00216 – Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS/OMS)
e Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos (DIEESE)*

Dezembro de 2024



Escritório Nacional: Rua Aurora, 957 – 1º andar

CEP 05001-900 São Paulo, SP

Telefone (11) 3874-5366 / fax (11) 3874-5394

E-mail: en@dieese.org.br

www.dieese.org.br

Presidente – Maria Aparecida Faria

Sindicato dos Trabalhadores Públicos da Saúde no Estado de São Paulo – SP

Vice-presidente – José Gonzaga da Cruz

Sindicato dos Comerciantes de São Paulo – SP

Secretário Nacional – Paulo Roberto dos Santos Pissinini Junior

Sindicato dos Trabalhadores nas Indústrias Metalúrgicas de Máquinas Mecânicas de Material Elétrico de Veículos e Peças Automotivas da Grande Curitiba - PR

Diretor Executivo – Alex Sandro Ferreira da Silva

Sindicato dos Trabalhadores nas Indústrias Metalúrgicas Mecânicas e de Material Elétrico de Osasco e Região – SP

Diretor Executivo – Carlos Andreu Ortiz

CNTM – Confederação Nacional dos Trabalhadores Metalúrgicos

Diretora Executiva – Cecília Margarida Bernardi

Sindicato dos Empregados em Empresas de Assessoramentos Perícias Informações Pesquisas e de Fundações Estaduais do Rio Grande do Sul - RS

Diretor Executivo – Claudionor Vieira do Nascimento

Sindicato dos Metalúrgicos do ABC – SP

Diretora Executiva – Elna Maria de Barros Melo

Sindicato dos Servidores Públicos Federais do Estado de Pernambuco - PE

Diretor Executivo – Gabriel Cesar Anselmo Soares

Sindicato dos Trabalhadores nas Indústrias de Energia Elétrica de São Paulo – SP

Diretor Executivo – José Carlos Santos Oliveira

Sindicato dos Trabalhadores nas Indústrias Metalúrgicas Mecânicas e de Materiais Elétricos de Guarulhos Arujá Mairiporã e Santa Isabel - SP

Diretora Executiva – Marta Soares dos Santos

Sindicato dos Empregados em Estabelecimentos Bancários de São Paulo Osasco e Região - SP

Diretor Executivo – Paulo de Tarso Guedes de Brito Costa

Sindicato dos Eletricistas da Bahia - BA

Diretora Executiva – Zenaide Honório

Sindicato dos Professores do Ensino Oficial do Estado de São Paulo – SP

Direção Técnica

Adriana Marcolino – Diretora Técnica

Victor Gnecco Pagani – Diretor Adjunto

Patrícia Pelatieri – Diretora Adjunta

Eliana Elias – Diretora da Escola DIEESE de Ciências do Trabalho

Ficha Técnica

Equipe executora

Equipe técnica do DIEESE

Apoio

Equipe administrativa do DIEESE

Entidade executora

Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos - DIEESE

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	5
ASPECTOS METODOLÓGICOS	5
Procedimentos metodológicos	5
O painel composto.....	6
RESULTADOS DAS ENTREVISTAS.....	8
As declarações sobre a NOB RH SUS	8
Gestão e relações de trabalho no SUS.....	12
<i>A gestão do SUS.....</i>	13
A municipalização dos serviços do SUS.....	25
<i>A contratação da força de trabalho no SUS</i>	31
Concurso Público.....	31
Contratos de Trabalho.....	36
<i>As condições de trabalho no SUS</i>	45
A infraestrutura dos equipamentos	45
O dimensionamento da força de trabalho	48
Remuneração	50
Assédio moral e violência	52
Saúde dos trabalhadores da saúde	53
Providências institucionais em relação às condições de trabalho no SUS	55
A aplicação dos demais princípios da NOB RH SUS	56
<i>Plano de Cargos, Carreiras e Remuneração - PCCR.....</i>	56
<i>Planejamento Estratégico da Gestão do Trabalho.....</i>	62
<i>Educação Permanente.....</i>	66
<i>Mesas de negociação do SUS</i>	73
<i>Ações em relação à saúde dos trabalhadores da saúde</i>	79
<i>Financiamento para o trabalho no SUS.....</i>	82
<i>Participação dos trabalhadores nos Conselhos de Saúde</i>	85
Declarações dos entrevistados sobre outros temas importantes	88
<i>Impactos da introdução de novas tecnologias no SUS.....</i>	88
<i>Questões específicas de profissão</i>	97
<i>Sugestões, comentários e críticas dos entrevistados</i>	99
Considerações finais	103

APRESENTAÇÃO

Este relatório tem a finalidade de apresentar os resultados de um dos produtos previstos na Carta-Acordo SCON2023-00216 - “Gestão e Organização do Trabalho na Rede SUS”, celebrada entre a Organização Pan-Americana da Saúde – Escritório Regional da Organização Mundial da Saúde - OPAS/OMS e o Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos – DIEESE.

Trata-se da pesquisa realizada junto a conselheiros estaduais de saúde de todo o Brasil, cujo objetivo era levantar informações, opiniões e posicionamentos sobre gestão do trabalho e educação em saúde, para subsidiar os debates que ocorrerão na 4ª Conferência Nacional sobre o tema.

O relatório está estruturado em dois capítulos. No primeiro, é descrito todo o percurso para o desenvolvimento da pesquisa, bem como os procedimentos metodológicos utilizados para sua execução. A segunda parte é dedicada à apresentação e análise dos resultados obtidos em campo.

ASPECTOS METODOLÓGICOS

Nesta parte do relatório são descritas as atividades desenvolvidas desde a concepção da pesquisa até o tratamento dos dados coletados, passando pela execução das entrevistas em campo. É de suma relevância destacar que todo o processo de definição, planejamento e desenvolvimento dos trabalhos foi conduzido pelo DIEESE em conjunto com o Conselho Nacional de Saúde (CNS). Foram realizadas reuniões com a presença de ambas as entidades, nas quais foram analisados os métodos e técnicas de pesquisa mais adequados aos objetivos a serem alcançados; discutidos os temas a serem examinados e as principais questões a serem respondidas; apresentado, avaliado e aprovado o roteiro de entrevista aplicado; e estabelecida a estratégia para a execução e acompanhamento do campo.

Procedimentos metodológicos

Na primeira dessas reuniões, foram esclarecidos os objetivos da investigação e mapeados os problemas que o CNS tinha interesse em abordar, de modo a possibilitar o desenvolvimento do instrumental adequado para a captação dos dados e a definição dos procedimentos apropriados para a realização da pesquisa.

Nos diálogos com as representantes do CNS, que haviam apontado que a pesquisa seria desenvolvida junto a Conselheiras(os) Estaduais de Saúde¹, decidiu-se que a apuração teria caráter exploratório e buscaria averiguar o grau de conhecimento das(os) entrevistadas(os) sobre a NOB RH SUS e a avaliação que fazem de seus

¹ Foram desenvolvidas duas pesquisas, uma junto a conselheiras(os) de saúde e outra junto a dirigentes sindicais representantes dos trabalhadores do setor, cujos resultados serão apresentados em relatório específico. Como alguns dos dirigentes sindicais indicados são membros do Conselho Nacional de Saúde, o CNS decidiu dirigir a pesquisa que ora se apresenta aos Conselheiros Estaduais da Saúde.

dispositivos, além de obter informações sobre a aplicação de cada uma das regras previstas na Norma nas Unidades da Federação em que atuam. Também se deliberou que deveriam ser captadas informações sobre a realidade das relações de trabalho no SUS nas localidades investigadas.

Em razão da finalidade exploratória da pesquisa e da decisão por trabalhar com percepções e opiniões dos atores envolvidos, adotou-se o método qualitativo, que objetiva levantar informações em profundidade. Entre as vantagens desse método, pode-se apontar a possibilidade de ampla abordagem dos assuntos sobre os quais se pretende especular e a abertura para o surgimento de questões não previstas quando do planejamento da pesquisa, permitindo a incorporação de novos elementos à análise. Por outro lado, todos os resultados que derivam desse tipo de pesquisa referem-se exclusivamente aos indivíduos entrevistados e não podem ser extrapolados para o conjunto examinado.

Para a coleta das informações, optou-se pela aplicação via online de entrevistas individuais em profundidade junto às(aos) conselheiras(os), sendo que cada uma delas contou com a participação de duas entrevistadoras: uma para a condução e outra para apoio, observação e avaliação dos trabalhos.

Definiu-se que deveria ser entrevistado(a) um(a) conselheiro(a) em cada Unidade da Federação e que o CNS se responsabilizaria pelo contato com cada um dos Conselhos Estaduais e pela indicação dos participantes.

Definidos o método e a técnica para a aplicação da pesquisa, iniciou-se a elaboração da primeira versão do roteiro de perguntas, composto por dois blocos². No primeiro bloco, solicitava-se o histórico dos entrevistados no que se refere à atuação na área da saúde e no Conselho Estadual e lhes indagava sobre seu conhecimento a respeito da NOB RH SUS. No segundo bloco, apresentava-se cada um dos dispositivos da Norma e se propunha à(o) entrevistada(o) que discorresse sobre a situação daquela questão na Unidade da Federação em que atua.

Uma vez realizadas as entrevistas, procedeu-se à transcrição do material, que, posteriormente, foi inserido em programa específico para a codificação e sistematização dos resultados de pesquisas qualitativas³ e passou-se à elaboração deste relatório.

O painel composto

Deve-se ressaltar que o processo de contato com as (os) entrevistados e agendamento das entrevistas apresentou certa dificuldade, uma vez que as(os) conselheiras(os) costumam ter muitos compromissos. Em alguns casos, inclusive, apesar de todos os esforços empreendidos pelo CNS, não foi possível sequer indicar um conselheiro disposto a participar da pesquisa.

² Ver Anexo 1

³ MAXQDA

No total, foram realizadas 21 entrevistas, todas online, entre 22 de abril e 23 de maio de 2024, que possibilitaram a composição de um painel contemplando todas as regiões geográficas do país e a representação de usuários, gestores e trabalhadores, distribuídos conforme mostra o quadro a seguir.

Quadro 1 - Participantes das entrevistas por Unidade da Federação

Unidade da Federação	Conselheiro	Representação	Data da entrevista
Acre	Elenilson Silva de Souza	Usuários	22/04/2024
Alagoas	Jose Wilton da Silva	Usuários	09/05/2024
Amapá	-	-	Sem indicação
Amazonas	Marly Marinho de Castro Martins	Trabalhadores	25/04/2024
Bahia	Marcos Antonio Gêmeos Sampaio	Usuários	24/04/2024
Ceará	Ana Paula Silveira Vasconcelos	Trabalhadores	08/05/2024
Distrito Federal	Domingos de Brito Filho	Usuários	26/04/2024
Espírito Santo	Milena Weck	Trabalhadores	29/04/2024
Goiás	Luzineia Vieira os Santos	Trabalhadores	26/04/2024
Maranhão	Américo de Jesus Soares Araújo	Usuários	02/05/2024
Mato Grosso	Leila M ^a Boabaid Levi	Usuários	09/05/2024
Mato Grosso do Sul	-	-	Sem indicação
Minas Gerais	Glaucia de Fátima Batista	Trabalhadores	06/05/2024
Pará	-	-	Sem indicação
Paraíba	Antonio Eduardo Cunha	Trabalhadores	23/05/2024
Paraná	-	-	Sem indicação
Pernambuco	Liana de Lisboa Pereira Emereciano	Trabalhadores	02/05/2024
Piauí	Emídio Marques de Matos Neto	Trabalhadores	03/05/2024
Rio Grande do Norte	Francisco Canindé dos Santos	Usuários	17/05/2024
Rio Grande do Sul	Inara Beatriz Amaral Ruas	Trabalhadores	10/05/2024
Rio de Janeiro	André Luiz Cerqueiro	Trabalhadores	06/05/2024
Rondônia	Luciene Carvalho Piedade Almeida	Gestor	03/05/2024
Roraima	Socorro Marques	Trabalhadores	08/05/2024
Santa Catarina	-	-	Sem indicação
São Paulo	Belfari Garcia Guiral	Gestor	16/05/2024
Sergipe	Ubiracy Ferreira Suassuna	Usuários	22/05/2024
Tocantins	-	-	Sem indicação

A seguir, serão expostos os principais resultados da pesquisa realizada.

RESULTADOS DAS ENTREVISTAS

O texto aqui apresentado foi elaborado a partir da transcrição de trechos das entrevistas, de modo a preservar o conteúdo e a forma dos depoimentos colhidos, evitando, assim, interpretações que, porventura, possam alterá-los. É importante registrar que todos os entrevistados discorreram sobre as questões que lhes foram propostas, mas para a exposição das informações foram selecionadas algumas das declarações, para que sejam contemplados os diferentes conteúdos e abordagens. Em caso de repetição de informação, foram priorizadas as falas mais completas e abrangentes⁴. Nos tópicos que têm por objetivo investigar características locais do SUS, procurou-se registrar uma fala de cada entrevistado, com o intuito de traçar um panorama nacional da questão abordada.

Cabe ainda destacar que só serão identificadas as Unidades da Federação nas declarações referentes a alguma localidade específica.

As declarações sobre a NOB RH SUS

Conforme mencionado anteriormente, o primeiro bloco de questões dirigidas aos entrevistados tratava da Norma Operacional de Recursos Humanos do Sistema Único de Saúde (NOB RH SUS). Inicialmente, perguntava-se sobre o conhecimento que tinham da NOB RH SUS, com a intenção de, no decorrer da entrevista, apresentar-lhes cada um de seus dispositivos e solicitar que discorressem sobre os aspectos que consideravam positivos ou negativos e apresentassem sugestões para aprimorá-los. Em seguida, solicitava-se que fornecessem elementos sobre a aplicação das normas na Unidade da Federação em que atuam.

Já nas primeiras entrevistas, foi possível observar que, no geral, os entrevistados julgavam que o domínio que têm da Norma não era suficiente para avaliá-la, como comprovam as falas transcritas a seguir.

Parte deles declarou saber da existência da NOB RH SUS, mas desconhecer seu conteúdo:

“Eu ouvi falar [da NOB RH SUS], mas não tive tempo ainda de me debruçar para poder entender e ler...”

“Eu não tenho conhecimento [sobre a NOB RH SUS], apesar de ter noção, mas eu não tenho, de fato, conhecimento...”

“Essa norma nunca foi publicizada para o Conselho [Estadual], nunca foi objeto de discussão [...] é um tema novo para o controle social...”

⁴ Ressalva-se que, para não prejudicar a leitura, palavras ou frases repetidas, além de vícios de linguagem, foram cortados quando da transcrição das falas para este relatório.

Alguns dos que não a conhecem mostraram interesse em estudá-la, inclusive solicitando às entrevistadoras que lhes enviassem referências para que pudessem localizá-la:

“Não tenho conhecimento, não tenho propriedade da NOB... interessante... vou procurar saber...”

“Qual que é o número dela [da NOB]? É importante eu priorizar nas minhas leituras aqui.”

Outros afirmaram tê-la estudado anteriormente, mas estarem muito afastados da temática atualmente:

“Achei ótima essa pergunta, porque eu fico aqui vendo o quanto a gente se distanciou da Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do SUS [...] o primeiro contato que tive com a norma foi à época em que eu ainda era acadêmica... ou pouco tempo depois de eu ter me formado... e a gente via a norma operacional como uma grande esperança de mudança no mundo do trabalho, de relações mais democráticas, de a gente construir essas relações de forma mais participativa [...] há tanto tempo eu não tenho mais contato mesmo com a norma, porque é como se a gente tivesse, ao longo desses anos, meio que desistido de tudo que ela propunha, porque a gente - ao invés de avançar naquilo que era proposta da norma - a gente parece que retrocedeu... acho que os trabalhadores, inclusive os militantes sindicais, a gente discute muito pouco a norma operacional, a gente traz muito pouco a norma operacional para o nosso dia a dia [...] hoje, se você me perguntar quais os principais pontos discutidos pela norma, não me lembro mais, de tanto tempo que faz que a gente não [a] discute mais ...”

“Eu conheço, eu já li, mas assim, se você me perguntar hoje, eu não vou saber te dizer especificamente... até vou colocar no meu check list de estudos... já li em alguns momentos, mas não é uma temática que eu utilizo no cotidiano...”

Alguns, embora declarassem não a conhecer profundamente, destacaram alguns de seus aspectos que julgam positivos:

“Não [tenho conhecimento] aprofundado... a gente tem aquele conhecimento porque, assim, a gente trata um pouco disso e a gente também tem lá no Conselho a questão de resgate da negociação coletiva, a gente trabalha com o pessoal que é dessa área lá...”

“Eu conheço muito pouco [a NOB RH SUS], mas uma das questões é a humanização, dos princípios, a humanização, tem a questão também da qualidade e da saúde do trabalhador e da trabalhadora... e também aqueles princípios que são os princípios do sistema de saúde, a equidade, essas questões... essa parte aí a gente sabe, tem conhecimento... o princípio da educação popular também... é um pouco esquecido... aqui tá um pouco esquecido.”

“Em termos de normas, nós somos de excelência... eu acho que está adequado, sim... agora, como isso é operacionalizado?”

Houve ainda quem afirmou estar se dedicando a estudá-la neste momento:

“Eu estou exatamente estudando algumas delas agora [...] hoje eu estou na comissão do RH [do Conselho Estadual] [...] e exatamente o primeiro movimento que eu coloquei para os demais conselheiros é que nós precisamos conhecer a NOB RH [...]”

Em poucas entrevistas, os depoentes comentaram alguns dos dispositivos previstos na NOB RH SUS referentes especificamente a quatro temas, a saber: concurso público, mesas de negociação do SUS, Plano de Cargos e Carreira (PCCR) e saúde do trabalhador da saúde.

Em relação a concurso público, as falas registradas defenderam o conteúdo da norma e enfatizaram a necessidade de seu cumprimento:

“[...] é exatamente sobre essa norma [concurso público] que nós [...], enquanto conselho estamos pressionando, para que aconteça: concurso público... nós precisamos de concurso público...”

“não tenho nada a declarar contrário ao teor [da norma] sobre concurso público], porque por conta dessa disputa com a terceirização [...] a gente acaba talvez perdendo de vista algumas mudanças que deveriam ser feitas para a contratação pública [...]”

“Essa é uma norma que ficou lá atrás [sobre concurso público], sem qualquer tipo de atualização... se não me engano, a última atualização dela [foi] em 2006 [...] as secretarias estaduais e municipais de saúde meio que andaram de lado em relação a ela, porque radicalizaram o processo de precarização e uberização do trabalho na saúde... a norma que prevê o concurso público como única forma de acesso é uma das diretrizes da NOB RH SUS [e] está lá também colocada [como] uma das diretrizes do PCCS SUS ... você vê [...] tanto o estado precarizando o trabalho, quanto as Secretarias Municipais de Saúde oferecendo [...] processo seletivo simplificado para contrato temporário [e] isso também não é diferente na União [...] se olhar para a NOB SUS, a gente vai encontrar pouca aderência dos governos, e aí eu boto na conta dos três governos... é só fazer uma análise sistematizada do que a NOB SUS preconiza e de como está sendo a contratação de pessoas com os três entes...”

Um dos depoentes, além de defender as regras de contratação previstas, expressou preocupação com o conceito de ‘serviço público’ e de ‘servidor público’ e sugeriu que se debatesse essa questão e a incorporasse à NOB RH SUS:

“as normas [NOB RH SUS] que estabelecem o modelo de contratação são bastante satisfatórias para um determinado período... eu acho que, inclusive, a concepção do que é serviço público, a gente precisaria discutir um pouco mais, trazer para o espírito da norma... o que é ser servidor público?... é aquele que

passou pelo concurso público e tem uma vinculação pública ou é aquele que está servindo ou exercendo algum papel num setor que é público, em uma unidade que é pública?... porque público mesmo é a unidade, hospital, secretaria, é o serviço, é a política pública, e muitas das vezes a gente vê a extinção do servidor público, o aumento do número de trabalhadores e trabalhadoras terceirizadas, de OSS [...]tipo a menina da limpeza que está ali, ela não está no serviço público?... a unidade não se tornou privada porque ela tem um vínculo privado, ela está no serviço público [...]quem é servidor público anda com um crachá, e o crachá não diz assim, é servidor público, só fala: Fulana, setor tal... [já] quem é terceirizado recebe uma faixa amarelona no crachá escrito 'terceirizado', depois vem o nome da pessoa e embaixo o setor... inclusive, tem esse elemento discriminatório [...] a norma [NOB] atende, claro, porque ela discute com um olhar de vinculação... se a gente for discutir o processo da concepção de serviço público, ela leva também a discussão do vínculo, ela diz: o que define quem está no serviço público, se é servidor público ou não é quem passou pela seleção pública ou concurso público... não dá para você ter dois médicos, um é terceirizado e o outro é servidor público... um vale menos, outro vale mais, um sabe menos, outro sabe mais... os dois saíram da mesma universidade, tem que ter a mesma responsabilidade. Um [...] às vezes não cumpre horário, não vem, porque é do serviço público... o outro não pode, porque [o regime de contratação] é mais rigoroso... como é que a gente alinha essa questão?"

Quanto às mesas de negociação, houve uma crítica a sua não implantação:

"nós temos a mesa de negociação do SUS instituída, mas está engavetada"

Também as falas relativas ao PCCR mostraram concordância em relação ao conteúdo e desaprovação por sua não operacionalização:

"[...] a norma, eu vejo que é muito clara quanto a isso [PCCR], coloca as vantagens tanto para o trabalhador como para a saúde pública de forma geral, a chegar na ponta para o usuário, mas infelizmente os entes descumprem essas normas... acho que [o PCCR] tem que ser mais rígido, tem que exigir mais, porque ainda que tenha algo básico, não está se colocando na prática... é algo que precisa se adequar, precisa se atualizar."

"... o problema não é a norma, é a operacionalização da norma, a divulgação da norma."

"Na época em que surgiu essa discussão da criação [do PCCR] através da norma operacional, a gente pensava exatamente isso: 'nossa, que coisa boa, agora vamos obrigar todo mundo a criar planos de carreira nos municípios...avançamos muito nesse sentido.'"

Igualmente no que se refere à saúde das trabalhadoras e dos trabalhadores da saúde, os entrevistados destacaram a importância dos dispositivos legais que regem a temática e expressaram insatisfação com seu descumprimento na prática:

“... tem várias portarias que tratam disso [da saúde do trabalhador]... essa política de saúde do trabalhador, ela deve ser muito mais cuidada.”

“... acho que o caminho [para a saúde] é o que está posto no papel...”

Gestão e relações de trabalho no SUS

Neste tópico, serão apresentadas as informações levantadas sobre a gestão do Sistema Único de Saúde nas diversas Unidades da Federação e as relações de trabalho que se estabelecem em cada localidade. Neste tópico fez-se necessário identificar as UFs representadas por cada conselheira(o) entrevistada(o) já que muitas unidades de saúde e municípios são mencionados e também para possibilitar o mapeamento da situação da gestão do trabalho nos estados.

Antes, porém, é da maior importância destacar a defesa que os entrevistados fazem do SUS, expressa em inúmeras falas, como as que seguem:

“... o trabalhador do SUS tem de defender o SUS [...] nosso plano de saúde é o SUS [...] como é que eu trabalho no SUS e eu quero um plano de saúde? Eu preciso fazer o SUS funcionar e o SUS funcionando, eu tenho meu plano de saúde...”

“a gente tem que estar atento [...] e defender o SUS como está na Constituição, quanto ao dever do Estado e direito de toda a população e um sistema único universal, não [podemos defender a] cobertura universal de saúde [...] que é uma exigência do Banco Mundial [...] que é uma cobertura do básico para todo mundo e o que for mais caro as pessoas pagariam [...] o que a gente defendeu e foi para a rua, não é isso... o que está na nossa constituição não é isso, é um sistema público universal de saúde [que deve] ser provido pelo Estado, dever do Estado e direito de toda a população... mas essa luta é permanente, porque a gente não conseguiu financiamento para o SUS da forma que precisa desde o início.”

“O SUS é um direito, direito do brasileiro e direito a gente não abre mão, né?... e é um serviço que funciona, tem profissional qualificado [...] a gente tem que proteger o SUS”

“Fala-se muito de subfinanciamento, fala-se muito do desafio e da entrega que o SUS oferece, mas o SUS faz excelentes entregas... se não fosse o SUS, nós tínhamos ultrapassado os Estados Unidos em números de morte da covid... se não fosse o SUS, nós teríamos ainda um retorno enorme de doenças erradicadas no processo de imunização... se não fosse o SUS, nós teríamos um caos social, porque grande parte da sua população só tem o SUS para atendimento, só tem acesso a medicamentos por causa do SUS, só tem acesso à vacina por causa do SUS, e se nós não tivéssemos isso, nós chegaríamos à

barbárie, porque é a política pública que minimamente assegura alguma paz social, é o nosso sistema de saúde...”

A gestão do SUS

Destacam-se aqui os depoimentos dos entrevistados sobre a forma como o SUS é gerido em cada Unidade da Federação investigada. Como já alertado anteriormente, neste item serão apresentadas falas de cada um dos entrevistados a respeito das características e do funcionamento do SUS nas localidades em que atuam, com o intuito de traçar um panorama nacional da configuração do Sistema.

Como se poderá observar, praticamente todos os entrevistados relataram a expansão do processo de terceirização dos serviços do SUS nos seus estados e teceram críticas veementes sobre essa forma de gestão.

“[...] a terceirização aqui, lamentavelmente, avançou muito. Nós temos aqui, por exemplo, a Fundação Hospitalar do Acre, uma fundação de saúde pública, que surgiu em 1982, que poderia ser muito valorizada [...] vários setores dessa Fundação fazem o atendimento terceirizado... nós temos também, o maior hospital do Acre, o Huerb [Hospital de Urgência e Emergência de Rio Branco], que é o Pronto Socorro [...] nós temos áreas afins que estão terceirizadas, sem nenhuma discussão ampla para chegar à conclusão [sobre a necessidade] de uma terceirização [...] enquanto conselheiro, eu particularmente não voto a favor de terceirização alguma, mas eu acho assim mesmo que deveria ser discutida, as razões, o porquê das terceirizações [...] infelizmente, essa área de terceirização no Acre domina muito... e de forma, muitas das vezes, irregular [...] quando desconhece a autonomia do Conselho [Estadual de Saúde] enquanto controle social, eu não posso dizer que tá legal [...] essas coisas acontecem muito nas escondidas, nos bastidores, quando você vai descobrir já tá feito, [e] é algo que é muito ruim pra saúde pública... nós temos um hospital aqui na Regional do Juruá que ele é 100% privado, regido pela CLT [Consolidação das Leis do Trabalho], que presta serviço para o estado... é claro que tem umas vantagens, a gente observa alguns comparativos... mas ele é 100% terceirizado. E aí quem coordena lá é a Ansal [Associação Nossa Senhora da Saúde], uma empresa vinculada à igreja católica [...]” - Acre

[...] O município não tem nenhuma estratégia para realmente garantir um atendimento eficaz para os usuários quando ele precisar de um atendimento primário e isso acaba acarretando as unidades hospitalares do Acre também... então, uma coisa vai puxando a outra, que também é muita falta de diálogo... isso se dá muito provavelmente por falta de diálogo entre gestores dos municípios e estado [...] saúde não se faz no silêncio, saúde não se faz entre quatro paredes, você tem que identificar o problema para poder se solucionar. Quando ninguém discute isso, não se tem solução.” - Acre

“[a administração dos serviços] eu chamo de salada, né?... tem as UPAs [Unidades de Pronto Atendimento], nós temos sete UPAs aqui e todas são terceirizadas... são as OSS (Organizações Sociais de Saúde) que administram, [...] e tem aquelas que são da parte administrativa [da administração direta que] na verdade, quem manda mesmo são os diretores e políticos... eu não concordo com esse sistema... agora, esse desmonte vem desde quando começou essa questão de privatização, terceirização, e aí foi desmontando, porque não houve um acompanhamento das autoridades competentes para dizer [que] privatização ou terceirização tem que seguir essas regras, pelo menos aqui no estado de Alagoas não segue” - Alagoas.

“Aqui, quando a gente fala dos municípios, com exceção de Manaus, eu acho que a maioria são contratos, terceirizados [...] a gente tem quase como uma terceirização do trabalhador do SUS [...] a gente está tendo um desmonte muito grande [...] com a desculpa da dificuldade, hoje nós temos muitas empresas terceirizadas e algumas dessas empresas terceirizadas, a gente ainda não chegou na fase de [entender] como são contratadas [...] tem municípios no estado que [...] não são municípios precários e [...] alguns serviços já poderiam estar sendo implantados nesses lugares e não tem [...] e os trabalhadores eles ficam no município de acordo com o prefeito, eu até brinco que a gente ainda tá na época do coronelismo... o prefeito foi eleito, ele coloca a equipe dele... o outro prefeito vai eleito, coloca a outra equipe [...] e quando a gente questiona isso, a primeira coisa que falam é [o] fator amazônico, é a dificuldade, é ninguém querer ir [...] nós temos duas universidades aqui, nós temos uma universidade estadual, nós temos uma universidade federal [...] por que a gente não pede dessas universidades pesquisas [...] eu acho que a gente precisa melhorar isso... melhorar para a população, melhorar para o trabalhador[...] [...] a maioria das nossas populações, nós chamamos aqui ribeirinhas, que são aquelas que ficam à margem dos rios, a maioria dos serviços que eles têm de saúde são às vezes prestados pelas marinhas... embarcações... ou então, o que tem muito são algumas igrejas, algumas coisas com filantropização... você recebe como se fosse um favor, você não vê o direito do acesso, o serviço como direito seu, direito de cidadania, direito de vida. - Amazonas

“... alguns municípios têm a gestão única, mas a gestão única deveria ser também a gestão de serviço... como você não tem uma oferta equiparada, muitas vezes, a gestão única é muito mais querer obter um recurso para fazer aquilo que quer, sem gastar muito... e há uma concepção de terceirização também, é uma concepção... o que é que funciona? terceirizar... [...] é você contratar serviços [...] ao invés de contratar pessoas, contratar serviços, você contrata uma empresa [...] em muitos municípios, às vezes, tem muito isso... há, de fato, uma concepção que [...], em alguns lugares, terceirizar é a primeira opção e público, a segunda... e deveria ser o contrário, deveria...” [...] [com] a gestão política da concepção de terceirização, daqui dois dias, a gente não vai mais perguntar ‘o que é que terceirizou’... nós vamos perguntar o que ainda não terceirizou, acho que a gente já está muito próximo de fazer essas perguntas em qualquer lugar do Brasil: ‘o que ainda não terceirizou?’... ‘o que que ainda não pode

terceirizar?’... porque parece que tudo pode [...] mas eu nunca pensei que iriam terceirizar a atenção básica, agentes de saúde, profissionais da saúde da família e estão terceirizando [...]

[...] Você tem [distinções entre estados e municípios] por conta da gestão política, por conta da própria ausência de fixação de profissional em municípios, se não, eles não vão [...] tem município que algumas especialidades não consegue abrir lá, então faz com que ele mande muito [paciente] para a capital... tem município que a grande assistência à saúde é o TFD (Tratamento Fora do Domicílio), que você bota dentro de um ônibus, uma ambulância e traz para outro município... e tem também a questão de que as contratações às vezes estão muito vinculadas à duração da gestão... você tem hoje um determinado secretário, determinado prefeito, os trabalhadores é um, amanhã você já muda ... no final do ano, [quando] tem que prestar contas, às vezes demite os trabalhadores para contratar no início do ano, para poder atender à lei de responsabilidade fiscal... às vezes você tem um médico só que atende na região, então o médico todo mundo contrata, ele dá um pulinho aqui, dá um pulinho ali, dá um pulinho lá e acaba o atendimento não sendo de qualidade... tem hospitais abertos em alguns lugares que só tem enfermeira [...] as condições fazem com que, em alguns municípios, ainda seja mais duro e pior [...]

[...] alguns vínculos nasceram aqui na Bahia, tipo Fundação Estatal de Saúde, nasceu na Bahia... PPP, PPP [Parceria Público Privada] nasceu da Bahia...” – Bahia

“... uma coisa que tem tido muita ampliação aqui no estado é a questão das OSSs... a gente tem hoje várias unidades, serviços, inclusive, a atenção primária, sendo gerenciadas por organizações sociais...” – Ceará

“Aqui nós estamos no meio de uma confusão danada [...] na contratação dos serviços, porque a Constituição e a Lei 8080 e 8142 facultam a contratação de serviços complementares, só que isso já extrapola os limites de prestação de serviços aqui... a atenção primária, basicamente, é mantida pela Secretaria de Estado de Saúde, mas as especializações, a atenção secundária, os hospitais de grande porte... isso está nas mãos do IGES [Instituto de Gestão Estratégica de Saúde do Distrito Federal], que foi um instituto criado por um governo passado e que esse [atual] governo, ao assumir, disse que acabaria com o instituto, mas, muito pelo contrário, ele ampliou a mão do instituto e aí nós temos o instituto abarcando as UPAs [Unidades de Pronto Atendimento], o Hospital de Santa Maria, o grande hospital que tem aqui, que é o Hospital de Base, que é extremamente especializado e, antigamente, fazia até cirurgias de coração, mas isso foi passado para o ICTDF [Instituto de Cardiologia e Transplante do Distrito Federal], que hoje está sob intervenção da Secretaria de Saúde, e já no tempo de passar para uma outra gestão, porque o tempo de intervenção já está acabando.” - Distrito Federal

“[...] Aqui, a gente está com a questão da Fundação Inova Capixaba [...] não é uma OSCIP, é uma fundação de direito público...digamos que ela traz um pouco de vantagem em relação às OSCIPs, mas mesmo assim a gente tem muitas

reclamações [...] a maior parte [da gestão dos serviços] ainda está na parte pública... é um percentual menor que está com a Fundação, a ideia deles é ampliar isso [...] tem município que tem um único hospital, não nessa Fundação [Inova Capixaba], mas já em um outro tipo de fundação... a gente tem município que não está com nenhum tipo de direção do estado [...] no município que eu moro, o único hospital que existe é um caso desses... ele está na [é administrado pela] fundação, recebe um subsídio [...] do município e recebe emenda parlamentar...” - Espírito Santo

“Eu sei que a realidade aqui em Goiás não é muito diferente da realidade da maioria dos estados brasileiros: a gente hoje tem quase que 100% das unidades de saúde pública geridas por organizações sociais... e a gente percebe que as políticas públicas, que antes eram definidas pelo gestor, pelo estadual, hoje elas sofrem intersecções... quem muitas vezes define quem entra numa determinada unidade não é mais o estado, é quem está contratado para fazer o gerenciamento daquele serviço... vou dar um exemplo... o HECAD, que é o Hospital Estadual da Criança e do Adolescente, em tese, deveria acolher adolescentes até 18 anos, mas a Organização Social definiu que não vai atender até 18 anos, ela vai atender só até 14 anos e o estado simplesmente não questiona e muitas vezes, quando questiona, isso passa por aditivos nos contratos que representam para a Organização Social que faz a gestão valores a mais nesse contrato.. muito longe de discutir a política pública de saúde, a questão é quanto vai custar isso, quanto eu ganho a mais... nos municípios, a gente ainda não tem um grande número de organizações sociais atuando, porque grande parte dos municípios se responsabiliza pela atenção primária...a atenção primária ainda tem recursos do governo federal e, muitas vezes, os municípios não têm recursos para arcar com o custo dessas organizações sociais [...] e a atenção primária me parece não ser muito atrativa para quem faz gestão por organização social... a gente sabe que, embora elas sejam entidades sem fins lucrativos, a gente teve histórias aqui de organizações sociais que nasceram de um dia para o outro, sem ter nenhum recurso acumulado, e que hoje compraram hospitais privados aqui da capital... então, como é que é isso de você não ter patrimônio e em 10 anos você estar comprando um hospital aqui no município?... isso já é uma prática de funcionamento aqui no estado... hoje são eles que determinam a política pública, e não o estado [...] nos municípios, a gente ainda não tem um grande número de organizações sociais atuando, porque grande parte dos municípios se responsabiliza pela atenção primária[...] [...] recentemente [...], a gente teve um surto de piolho de pombo numa unidade aqui do estado, gerida por organização social, que tem selo da ONU, que tem uma série de coisas... e aí, eu fico me lembrando que à época em que a gestão era direta, uma das nossas grandes preocupações era sempre por cumprir as normas de vigilância sanitária, por garantir normas de biossegurança para os trabalhadores... e hoje se lida com um surto de piolho de pombo como se fosse uma coisa normal... e a grande justificativa, na época da entrada dessas organizações sociais foi de que haveria uma melhor gestão, de que os recursos

seriam melhor geridos, com mais racionalidade... e se acumulam os escândalos, os desvios...” - Goiás

“[A gestão do SUS no estado] tem as duas coisas, tem a parte que é pública total e tem a parte que é terceirizada total também. Eu me lembro que nós chegamos há... quatro, cinco anos atrás, a Secretaria de Estado da Saúde, ela tinha 100% de servidores dos 100% de servidores, 60% eram contratados, 40% eram concursados... nos municípios também não é diferente essa parte da terceirização de serviços e a terceirização de empresas para prestarem serviço, existem as duas coisas e é muito grande... a questão da lei de responsabilidade fiscal é o argumento que a gestão tem [para terceirizar]...” - Maranhão

*“O desenho da saúde de Mato Grosso era superinteressante, obedecendo os princípios e diretrizes do SUS [...] nós descentralizamos o processo da saúde em 16 regiões de saúde, nós temos 7 hospitais regionais, mas tudo isso, à época, tinha o pessoal através de concurso público... hoje, não, está praticamente terceirizando todo o serviço, as pessoas que vão trabalhar na saúde, principalmente na área secundária e terciária [...] o Estado começou a fazer um retrocesso na saúde... ao invés de descentralizar, principalmente, na média e alta complexidade, ele está puxando de volta tudo... ele construiu 16 unidades hospitalares, nenhuma delas está funcionando. [...] parece-me que existe a intenção de privatizar a saúde, o SUS de Mato Grosso [...] a intenção ... é de privatização [...] a intenção é a contratação do privado, das OSS (Organização Social), de outra forma de contratação... as OSS é o carro chefe da gestão, e tem muita gente aqui envolvida com isso, criando OSS para poder abocanhar esse setor da saúde, da média e alta complexidade, que é altamente rentável... é uma tristeza, porque a gente lutou tanto para que o SUS de Mato Grosso... que já foi modelo, foi de vanguarda [...] o SUS Cuiabá concentra o maior número de trabalhadores profissionais da saúde aqui em Cuiabá, é tudo centralizado em Cuiabá, o que é um erro [...] vem tudo para a capital, incha aqui[...] “
[...] O financiamento para o SUS existe, mas a gestão deixa muito a desejar... se você coloca no comando uma pessoa que não tem noção daquilo que ela vai realizar, porque a gente planeja, faz todo o plano, as ações e os serviços, tanto na atenção primária, na secundária, na terciária... só que aí coloca à frente uma chefia que chega querendo reinventar o SUS, quer fazer, dentro daquele setor, o que ela acha que tem que ser feito... ela não observa tudo o que existe... é difícil, o trabalhador fica muito angustiado, mas, enfim acaba obedecendo ordens distorcidas, equivocadas” – Mato Grosso.*

“recentemente... a atenção primária em Uberlândia foi terceirizada, o que é um absurdo... porque, até então, se terceirizava as áreas meio, que é portaria e limpeza... e aí a gente viu que estão terceirizando a atenção primária, e a gente está denunciando... há uma pressão grande para transformar tudo em OSS.... a gente percebe, principalmente, nos hospitais regionais e hospitais da Fhemig [Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais] - tem alguns [inclusive] que estão em construção...- em Patos de Minas, recentemente [...] deixaram os trabalhadores e trabalhadoras tudo em polvorosa [...], que [o hospital] ia passar

para OSS... mudaram a lei... eles [o governo do estado] fizeram uma reforma administrativa aqui em Minas Gerais [...] criou um setor só para fazer convênios e contratações e reduziu a importância da gestão própria do SUS... e aí o pessoal [de Patos de Minas] teve que assinar na época que iria passar para a OSS [...] depois de muita pressão que o Conselho fez [e] os movimentos sociais [fizeram] [...] eles voltaram atrás e agora eles estão pressionando novamente, porque agora eles mudaram a lei, possibilitando que as pessoas concursadas sejam contratadas pelas OSS... arrumaram um jeitinho lá... para efetivar isso que estão querendo... mas a gente continua na luta [...] os hospitais, por exemplo, já foram construídos para fazer a gestão dos serviços e eles estão transferindo para um terceiro... então, há duplicidade [...] nós fizemos levantamento de todos os locais onde tiveram gestão por OSS, e o Rio de Janeiro é um deles, e de várias partes no Brasil [...] tem umas coisas muito complicadas e da pesada, de muita corrupção, porque a partir do momento que passa para OSS não tem controle social... e entrega por [...] 20, 30 anos, e a gente paga a conta duas vezes... e outra, nós pegamos todos os contratos e vimos que as entidades que seriam contratadas para gerir o público, todas elas tinham problemas na receita... tinha uma inclusive que já estava prestes para assinar, aí nós denunciamos e eles voltaram atrás de novo... e agora eles estão de novo pressionando... vai mudando, vai mexendo na lei... agora a gente está fazendo esse 'amicus curiae'⁵, esse processo, contra a terceirização, contra as OSS, e as entidades todas do conselho estão entrando com a 'amicus curiae'... e o argumento é essa duplicidade [já que] pelo direito administrativo, não pode ter duplicidade.. [não pode haver] dois entes gerindo o serviço [...]

[...] Em Belo Horizonte [...] agora, [...] teve na Assembleia Legislativa uma discussão, uma lei, um projeto de lei para autorizar... Sociedade Autônoma... Serviço Social Autônomo, SSA, acho que é isso, Serviço Social Autônomo.... e aí a gente participou contra ... [o serviço] tem que ser próprio, já tem os hospitais regionais, já tem uma gestão, tem gente formada em gestão, tem muita gente... e aí inventaram essa SSA, Serviço Autônomo... esse projeto está na Assembleia Legislativa e está pra ser aprovado em breve... [somos] contra isso também, OSS, SSA, qualquer forma de terceirização. – Minas Gerais

"No estado, houve a contratação, de uns 15 anos para cá, de Organizações Sociais, mas houve um problema muito sério [...] houve um escândalo, que inclusive foi nacional, de problemas de recursos compartilhados... e as Organizações Sociais foram banidas do Estado, não existe mais nenhuma... existiam várias, era a Cruz Vermelha e mais outras três ou quatro, que estavam trabalhando para o estado... o estado resolveu e criou... eu não vou dizer que é uma Organização Social, mas se assemelha, porque é uma Fundação Pública de Direito Privado (PB Saúde), que está tomando conta devagar... a pretensão do estado é pegar todos os serviços de saúde hospitalares do estado e essa Fundação tomar conta... hoje, está tomando conta de aproximadamente três serviços... algumas ações relativas, por exemplo, à cardiologia e outras de

⁵ *Amicus curiae* (amigo da corte) é uma expressão latina utilizada para designar o terceiro que ingressa no processo com a função de fornecer subsídios ao órgão julgador (definição do Superior Tribunal de Justiça).

neurocirurgia, o Opera Paraíba - que é uma organização que foi criada para resolver os problemas trazidos pelas filas de demanda reprimida durante a pandemia - falta de cirurgia etc e tal - que no Estado já foi feito mais de 100 mil cirurgias e a pretensão do Estado é fazer mais 100 mil esse ano... inclusive, serviu de modelo para o governo federal implantar o Opera Brasil... vários estados vieram aqui, inclusive, pegar o modelo para que fosse implementado... inclusive, como as tabelas do SUS são muito baixas, são completamente deficitárias, nós mesmos, aqui no Conselho, tivemos que aprovar tabelas suplementares para que essas cirurgias, esses procedimentos pudessem ser realizados [...]

“[Já] os municípios não têm essa fundação... que eu tenho conhecimento, nenhum município na Paraíba tem uma organização social trabalhando na saúde pública” - Paraíba

“No estado, é muito forte a questão das OSS, das OSCIPs, da administração indireta, sob a perspectiva de que diminuir custos e de que o Estado ficaria mais lento para fazer as contratações, então tem uma política forte de OSS, de administração indireta [...] eu acho [essas contratações] muito negativo... deveria ser o contrário, deveriam ser [n]os [serviços] complementares, para ações específicas, no que fosse mais caro [...] a gente queria que não tivesse ou que tivesse muito pouco essa presença [de empresas contratadas], porque eu não percebo, assim, esse cuidado com o serviço, como se fosse da administração direta... eu não sou muito radical de dizer [que] a administração indireta é totalmente ruim, [que] ela vai fazer um serviço ruim, não é isso, mas eu percebo que a qualidade [é melhor] quando é o trabalhador do SUS [...] e até as políticas públicas conseguem se estender quando é da administração direta... quando fica da administração indireta, se quebra, [por]que acaba o contrato, daí contrata profissional diferente... perde a continuidade [...] perde a memória... mas tem uma política forte da administração indireta assim, de OSS [Organizações Sociais] potente aqui em Pernambuco, infelizmente [...]

[...] Recife implementou recentemente uma política de administração por uma empresa privada... estou falando especificamente do Recife, é recente, gerou muita polêmica, e fez um contrato bem comprido, de 25 anos, para a empresa privada tomar conta da questão estrutural de manutenção e as pessoas da área meio... o serviço de manutenção, de compra de material, da estrutura, o pessoal da recepção, o pessoal da manutenção, vai ser todo terceirizado... todo terceirizado na atenção básica... já no serviço do Estado, não, até o pessoal da saúde é terceirizado... o pessoal das OSS, das OSCIPs, das casas de beneficência [...] são instituições que não são do SUS, mas prestam serviço ao SUS... [já] nos outros municípios [de Pernambuco] tem mais a presença do trabalhador do SUS, da administração direta[...]

[...] uma coisa que eu estou refletindo muito: o quanto precisa investir na base [atendimento básico] para não sobrecarregar tanto o Estado na [complexidade] média e alta [...] existe ainda uma visão que o estado só pode cuidar da questão da alta e da média [complexidade]... eu tenho percebido pouco investimento no apoio do Estado na atenção básica, eles têm deixado muito ao cuidado dos municípios, para o município meio que resolver a questão, mas existe a questão

da intersetorialidade e também do trabalho regional, do trabalho da atenção básica com a média [complexidade], da média com a alta [complexidade]... tudo que não se faz na atenção básica vai reverberar em adoecimento e sobrecarga para média e alta... [é] preciso reestruturar a questão física dos hospitais, que estão sobrecarregados, superlotados e sucateados.. a saúde de Pernambuco tem muito por melhorar [...]

[...] o Hospital da Restauração é referência no Nordeste, hospital que tem profissionais top de linha, gente muito boa, muito bem qualificada... mas não tem espaço, é tudo centrado no Hospital da Restauração... os outros grandes hospitais estão sucateados... estruturalmente, a gente tem um hospital aqui, o Agamenon [Hospital Agamenon Magalhães], que está escorado... a estrutura física dele está escorada, se não fosse esse escoramento, ele estava na iminência de cair... fisicamente, é um negócio escorando a parede... não parece um negócio escorando, mas eles fizeram uma estrutura de escoramento [...] a parede do hospital está caindo... aí as macas entram, mas não saem... O Samu fica sem poder acudir o povo porque não tem maca... a maca ficou presa dentro do hospital... a gente ainda está precisando muito da parte estrutural, para poder acolher essa estrutura grande..." - Pernambuco

"A gente tem uma forma mista de gestão aqui, a gente tem, por exemplo, a recuperação de saúde há muito tempo feita por uma OSS, já foi criada por uma OSS, mas você tinha hospitais geridos pelo estado... mais recentemente, especialmente a partir de 2022, esse avanço da entrega para OSSs, a nossa maternidade, por exemplo, que a gente lutou muito contra, foi reformada, um prédio lindo, maravilhoso, e está nas mãos de uma OSS... e pior, sem transparência, sem contrato público para escolher essa OSS... e agora, mais recentemente, quatro hospitais de grande porte entregues para organizações sociais... então, você tem uma fragilização enorme, você tem um prejuízo na formação em saúde, porque via de regra, esses hospitais não querem receber alunos de universidades públicas, porque mais uma vez, a privada vai lá e paga, e a pública, o nosso mecanismo de negociação é outro, não é com dinheiro... então, a gestão hoje do estado Piauí, eu vejo muito, muito fragilizada... Acho que nós teremos aí, no médio prazo, resultados muito ruins, eu vou citar só um exemplo, que nem é médio prazo, é curto prazo [...] a gente tinha, num hospital do litoral piauiense, uma média de partos cesarianas... a organização de saúde chegou, essa média quintuplicou [...] chegou esse mês, no mês seguinte, a curva... é óbvio que é um direcionamento... porque é a lógica médico centrada: você organiza melhor se você botar uma fila de mulheres em sequência para fazer parto cesariana... essa é a realidade que a gente tem hoje no Piauí de gestão por OSs [...] a gente está hoje entregando a gestão hospitalar para organizações sociais... grandes hospitais, as macrorregionais estão entregues, a nossa maternidade de referência, de alta densidade tecnológica está entregue à Organização Social de Saúde [...]

[...] a área meio [...] eu acho que é a realidade do Brasil inteiro [...] já era terceirizada há muito tempo [...] maqueiros, o pessoal de serviços gerais, o

peçoal que trabalha com lavanderia [...] agora isso vem se acentuando muito na área fim...” - Piauí

“A gestão da saúde é feita aqui no estado pela Secretaria Estadual de Saúde, que é a Sesap [e] cada município tem a Secretaria Municipal de Saúde... eles, de fato, são quem são os gestores da saúde na esfera tanto do município, quanto do Estado... aqui também [...] nós temos duas macrorregiões de saúde: a primeira macrorregional tem a sede em Natal e a segunda macrorregional tem sede em Mossoró... e, para facilitar aqui a administração, nós temos oito regiões de saúde internas [...] para uma melhor gestão, foram divididas oito regiões de saúde e a gestão aqui a nível central tem coordenações em cada uma dessas oito regiões de saúde que - somado com a Secretaria Estadual, porque são parte também da Secretaria Estadual - fazem a gestão da saúde e a gestão pública... obviamente quem está terceirizado – e são diversos serviços terceirizados - estão submetidos à gestão contratual, porque para tudo tem um contrato... e quem de fato a faz [essa gestão] é o setor público, através da Secretaria Estadual de Saúde[...]

[...] enquanto em boa parte do país e de uma forma até [...] escancarada, as organizações sociais, as Oscips têm dominado esse terreno, São Paulo, Minas Gerais, Rio Grande do Sul, o próprio Distrito Federal... Pernambuco aqui no Nordeste, na Bahia também, tem sido muito grande a participação dessas entidades na gestão SUS... aqui no Rio Grande do Norte, muito por um enfrentamento que nós do Controle Social, nós dos Conselhos de Saúde fazemos, eu diria que talvez seja um dos poucos estados no país onde não existe uma predominância das OSs e Oscips... o que ocorre muito [é que] você quase não encontra serviço próprio com pessoas efetivas na limpeza, por exemplo, é todo mundo contratado... você quase não encontra ninguém efetivo na vigilância, no serviço de segurança dos prédios, é tudo contratado... você quase não encontra mais motoristas efetivos, o pessoal vai se aposentando e geralmente são feitos contratos com terceirizadas para prestar esse serviço... porém, nós temos conseguido, com muito trabalho, com muito enfrentamento, fazer um trabalho que tem evitado, pelo menos por enquanto, a inserção de uma forma tão abusiva como eu percebo em outros estados de OSSs, OSCIPs, fundações e outras coisas mais... dizer que não tem... até tem uma ou outra... por exemplo aqui: uma cidade da Grande Natal, chamada Macaíba, eles tentaram há uns dois, três meses atrás, fazer uma contratação de OSS e nós do Conselho Estadual de Saúde fomos ao Conselho Municipal de Saúde de Macaíba, orientamos a companheirada do ponto de vista do entendimento dos prejuízos que uma OSS poderia trazer, minutamos uma resolução para que pudesse ser apreciada, ser discutida no plano do CMS e nessa minuta de resolução [colocamos] posicionamento contrário à contratação dessa OSS... o Conselho Municipal de Saúde de lá fez uma reunião na Câmara Municipal [e apoiou] o posicionamento contrário, de forma unânime... imagina que num ano eleitoral, faltando pouquíssimos meses já para a eleição [...] se contratar uma OSS por cerca de 10 milhões de reais [...] ora, sempre se questiona a carência de recursos no geral para você aplicar na saúde e de repente você chega para uma

OSS da vida e você põe 10 milhões... então foi muito importante esse posicionamento e nós conseguimos vencer essa batalha... a realidade dos OSSs, das OSCIPs, aqui no Estado do Rio Grande do Norte, é, em relação ao Brasil, bem melhor, bem melhor mesmo... quando a gente percebe o que ocorre nos outros estados, a gente vê que nós estamos conseguindo, com muita resistência, barrar... aqui teve um caso, alguns anos atrás, de uma OSS chamada Marca, que é do Rio de Janeiro, que estava vindo para cá, houve uma contratação pela gestão sem a anuência do Controle Social, e nós fomos para cima, nós brigamos, nós convocamos o Ministério Público e terminou que nós conseguimos também derrubar essa contratação... nós aqui temos feito um bom enfrentamento, uma boa luta em relação a isso, e eu diria que a gente tem conseguido boas vitórias.”

– Rio Grande do Norte

“o estado do Rio Grande do Sul hoje está com grande parte dos seus serviços públicos terceirizados e quarteirizados... para se ter uma ideia, a atenção básica de Porto Alegre é 95% terceirizada... até a farmácia de medicamentos do estado, que foi municipalizada - foi para Porto Alegre agora - que era a última que faltava, Porto Alegre terceirizou para um hospital [...].

[...] e uma grande briga do Conselho Estadual de Saúde é que o hospital administre seus próprios serviços [...] a gente tem várias questões relacionadas a isso com a Secretaria da Saúde, já falamos, mas o que nos é dito sempre é o seguinte: esse é o modelo de gestão atual, escolhido pelo governo atual... sempre [...]

[...] a força de trabalho é pequena no estado, isso impacta também na questão da assistência, por isso [ocorrem] as terceirizações, as OSSs, essas empresas, e - por mais que o Estado tenha o cuidado de ver a situação - a saúde financeira dessa empresa, a saúde jurídica dessa empresa, às vezes, isso causa problemas, não só em Porto Alegre, mas em vários lugares pelo interior do estado... já teve questões desagradáveis por causa dessa questão da terceirização... tem municípios - Sapucaia do Sul, São Leopoldo, Novo Hamburgo e Canoas - que estão tentando com uma Fundação, mas também ali não tem dado certo, não... a única Fundação que deu certo no Rio Grande Sul é a fundação do município de Santa Rosa [...].

[...] A gente tem administração federal de alguns hospitais, o Rio Grande do Sul tem seis hospitais próprios, tem muito hospital, pequeno hospital, filantrópico... agora existe uma grande grita aqui dos hospitais, porque o governo mudou a forma de financiamento... até 2021, os hospitais eram orçamentados... não interessa se eles faziam ou não o seu serviço direitinho, se eles tinham produção ou não, eles recebiam o seu dinheirinho certo no final do mês... o governo estadual mudou para um programa chamado Assistir [...] e o Assistir é que está falindo a rede hospitalar no estado... ele não criou verbas novas. O mesmo dinheiro que investia nos orçamentados, o mesmo percentual, é do Assistir, só que a forma de distribuição foi diferente: ele analisa a produção dos hospitais e paga por produção e isso causou uma grita geral, os dirigentes dos hospitais começaram a escolher que tipo de serviço oferecer para os usuários... por exemplo, o Instituto de Cardiologia, a primeira coisa que fez foi fechar a

maternidade, e é o único hospital da cidade de Viamão, então, ninguém mais nasce em Viamão... o pessoal estava nascendo em Alvorada, que era mais ou menos perto. Alvorada, que também era administrado pelo Cardiolgia, eles tinham fechado a maternidade... é porque maternidade não dá lucro, né?... o lucro é baixo, perto de grandes cirurgias... o hospital de Farroupilha diminuiu a quantidade de leitos SUS e leitos clínicos, e agora virou, segundo a CIB (Comissão Intergetores Bipartite), referência para cirurgias. A cirurgia dá mais dinheiro para o Assistir... então tudo gira em torno do capital... essa forma de gestão não sei se não vai colapsar mais do que já está.” – Rio Grande do Sul

“Você vê UPA faltando profissional médico, UPA faltando enfermeiro, uma equipe de auxiliares e técnicos em enfermagem carente, farmácia funcionando sem farmacêutico, o que é ilegal... [e] os poderes públicos estão convivendo com esses problemas e negligenciando essa pauta [...]

[...] a Secretaria Estadual da Saúde [...] criou duas leis: uma lei que autorizava a Secretaria Estadual a contratar Organizações Sociais de Saúde para a gestão dos hospitais públicos; e outra, a Fundação Pública de Direito Privado... na época, eram até três fundações: uma que cuidava dos institutos estaduais, outra cuidava dos hospitais de emergência e uma terceira que cuidava das UPAs, só que elas depois foram convertidas em uma única fundação, que é a FSERJ - Fundação de Saúde do Estado do Rio de Janeiro... e, com isso, os hospitais foram entregues para as OSSs, alguns foram para a Fundação, e com o escândalo, já em 2020, 21, das OSS no Rio de Janeiro, em 2020, nós tivemos até o afastamento do governador, que, em grande parte, foi motivado pelos escândalos na saúde pública durante a pandemia, muito por conta da contratação de OSSs para a entrega de hospitais de campanha que não foram entregues... mas o dinheiro público - milhões e milhões de reais - foram parar nesse sistema de Organização Social e tanto o secretário de saúde, quanto o governador foram implicados, todos os dois foram afastados, e a ALERJ (Assembleia Legislativa do Rio de Janeiro), nesse mesmo período, aprova o fim da contratação de organizações sociais para a gestão dos hospitais, mas dá um prazo de quatro anos, que finda agora, dia 31 de julho... e aí começa um movimento da Fundação Saúde [...] para tentar substituir a força de trabalho das OSSs [...]

[...] Nesses últimos 15, 20 anos foi que mais se investiu recurso público nessas parcerias público privadas, nessas organizações sociais... qual foi o resultado efetivo para nós, como sociedade?... Gastou-se mais ou gastou-se relativamente mais, até para dizer se gastou mais, tem que ter comparação [e] não vi nenhum estudo que comparasse a gestão da administração direta de um hospital com outro gerido por OSS... [que] pudesse dizer o seguinte: "eu gastei mais, mas ele funcionou com o mesmo perfil e com mais produção... ou ele ampliou o número de leitos disponíveis à população... ou ele agregou algum valor que pudesse dizer: "esta terceirização foi melhor do que a gestão direta de pessoas.” – Rio de Janeiro

“No Estado, há administração direta, mas nós temos, por exemplo, o Hospital de Amor, que é o que cuida dos pacientes que têm câncer, né? É uma Fundação, que presta serviços para o SUS [...], mas a maioria das instituições da SESAU [Secretaria de Saúde do Estado], é de administração direta, não tem terceirização... agora, nos municípios existe esse movimento... tem um município aqui chamado Vilhena, no qual atualmente a gestão pública lá é do hospital chamado Chavantes [Santa Casa de Chavantes] [...] e lá em Vilhena existe uma instituição cuidando desse serviço que era para ser o serviço público, está sendo tocado por uma OS [...] tem alguns municípios que estão com esse movimento [...], das OSCIPs, OSs, PPP mas [...] a administração dentro da SESAU é direta,... a não ser os serviços, que são serviços terceirizados de limpeza, de segurança, de alimentação [...] mas a força de trabalho mesmo é que trabalha no SUS” – Rondônia

“No Estado, aqui, tem várias lutas, porque tem [...] a questão dessas empresas de fora, Medtrauma, que tiraram os profissionais que são daqui, que são concursados, efetivos e fizeram essas contratações com empresas de fora... são instituições de outros estados, privadas [...] são instituições que ganham licitações ou não e vem para cá tomar conta da saúde do estado [...] então, vem várias equipes que não conhecem a realidade daqui... e tem outra coisa bem séria que já envolveu a Polícia Federal, esse negócio [...] essa questão de desvio mesmo [...] grandes desvios tanto na parte de odontologia, com doenças bucomaxilos, como na parte de órtese e prótese, como na parte da covid, que é tudo empresas de fora, na parte de medicação, inclusive na medicação indígena... é uma administração de corrupção [...] e os profissionais efetivamente da rede são deslocados para outros lugares [...]

[...] [são terceirizados] os laboratórios, a questão de imagem, a questão de algumas especialidades que aqui não tem, alguns exames que aqui não tem... a maior concentração de especialidade não é na Região Norte, então tem alguns serviços que você tem que mandar o paciente para TFD (Tratamento Fora do Domicílio) [...]

[...] Já no município de Boa Vista [...] eles têm os exames complementares... laboratório [...] eles ampliaram a atenção primária [em] 100%, só que eles não fizeram a questão da retaguarda, eles não têm laboratório próprio, eles terceirizam esse serviço e, por terceirizar esse serviço, eles têm cota... então, às vezes, um simples exame, um hemograma demora 30 dias para a pessoa conseguir. [...] aqui a assistência é dividida assim: Boa Vista cuida da atenção primária e cuida da média e alta complexidade infantil, ela tem um hospital infantil, que [...] não só atende a capital, ele atende a Venezuela, ele atende a Guiana Inglesa, que vem pra cá, e ele atende todos os municípios, porque a gente não tem estruturação nos municípios, que trabalhe com a questão hospitalar... o Estado faz uma coisa, o município faz outra, termina às vezes os dois fazendo a mesma coisa... é bem complexo aqui [...]

[...] Agora nós vamos ter o hospital indígena, por causa dessa questão dos yanomami [...] o governo federal tem investido muito nessa questão do trabalho do pessoal indígena [...] inclusive, o Ministério tem toda uma estrutura devido à

questão da complexidade indígena... a gente tem município aqui que 90% são indígenas.” - Roraima

[...] a gente pode discutir situações como a lei de responsabilidade fiscal, que tem limite para gastar com funcionários... por que não aumenta o salário?... a gente está impedido, não tem como [...] e a gente precisa manter a unidade funcionando, e aí vem a contratação das OSSs (Organizações Sociais de Saúde)... hoje a gente tem muitas unidades e há uma proposta de reorganização [para] qualificar as OSSs que entram [...] para assumir a unidade [...] havia e há a preocupação [de estar] gastando mais com a OSS, [e] deixando de contratar gente... está gastando mais em subsídio, mais em equipamento, mais em insumos [...] [mas] nessa nova gestão [...] um dos pontos fundamentais é que a OSS que vai suprir aquela unidade, ela tem que fazer um planejamento, uma proposta que não supere o que gastamos hoje com a unidade, mas que mantenha um atendimento adequado no perfil que a unidade precisa ... esse é o grande desafio hoje [...]

[...] todos os hospitais da administração direta têm as áreas meio contratadas [de terceiros]: segurança, limpeza.” – São Paulo

“[em relação à gestão dos serviços de saúde] a realidade do estado é também a realidade dos municípios... aqui em Aracaju, nós temos duas unidades de saúde: uma é a maternidade Lourdes Nogueira, que foi inaugurada faz um ano e ela é gerida, mantida, por uma Organização Social... nós temos um hospital de pequeno porte também, são dois aqui na capital: um que tem as cooperativas dentro, mas que seria 100% público... e temos um gerenciado também por uma Organização Social... nós temos o hospital geral aqui, que é o João Alves Filho, e lá também, dentro da estrutura, nós temos organizações sociais, nós temos cooperativas... são sete hospitais regionais... e dentro desse espaço [tem] Organizações Sociais prestando algum tipo de serviço.” – Sergipe

A municipalização dos serviços do SUS

Ainda no que se refere à gestão dos serviços do SUS, procurou-se captar informações sobre a ocorrência e o processo de municipalização dos equipamentos de saúde, bem como sobre os conflitos trabalhistas que possam ter sido gerados em função desse processo. Os depoimentos dos entrevistados revelaram situações muito distintas nas diversas Unidades da Federação.

“Aqui quase não tem essa situação [de municipalização]... eu acho que [o Acre é] o único estado da federação que [tem] as UPAs administradas pelo estado [...] aqui tá no estado [...] a gente tem tentado puxar essa discussão e aí todo mundo fica muito espinhoso [...], sobretudo os municípios...” – Acre

Aqui em Maceió, houve [municipalização]... teve muita polêmica, muito manifesto... eu não concordo com isso, eu acho que tem setores que é o Estado

- de forma geral que eu falo, o estado, município e União - é que tem que ter o domínio da situação... para mim é aquela coisa: eu não tenho competência de administrar, vou passar para alguém... por que eu tenho que fazer isso?... eu não acho que isso trouxe ganho para ninguém” - Alagoas

“[A municipalização] ainda acontece no Amazonas e acontece muito grande [...] ainda não houve um processo todo de municipalização [...] tem algumas unidades que tem um trabalhador do município, um trabalhador do estado e tem também algumas [poucas] unidades que ainda têm trabalhadores do Ministério da Saúde, tudo junto com um regimento diferente, com situação diferente...” – Amazonas

“No caso aqui na Bahia, nós temos um alinhamento muito grande do estado com o próprio COSEMS [Conselho de Secretários Municipais de Saúde e essas coisas são resolvidas [...] com bastante tranquilidade... do ponto de vista de equipamentos que foram municipalizados [e] também [dos] que foram estadualizados, que eram municipais... ainda se vive um tempo de paz... esses municípios precisavam fazer isso, eles ainda conseguem pactuar e cumprir aquilo que é feito nessas pactuações [...] aqui [se] criou uma estratégia de policlínicas [que] são consórcios dos municípios, onde os municípios se juntam de determinadas regiões, pagam 40% daquilo que tem lá de oferta de serviço e o estado paga 60%... aqui em Salvador, no fim, foi construída duas policlínicas com o estado, Salvador não topou fazer a distribuição como o estado propôs... então, você tem aqui duas policlínicas que o próprio estado gere dentro do município de Salvador [...] - Bahia

“Às vezes, dentro desse processo de municipalização, há um certo deslocamento dos profissionais, principalmente federais ou estaduais, porque eles tinham uma carga horária diferente... e aí chegam outros trabalhadores com outra carga horária... por exemplo, os profissionais que [...] estavam na assistência nas unidades de atenção primária ficavam muito deslocados, porque a carga horária dos profissionais de saúde da família era 40 horas... então, eles só tinham 20 horas, eles ficavam ali no serviço, mas não dentro da equipe de saúde da família... então, isso gerava conflitos muito grandes e muitas vezes não tinha essa parte mesmo da gestão do trabalho.” – Ceará

“Não, não há [municipalização]... foi feita a descentralização da atuação da saúde em regiões de saúde... as regiões administrativas, ou seja, as cidades se juntaram e fazem parte de uma composição chamada região de saúde, que são sete... e dentro dessa região já desde o início havia a previsão de descentralização do suporte financeiro, mas até hoje não ocorreu... isso está acontecendo ainda de forma bem branda, que é através do PDPAS [Programa de Descentralização Progressiva de Ações de Saúde]... Então não houve essa passagem de equipamentos ou o próprio material mesmo de município para a SES [Secretaria da Saúde]... “ – Distrito Federal

“Quando aconteceu aquele processo de municipalização, muitos que já estavam nos municípios, quiseram permanecer e isso foi tranquilo... depois, acho que em 2014, quando houve a criação do plano de carreira do estado, houve a criação de uma gratificação por produtividade e esses trabalhadores que eram cedidos para os municípios não podiam receber... então, a gente teve uma procura muito grande de trabalhadores querendo retornar para o estado e o estado não quis receber ou as prefeituras não quiseram fazer... houve um pouco desse embate aí entre querer permanecer ou não nos municípios, retornar para o estado... hoje isso já deu uma equalizada... a gente conseguiu - alguns via judicial - garantir que quem quisesse retornar pro estado pudesse, e quem quiser permanecer no município também, mas sem perdas salariais, porque até então os que estavam cedidos tinham perdas salariais.” – Goiás

“[A municipalização ocorre] só em alguns municípios.” – Maranhão

“Tivemos processo de municipalização [e] agora está acontecendo um retrocesso... nós tínhamos um desenho de descentralização do SUS que foi copiado a nível de país, tinha gente que vinha nos visitar aqui para conhecer nosso processo... Mato Grosso era um estado de vanguarda... a gente tinha muito orgulho dos nossos trabalhadores, porque todo trabalhador do estado tem um envolvimento tão grande com a política de saúde, ele tem conhecimento aprofundado... mas com os governos que foram entrando, foi sendo achatado... nós chegamos até o processo de regionalização, por regiões de saúde... tudo organizado, mas que está sendo assim desmontado...é um desmonte da saúde.” – Mato Grosso

“Os serviços do Cepai [Centro Psíquico de Adolescência e Infância] e o CMT [Centro Mineiro de Toxicomania], tinham sido municipalizados há mais de dez anos pela prefeitura de Belo Horizonte [...] e aí eles tentaram privatizar [...] abriram um edital para terceirização... para a contratação de OS... nós fizemos várias reuniões com a gestão da Fhemig, porque eles estavam terceirizando, sendo que já estava municipalizado... era só formalizar a municipalização... fizemos reunião com o Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte, depois levantamos na plenária essa discussão e aprovamos a municipalização do serviço, já que de fato ele já era municipalizado há décadas [...] a gente procurou saber qual era o processo, consultar os trabalhadores, quem queria ser municipalizado, quem não [...] eles já estavam trabalhando no serviço, eles não iam sair dali [...]. a prefeitura de Belo Horizonte [já] complementava [os salários dos trabalhadores do estado para poder ficar igual os trabalhadores do município[...]

[...] No caso [do hospital municipalizado] de Patos de Minas, o que foi dado é que [os trabalhadores] teriam que abrir mão do seu vínculo com o estado [...] então eles ficaram desesperados... teve muita movimentação, teve paralisação, os sindicatos foram pra porta... mas a pressão é muito grande da gestão internamente com cada servidor... e vai dividindo... e promessas que não vão ser cumpridas também... por isso eles mudaram a lei... para amenizar um pouco

esse impacto, mas de toda forma é muito ruim... quem fica no prejuízo são os trabalhadores, que são do estado, que estão muitos próximos de aposentar, maioria no meio da carreira [...]" – Minas Gerais

"[A municipalização ocorreu] já faz muito tempo e não existe o problema atualmente." - Paraíba

"[A municipalização ocorreu] só [...] no CAPS [Centro de Atenção Psicossocial],no trazer da saúde mental para os municípios ... mas isso não foi recente, não [...] foi um processo que não foi de uma vez, foi lento [...] na rede da atenção da saúde mental, quando os CAPS foram municipalizados. [...] Teve [conflitos entre os profissionais municipalizados e os demais] e ainda tem uma discussão... diminuiu... por conta da atuação dos sindicatos... era natural que essas pessoas, quando fossem municipalizadas, elas ficassem com os mesmos direitos, gratificações e protegidos da sua saúde igual ao do município, mas você ainda vê em mesa de negociação profissionais da TO [Terapia Ocupacional], da fono, da psicologia, da saúde mental [...] ainda discutindo gratificação [...] os municipalizados têm uma gratificação 10 [por exemplo] e os que são do município, gratificação 20... eles não receberam a equiparação... ainda está em discussão, ainda é ponto de discussão, embora, para mim, seria uma coisa assim, óbvia: se eu fui municipalizado, eu tenho que estar trabalhando igual a todo mundo que entrou no município... mas se sair [a equiparação] é fruto de muita discussão em mesa de negociação ou até judicialização... [os conflitos] continuam... não está uma coisa tranquila, pacificada, ainda não... infelizmente." - Pernambuco

"[A municipalização] está acontecendo [...] é muito incipiente ainda, de 224 municípios, salvo engano, só 51 tem gestão plena... e a capital é uma delas, tem gestão plena [...]" – Piauí

"Praticamente todos os municípios aqui são plenos..., assumem suas próprias gestões... essa municipalização já tem um bom tempo que ela se efetivou aqui no estado... obviamente que aqui nós temos uma realidade de municípios muito pequenos, municípios com até 10 mil habitantes, é um percentual bem considerável... são municípios que têm uma dificuldade considerável de se manter por si, até porque a receita de cada cidade é muito pequena, mas sim, existe essa municipalização, ela alcançou todos os municípios aqui do nosso estado [...].

[...] não houve tantas dificuldades [em função da municipalização] ... foi lenta, gradual, porém não houve tantas dificuldades... alguns servidores do Ministério da Saúde foram colocados à disposição do estado, assim como pessoas do estado [foram colocadas] à disposição de alguns municípios e os próprios municípios também." – Rio Grande do Norte

“[A municipalização] aconteceu nas farmácias de medicamentos especiais... Porto Alegre é um dos últimos municípios de gestão plena, que ainda não tinha assumido a farmácia de medicamentos especiais e o estado conseguiu, ano passado, passar para o município, aí o município terceirizou o serviço... os medicamentos, o estado continua fornecendo, o estado e o governo federal continuam fornecendo, mas quem administra, quem recebe por isso, é a Associação Hospitalar Vila Nova [...] que é uma das empresas que está ganhando muito dinheiro do Assistir e que está mais enriquecendo, porque ela está administrando, além do hospital que é aqui em Porto Alegre [...], dois hospitais: o Hospital da Restinga e o Hospital em Sarandi, administra farmácia de medicamentos especiais do Porto Alegre e administra várias unidades básicas de saúde... como é que o hospital, que lucra com o dinheiro, vai administrar postos de atenção básica cujo objetivo é a promoção da saúde? ... tem um conflito de interesses aí... mas sim, a maioria das UBSs e postos de estratégia de saúde da família de Porto Alegre são administrados por alguns hospitais: Pela Santa Casa, pelo Vila Nova, pelo Divina Providência ou pelo IBSaúde, que está sendo bem investigado pela Polícia Federal [...] tem uma série de irregularidades [...]

Não [houve conflito trabalhista no processo de municipalização], os servidores que estavam na farmácia do estado foram absorvidos pela Secretaria da Saúde e até o serviço de atenção farmacêutica do estado dá as condições para o município tocar sua farmácia.” – Rio Grande do Sul

“A capital do Rio de Janeiro tem gestão plena do SUS, mas no [estado do] Rio de Janeiro nós temos os três entes executando atividade em saúde de forma primária, ou seja, tendo equipamentos públicos de saúde [...] nós temos aqui o INCA (Instituto Nacional do Câncer), o INTO (Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia) e o INC (Instituto Nacional de Cardiologia), que são institutos de referência nacional, de alta complexidade em saúde e que, historicamente, são geridos diretamente pelo Ministério da Saúde no Rio, através do DGH, que é o Departamento de Gestão Hospitalar... nós temos a Fiocruz, com seus estudos também [...] é óbvio que o SUS prima pelo processo de municipalização da saúde, só que muitos dos nossos municípios não têm capacidade financeira para gerir equipamentos caros, como são os de hospitais gerais... os consórcios não se mostraram ser uma realidade muito exequível para gestão intermunicipal de equipamentos, dois ou três municípios em consórcio gerindo hospital regional, por exemplo... e prefeituras completamente desiguais tendo que oferecer ou o sustento de uma UPA ou de um hospital ou de uma maternidade... só que, às vezes, o orçamento daquela cidade não permite a gestão desses equipamentos todos no território e aí vem o estado tendo que ser o gestor regional, o gestor das nossas nove regiões de saúde para oferecer diretamente o serviço... só que, por exemplo, você vê o Estado tendo ainda unidades de rede básica, o estado ainda sustentando UPA, ou seja, nem essa pactuação intergestor e bipartite não parece muito clara, muito direta, de quem vai fazer o quê e onde... eu penso que os municípios deveriam estar investindo fortemente na atenção à saúde da família, porque são equipamentos e equipes multidisciplinares de mais fácil

gestão, UPAs e parar aí... as grandes policlínicas, os grandes institutos, os grandes hospitais deveriam ser de gestão estadual, porque a oferta poderia ser melhor distribuída nos territórios... você vê uma concentração de hospitais públicos na capital... e dos três entes... e os três entes estão aqui no mesmo território... então, os deslocamentos são muito grandes para os usuários; transferências de municípios [...] que oferecem para a família [que tem] o direito de ser acompanhante desse paciente, ter que se deslocar e ficar hospedado no próprio hospital, é bem complicado [...]

[...] o servidor é cedido para o ente público que esteja sob gestão direta daquela unidade de saúde, ou ele é cedido para o terceiro que está fazendo a gestão por contrato - OS, Fundação Saúde - então [há] convênios de cessão dos servidores com ônus para o cessionário, para quem cede [...] essa gestão de pessoas, essa mobilidade de servidores no SUS, geralmente se dá por convênio com ônus do cessionário, daquele que oferece a mão de obra para o outro ente [...] e a remuneração [dos cedidos] é completamente diferente [da dos que já estavam na unidade].” – Rio de Janeiro

“Teve processo de municipalização dos serviços de saúde no estado [...] aqui [os conflitos em função da municipalização] não são muito relacionado ao estado e município, mas sim ao quadro federal [...] e quadro estadual [...] teve uma época em que [...] servidores que eram do quadro federal, que eram mais antigos, perderam o vínculo trabalhista, ficaram desempregados por um tempo, e depois, passados alguns anos, acho que dois ou três anos, eles retornaram ao quadro, e neste retorno deles ao quadro estadual, claro que houve quebras de convivência, conflitos em relação a direitos trabalhistas [...].” – Rondônia

“Houve esse processo [de municipalização] dos serviços... hoje tem muita descentralização que está no papel... hoje, Boa Vista é pleno do sistema, mas [...] tem muitas ações de atenção primária que o estado ainda faz, não descentralizou para os municípios... os municípios do interior são super precários, eles fazem mal a atenção primária... o estado hoje executa, em vez de ser gestor... Boa Vista é plena do sistema, mas o Estado ainda faz média [complexidade]... então, a questão da epidemiologia, da vigilância sanitária, dessa descentralização, as vigilâncias também deixam muito a desejar... o Estado, a Secretaria de Estado, ainda executa muito... [a municipalização] foi efetivada, só que ela não ocorre do jeito que ela foi efetivada no papel, que deveria ser.” - Roraima

“No passado teve essa transição de municipalização [...] entendimento das redes, a quem compete o quê [...] teve essa municipalização grande entre os funcionários - principalmente nos municípios que eram maiores, onde o estado e o município tinham os mesmos tipos de serviços - para a questão de organização, passa para o município, é responsabilidade do município... municipaliza, então, a unidade... e, por consequência, os funcionários que lá estavam [...] durante o processo de municipalização, de estadualização dos hospitais federais [...] era um caos, justamente porque os próprios funcionários

e a própria gestão estavam se adaptando... a gente tinha no estado, à época, uns quatro tipos de vínculo empregatício com ações diferentes, tinha o funcionário que era federal, tinha o funcionário, por vezes, que era, inclusive, municipal... como fazer esta gestão? [...] tivemos muita dificuldade, profissionais, além dos diferentes vínculos, ganhando diferentes valores para fazer as mesmas coisas... foi um processo de ajuste muito grande, em que a gente teve que pensar nas questões salariais... algumas foram resolvidas, outras, eu acho que ainda estão pairando no ar até hoje...” – São Paulo

“[A municipalização] não chegou a gerar conflito, porque estava funcionando, mesmo [entre] aqueles que estavam no estado e que foram cedidos para algumas prefeituras [...] nós tivemos alguns profissionais do Ministério da Saúde cedidos para municípios [...] alguns odontólogos, que eram da rede estadual, e que estavam prestando serviço na atenção básica, nas unidades básicas de saúde e o custo, o valor que era pago, estava criando um conflito muito grande... então, esses profissionais foram devolvidos e aí criou-se, no primeiro momento, a desassistência... mas nada de muita polêmica, nada que pudesse prejudicar de uma forma muito pertinente o trabalho, foi uma coisa resolvida mais tranquilamente.” - Sergipe

A contratação da força de trabalho no SUS

Neste tópico, serão destacadas as falas relativas aos tipos de contratação dos trabalhadores que atuam hoje no SUS. Observa-se que são muitas as formas de ingresso dos profissionais na área, o que evidentemente impacta de formas diferentes as relações que se estabelecem nos locais de trabalho e as condições para o exercício de suas funções. Procurou-se, aqui, selecionar as declarações que mostram a diversidade desses contratos, além de relatar a situação dos concursos públicos no país afora.

Concurso Público

Primeiramente, deve-se registrar que a importância dos concursos públicos foi reconhecida por todos os entrevistados, conforme resumem os depoimentos a seguir:

“aqui é bem difícil mesmo... o que a gente vê hoje é um desmonte, pelo menos no meu estado, cerca de 70% dos trabalhadores são precarizados, sem direito nenhum, e isso dificulta muito o trabalho, porque um trabalhador não concursado fica preso... ele trabalha pensando apenas no trabalho dele e no ganha pão dele mesmo, não tem autonomia nenhuma como uma pessoa concursada... por que esse desmonte nos serviços públicos de saúde?... eu quero um médico, faço lá um teste... não é concurso público... e eu escolho tantos que eu quero e acabou... e, aos poucos, você vai perdendo a qualidade, essa é a verdade, porque não há uma continuidade da questão da valorização do servidor para

com a população [...] a gente sabe que jamais vai voltar aquele tempo antigo dos concursados, das pessoas que têm autonomia de trabalho [...] - Alagoas”.

“O concurso público é uma questão de justiça social [...] garante a qualidade de formação com relação ao serviço [...]

[...] os contratos [de empresas para a execução dos serviços] são interessantes para que você tenha uns cabos eleitorais, porque a maioria das pessoas, em vez de se preparar para um concurso, vai trabalhar para aquele candidato ou para aquela pessoa que prometeu mantê-las [...]

[...] A imagem do trabalhador foi muito desgastada pelas mídias, até porque é interessante que se desgaste essa imagem para a precarização de alguns serviços... e justificar que não se tenha concurso público, porque os concursados não querem trabalhar... eu acho que a gente precisa resgatar essa imagem e a importância do concurso público.” - Amazonas

“A gente defende que [a contratação] seja por concurso público... a gente defende um serviço estatal público de qualidade, então o concurso público deveria ser uma das únicas formas de ingressar no serviço público... a gente vê também a diferença... hoje, a saúde, com a ausência do concurso público, tem se tornado cada dia mais mercadoria... tem se tornado o espaço onde você tem trabalhadores precarizados... serviços que, muitas vezes, não garantem totalmente a qualidade, a humanização necessária [...] não garante o bom atendimento à população, [a população] sofre muito com essas questões e quando você vai para aquelas áreas da atenção básica, a vinculação também é muito precária... você vai hoje, o enfermeiro é um, amanhã ele já é outro... você vai hoje e é atendido por alguém, amanhã você não sabe nem quem tá lá... e fora também a organização interna... pra você ter ideia... aqui no Conselho [mesmo], tem uma salada de frutas: servidor público, terceirizado, da fundação, por empresa também terceirizada [...] e quanto mais precarizado, menor é o salário, e isso também tem impacto no serviço... o vínculo pelo serviço público seria o ideal... e dentro da unidade hospitalar, pior ainda [...] tem lá uma salada de frutas não só de crachá, mas de forma de manejar a assistência...” Bahia

“[...] hoje [é] lamentável [que] a contratação pública tem uma concorrência muito grande com a terceirização, então muitas das vezes deixam de contratar pelo vínculo público para oferecer a terceiras ... a gente defende com muita clareza a contratação do servidor público, porque a gente acredita que só assim ele tem a condição de se capacitar, de se aperfeiçoar na função, de buscar uma carreira profissional e contribuir com o Sistema Único de Saúde [...]” – Sergipe

Sobre a realização de concursos públicos nas localidades onde atuam, a maior parte dos entrevistados relatou sua ausência e/ou inadequação:

“... os nossos municípios, eles quase não fazem concurso público [...] é necessário que sejam feitos concursos públicos estaduais e municipais - Amazonas

“a gente tem um déficit de concurso público, que eu acho que é uma realidade que não é [só] local... a gente tem um concurso que foi feito em 2006 e o concurso seguinte foi feito em 2021 [...] por uma fundação que foi extinta [...] e os profissionais que foram aprovados nesse concurso foram absorvidos pelo estado, passaram a ser estatutários [...] a gente tem um déficit muito grande, até porque [...] todos os profissionais que foram aprovados nesse concurso dentro das vagas não foram convocados ainda na sua totalidade”. – Ceará

“Na saúde, a forma de contratação por concurso público está meio parada, porque já atingiu o orçamento... o governo anda falhando nas contratações, faz tempo que não há contratações...” – Distrito Federal

“Da década de 2000 para cá, a gente não teve praticamente mais concurso público, quase que hoje a gente tem uma inversão do número de servidores efetivos em relação aos contratos e celetistas... aqui no estado a gente não encontra espaço para sequer pensar na possibilidade de fazer concurso público para aqueles que estão trabalhando dentro dos hospitais públicos geridos por Organizações Sociais.” – Goiás

“Todos defendem concurso público, e eu também, não seria diferente. Há, porém, uma barreira nisso aí que se chama lei de responsabilidade fiscal [que] dá um limite... e se você não pode ultrapassar esse limite, você não pode fazer concurso.” Maranhão

No estado de Mato Grosso [o concurso público] é totalmente inadequado. [...] tem uns 20 anos [...] que teve o último concurso do estado [...] eu não sei como é que eles vão fazer com o RH, que é o nosso maior patrimônio [...] nós temos técnicos de excelência aqui no estado, mas estão se aposentando e não tem como substituí-los [...]

[Já] Cuiabá fez um concurso público que ofertou vaga para engenheiro do trabalho, para segurança do trabalho, e já está em fase de provimento dos cargos.” – Mato Grosso

“Concurso público é difícil também quando tem... demora pra chamar, não faz de acordo com a necessidade, não faz um estudo e também a articulação com as entidades formadoras para formar profissionais da saúde de acordo com a necessidade do SUS.” – Minas Gerais

[Em Pernambuco] tem concurso, ele está em validade, para o servidor estadual... a perspectiva do governo estadual, na discussão com o Conselho, é que vai fazer outro concurso, até o final da gestão, mas esse concurso está na validade, tem

um monte de gente esperando para ser chamado... contraditoriamente, o governo fez duas seleções de profissional de saúde temporário, [mesmo] com a validade de um concurso em vigência e com um salário absolutamente muito inferior ao salário do pessoal concursado... fez uma seleção recente agora, chamando 'n' profissionais de nível superior, com um salário de só R\$ 200 a mais que o salário mínimo... para a área fim [...] foi chamado um pinguinho de gente do concurso e botou duas seleções públicas para pessoas de nível superior, independente se tivesse mestrado, doutorado, pós-doutorado, o que for... o grau de instrução daquele profissional era indiferente, ia ganhar R\$ 1.600... Só o médico que iria receber R\$ 9.000, que já para o médico também já era ruim, porque o médico recebe 16, 17 mil, valor bem maior... mas tem um concurso em vigência e a gente está empecando [insistindo] para sair outro concurso.” – Pernambuco

“No estado do Piauí, especialmente, a gente está com mais de 11 anos sem concurso público para a saúde [...] desde 2013 não é feito no estado [...] existe inclusive determinação do Ministério Público para que seja feito concurso público e não foi feito.” – Piauí

“O Estado fez um concurso em final de 2022 (acho)... e começou a chamar as pessoas... fez concurso desde o nível médio até o nível superior... teve vários, vários, vários que não teve nem inscritos... técnico de enfermagem, o salário proposto pelo Estado era 880 reais - menos de um salário-mínimo, o salário base, mas que com os penduricalhos chega um salário-mínimo... quando tu faz o concurso aqui para a Secretaria da Saúde, não é mais um enfermeiro, psicólogo, médico, não é um especialista em saúde, então o teu salário base não é o piso nacional da enfermagem, não é o salário habitual do médico ou do psicólogo... tem um salário base que é igual a todos e que é baixo, então, o concurso não atraiu...” Rio Grande do Sul

“A gente [do Controle Social] aprovou o Plano Estadual de Saúde de 2024 a 2027, o próximo quadriênio, exigindo a inclusão de concurso público e exigindo a inclusão de um redimensionamento da força de trabalho [...] e a Secretaria voltou com uma proposta de promover este ano o redimensionamento da força de trabalho, ou seja, fazer um estudo que avalie o redimensionamento da força de trabalho, para que no próximo ano, 2025, possa ser realizado o concurso público.” - Rio de Janeiro

“o governo do estado de Rondônia fez o último concurso para a área da saúde em 2017 [...] este ano eles estão finalizando o processo de chamamento das últimas pessoas que ainda não foram chamadas para poder pegar o cargo... [...] a gente aqui do Conselho bate muito nessa questão da precarização dos vínculos trabalhistas e o concurso público para a carreira do SUS é a melhor coisa que tem ... o governo do estado [...] já tem um estudo para fazer concurso público na área da saúde” – Rondônia

“A situação [dos concursos públicos] eu acho que está bem melhor do que era antes [...] e eu vou falar em nome da capital, de Boa Vista [...] em 2007, mais ou menos [...] a gente fez uma frente para estar fazendo os planos de carreira e começaram os concursos. hoje, eu acho que 80% da mão de obra na capital é efetiva... o Estado também, ele tem, mas ele precisa fazer um concurso, porque o último concurso que eles fizeram, acho que foi em 2009” - Roraima.

“se eu tirar um recorte da Secretaria Estadual da Saúde, em 2014, nós tínhamos 22 mil servidores públicos estatutários [...] o último concurso público para a Secretaria Estadual de Saúde foi em 2001 [...] em 2005 foi a última convocação dos aprovados nesse concurso...” São Paulo

“[...] O último concurso público para a área da saúde tem muito tempo, eu não vou recordar a data... dois ou três municípios é que fizeram um concurso público para agentes comunitários de saúde e agente em endemias... nós somos 75 municípios aqui [...] ao longo desses 14 anos que eu estou na saúde [...] nem 10% dos municípios realizaram um concurso público para a saúde... há uma recomendação da justiça que até 2025 o governo do estado realize concursos para diversas áreas voltadas à saúde a nível do estado [...]” - Sergipe.

Quando indagados sobre a presença de servidores da saúde concursados nas Unidades da Federação, alguns dos entrevistados forneceram informações relevantes, a saber:

“A gente tem cerca de seis mil trabalhadores efetivos da saúde do estado, que são os servidores do estado de Goiás... alguns estão cedidos para outros municípios, outros até aqui mesmo para a Goiânia, mas grande parte deles, com a entrada das organizações sociais, saíram das unidades de assistência e foram para unidades administrativas... hoje, a gente tem em órgãos administrativos, médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, pessoas que deveriam estar prestando assistência e estão em atividades administrativas... às vezes, completamente fora da sua área de conhecimento, porque essas unidades não recebem esses profissionais... a maioria hoje são trabalhadores precarizados nas áreas de assistência..” - Goiás.

“[...] em Cuiabá, 70% ou 60 e poucos por cento dos profissionais são da saúde [do SUS] mesmo, o restante é tudo contratado, é terceirizado. No Estado está pior ainda, eu acho que nem 20% é de profissional do SUS mesmo, o restante é só contrato” – Mato Grosso

“Há quatro, cinco anos atrás, a Secretaria de Estado da Saúde tinha 100% de servidores dos 100% de servidores, 60% eram contratados, 40% eram concursados... no estado... e nos municípios também não é diferente... tem pessoa jurídica, cooperativas e vai por aí.” - Maranhão

“No serviço de saúde da atenção básica, a gente vê muito trabalhador do SUS, administração direta” - Pernambuco.

“Se luta muito por concursos públicos e por carreiras SUS, mas nesse estado a situação é muito difícil. [...] o Rio Grande do Sul hoje tem, na Secretaria da Saúde, 2.500 concursados... um estado de 497 municípios... Santa Catarina, que é um estado que é um terço do tamanho do Rio Grande do Sul, tem mais de 6 mil servidores públicos, Paraná, 13 mil servidores... e nós temos 2.500...” - Rio Grande do Sul

Em 2014, tínhamos 22 mil servidores públicos [...] de 2014, para 2024, ou seja, nesses 10 anos, nós perdemos [...] hoje estamos na faixa de 8 mil servidores estatutários... perdemos 14 mil... hoje os [servidores públicos] são 25% da força de trabalho [da saúde]... porque essa força de trabalho, envelhecida estava, alguns faleceram durante a covid, outros pediram exoneração porque é baixo o salário, e muitos se aposentaram... ao longo desse período, por conta de que a gente não tinha um plano de carreira efetivado, as pessoas foram desistindo do vínculo público estatutário, por opção, alguns pediram exoneração, alguns faleceram porque já tinham uma longevidade e tudo mais... mas quem conseguia se aposentar, preferia a aposentadoria do que continuar recebendo salários... até agosto de 2021, a média salarial era de R\$2.600... mesmo que seja para 24 horas semanais, era uma média salarial muito baixa - – Rio de Janeiro.

“Aqui no estado de Rondônia, nós somos mais de 4 mil servidores da área da saúde [...] a maioria dos trabalhadores são servidores públicos mesmo [...]Jestão empregados no SUS...” - Rondônia

“Na capital a gente [...] tem mais de 80% de servidores [...]” - Roraima

Contratos de Trabalho

Quanto aos contratos de trabalho existentes no SUS nas localidades investigadas, foram inúmeras as citações dos entrevistados, como entre outras, contratações por meio de Regime Jurídico Único; CLT (Consolidação das Leis do Trabalho), tanto por prazo determinado, quanto por prazo indeterminado; Contratos Emergenciais; Regimes Especiais; PJ (Pessoa Jurídica); Cooperativas; RPA (Recibo de Pagamento Autônomo); e PSS (Processo Seletivo Simplificado). Também foram mencionadas contratações “de boca”, ou seja, sem qualquer tipo de formalização.

Seguem alguns dos depoimentos que descrevem a diversidade de contratos atualmente vigentes no SUS.

“Aqui nós temos duas, três formas [de contratação]... é bem verdade que o ano passado, esse ano, também já vai ter agora, já está próximo, o concurso público, na área da saúde [...] só que há necessidade de 100% [de contratações por concurso público] e eles não chegam a 30% na contratação [...] tem também

outra forma, a terceirização. e a terceira forma é aqueles concursos temporários, que a pessoa vai para ficar dois anos, no máximo, quatro... por exemplo, agora, esse pessoal que foi chamado no final do ano passado para efetivar, eles vão ocupar a função que estava sendo exercida por pessoas provisórias [...] então, a pessoa fica ali dois anos, três anos, quatro anos [...] ele muitas vezes pode [...] receber alguma capacitação... já está ali bem enturmado na sua função de trabalho, contribuindo, avançando naquele conhecimento, ainda que pouco [...] e ele tem que ser substituído, porque já passou o tempo dele do contrato... são essas três formas que dominam aqui no Acre: tem a contratação que, acontece conforme deveria ser, do vínculo público... temos a terceirização, que eu acredito que é a maioria... e temos também aqueles contratos provisórios, que não é nada bom para a saúde”. – Acre

“ Hoje, a gente vê um desmonte total da questão do concurso público e dos direitos trabalhistas... tem município que trabalha com a carteira assinada, ainda há os direitos do INSS, eles têm esse direito... no Estado, eles são contratados, mas sequer [é] publicado em Diário Oficial... eu costumo chamar de funcionário fantasma, porque se você não tem matrícula, se você não tem inscrição, se você não foi publicado em Diário Oficial, o que é que você é? [...] eu acredito que a maioria é [indicado] por conhecimento político mesmo [...] e eles estão se submetendo a isso porque, se não for isso, não têm emprego... tem que ter uma discussão muito séria para não afetar o ganha pão daquelas pessoas [...]” - Alagoas

“Hoje, a gente tem algumas modalidades aqui no Amazonas, nós temos os cooperativados, que estão reclamando dos salários, que estão atrasados... a maioria dessas cooperativas têm donos, são pessoas que estão o tempo inteiro prestando o serviço, querendo manter o serviço e trabalhando sempre com o mínimo desses trabalhadores [...] nós temos alguns trabalhadores que são CLT, que nós chamamos de RET [Regime Especial Temporário], e nós temos os trabalhadores concursados [...] o RET, é um contrato que a gente faz por dois anos, ele pode a qualquer hora ser cancelado...” - Amazonas

“... nós temos OSS, várias... nós temos terceirizadas, nós temos aqui o serviço público, que é concurso público... nós temos também contrato via empresa, que é a pessoa vira empresária dela mesma (pessoa jurídica, PJ)... nós temos também cooperativas..... e deve ter também aqueles de boca [contrato sem registro algum [...] essa salada de vínculo acaba sendo determinante [...] se você me perguntar assim, como é que está de forma geral?... vou dizer para você: depende do (vínculo)... Se você me perguntar, e as condições?... depende do vínculo.” – Bahia

“Uma das principais dificuldades que nós tivemos foi o dimensionamento da força de trabalho, porque uma das maiores formas de contratualização aqui no Estado é por meio de cooperativas... eu atuei um tempo dentro dessa perspectiva da

cooperativa, que a gente chamava de 'cooper fraude'... a gente sabe que essa institucionalização das cooperativas, elas vieram a servir ao mercado... a gente teve dificuldade de mencionar a força de trabalho, porque as cooperativas elas são contratualizadas por hora, tipo o estado contratualiza 120 horas de assistente social... se aquilo ali vai ser uma assistente social, duas, dez, quinze, vinte, ninguém sabe...". [...]

[...] e a gente tem outras formas de contratualização, de nomeação, tem servidores estatutários, mas a gente tem... terceirizadas, tem todo aquele leque de precarização da força do trabalho [...] tem um outro monstro aqui, que são os consórcios públicos a gente tem diversos consórcios [...] e os consórcios têm uma miscelânea de contratualização, tem CLT, tem contrato, é uma outra forma de contratualização, que também são bem precários." - Ceará.

Pela lei, os servidores públicos só podem ser contratados diretamente pelo governo do Distrito Federal para a Secretaria de Estado de Saúde através de concurso público [...] mas para o IGES [Instituto de Gestão Social do Terceiro Setor], que já abarca uma grande parte da mão de obra e dos serviços prestados na área de saúde, há uma forma de contratação diferenciada da de concurso público... é um concurso também, mas não segue as normas das leis que regem o concurso público no Distrito Federal... é uma forma própria de fazer a contratação... se não me engano, celetista... é por chamamento, por concurso público, mas numa modalidade diferente, há uma série de formas de contratação no IGES, sempre com o Ministério Público olhando, mas muitas vezes o Instituto não cumpre os requisitos normais que deveriam ser sempre através de concurso público [...] os servidores da Secretaria de Saúde diretamente são através do estatuto próprio de lei orgânica do Distrito Federal, que rege a contratação dos servidores públicos no Distrito Federal [...] temos também o Hospital da Criança, que é específico, e também tem uma forma própria de chamamento... eles são regidos pela CLT... e tem o ICTDF [Instituto de Cardiologia e Transplante] também, que está sob intervenção da Secretaria, tem uma outra forma de contratação, que me parece que, inclusive, tem PJ [Pessoa Jurídica] contratado – Distrito Federal.

"Tem todos os tipos [de contrato, em Pernambuco]: tem servidor da casa, do Estado de Pernambuco, servidor público concursado, tem um bocado de servidor [...] tem uma parcela importante de OSS, OSCIP e tem um montante recente de pessoas contratadas temporariamente, que não estão para trabalhar como técnico na SESA [Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco], especificamente, na área de gestão, é para trabalhar na parte da assistência de verdade... foi feita essa seleção pública recente [...]

[...] a gente tem também aqui no estado um negócio estranho que se chama 'extra' ... a pessoa não tem vínculo com o Estado, a pessoa não tem vínculo com a OSS, se inscreve para fazer uns extras, não está vinculado com contrato nenhum, faz aquele extra e recebe um dinheiro... não é um contrato de OSS, não é um contrato... é um negócio que eu não entendi até hoje... é um negócio todo desmantelado... a pessoa faz aquele plantão, ele não tem a apropriação da

estrutura, ele não tem o comprometimento... não estou dizendo que a pessoa é descomprometida, não, mas é muito diferente... você [que tem o contrato fixo] está no serviço, que você conhece ele, que você conhece as pessoas, que você conhece a estrutura... você vai trabalhar naquele plantão de 24 horas e 12 horas, recebe o dinheiro e vai embora... daqui a pouco, vem outro para fazer o outro plantão e não está vinculado nem à OSS, nem ao próprio estado, ou seja, não tem uma continuidade [...] o estado tem um concurso vigente, não chama a pessoa do concurso, aí toma a OSS, que também não resolve, e bota um tal de plantão extra, que é um contrato temporário, de 12 horas e 24 horas, para fazer aquilo ali... é um tapa-buraco...

Os outros municípios têm mais a presença do trabalhador do SUS da administração direta... Recife também tinha, e a ainda tem, foi garantido que o profissional da saúde permanecesse sob a tutela da administração direta, mas o serviço de manutenção, de compra de material, de estrutura, o pessoal da recepção, o pessoal da manutenção, vai ser todo terceirizado na atenção básica... já no serviço do estado, não, até o pessoal da saúde é terceirizado... o pessoal da OSS, da OSCIP, das casas de beneficência [...] são instituições que não são do SUS, basicamente, mas prestam serviço ao SUS [...]” - Pernambuco.

A gente está hoje com a força de trabalho precarizada, muitos contratos precários... é um misto enorme, o que dificulta, inclusive, o controle social fiscalizar, porque é difícil até compreender... tem contratos precários, sobretudo, na categoria médica, através de empresas... por exemplo, a anestesia hoje no estado do Piauí é basicamente contratação de uma empresa que domina toda a anestesia no estado do Piauí... tem contratos por CLT, através das OSSs [...] e no médio prazo, a gente vai ter uma piora muito grande, esses trabalhadores ainda concursados, eles estão envelhecendo e vão se aposentar, então, daqui a oito anos, a gente vai ter uma força de trabalho concursada mínima no estado do Piauí, porque é essa força que está se aposentando... tem um gráfico que mostra muito bem isso: está reduzindo os contratos por concurso público e ampliando os precarizados... eu tô colocando precarizados todos esses que não sejam por concurso público... num pacote só ...” – Piauí

“Aqui, a gente tem cooperativas médicas... os trabalhadores médicos se organizam nessas cooperativa [e] essa cooperativa faz contrato com o Estado e parte deles [dos médicos] terminam prestando serviço à saúde através dessas cooperativas... [tem] as cooperativas médicas, as cooperativas de anesthesiologistas, tem diversos tipos de cooperativas que atuam... digamos [que essa], é uma forma de terceirização... porém, aqui no estado do Rio Grande do Norte, diferentemente talvez de boa parte do resto do país, ocorre mais através de cooperativas médicas... e a relação de trabalho se dá via contrato com essas cooperativas... eles [os profissionais] são sócios na cooperativa e a própria cooperativa é quem faz contrato com o estado, determinando valores e períodos [...] a relação se dá entre a Secretaria Estadual de Saúde Pública e determinada cooperativa... o que muitas vezes a gente questiona, é que, às vezes, o mesmo profissional tem o vínculo com o estado - até porque tem uns que são bem

antigos, já têm um bom tempo - e são também cooperados... então, você tem um servidor na condição de servidor público de carreira e, ao mesmo tempo, cooperado, que nos dá uma certa insegurança e dúvidas de haver uma duplicidade [...]

[...] A contratação [das áreas meio] se dá por empresa... tem aqui umas terceirizadas que prestam serviço na área de limpeza [...] para servir o cafezinho, para trazer o almoço, boa parte dos motoristas são terceirizados [...] a área de segurança, o vigilante na portaria [...] muitas vezes o maqueiro é de outra empresa, ou seja, tem muito disso fracionado, existem dezenas de contratações nessa terceirização [...] tem um conjunto de motoristas, todos eles já sessentões, alguns já em tempo de aposentadoria, e que vão aos pouquinhos se aposentando e saindo, e restam bem poucos [...] aí você vê um conjunto de outros motoristas, aqueles bem mais jovens, que são de empresas contratadas [...] nenhum deles é de carreira, nenhum deles é efetivo, todos eles são dessas empresas especializadas [...].

a terceirização ocorre também bastante nos municípios [...] eu moro numa cidade [em que] acontece um fato que é incrível: todo final de ano, basicamente, todo mundo é exonerado e aguarda o final de janeiro, o iníciozinho de fevereiro, para o pessoal retomar... quando o orçamento está aberto... essas pessoas são reaproveitadas [...] o trabalhador, a trabalhadora termina sendo moeda de troca, moeda eleitoral... o número, a quantidade de servidores efetivos no município é muito pequeno. Eu diria que ele consegue fazer o essencial, o básico dos básicos do básico... e existe essa contratação [...] de enfermeiros, de técnicos de enfermagem, de médicos... de contrato, de ano a ano... [que] no lugar de ser a minoria termina sendo a maioria” – Rio Grande do Norte

“Com relação aos hospitais e com relação à atenção básica, Porto Alegre tem 95% terceirizado... Eldorado do Sul, é terceirizado também, tanto serviço de técnico de enfermagem, quanto de enfermeiros, quanto de médicos, por empresas contratadas... já teve várias empresas lá que deram calote nos médicos [...] se tornou uma prática comum [...] e no interior também é outra coisa que se tornou uma prática comum, desde que foi instituído, foi o Mais Médicos, que eu considero algo positivo [...] porque além de dar experiência para os colegas que estão se formando [...] tu consegue aumentar a qualidade de atenção à saúde nos territórios... enfim, os municípios adoraram, porque daí não precisam pagar os salários de médicos... não fazem mais concurso... e os médicos vão se aposentando e tu não tem mais médico do município, só conta com o Mais Médicos[...] isso é praticamente em todo o interior [...]

[...] [nas áreas meio] sempre é terceirizado, inclusive, no estado não tem mais profissional concursado ... o motorista... tem poucos ainda [não terceirizados], mas não tem mais na limpeza, manutenção... na Secretaria de Estado da Saúde é tudo terceirizado [...]

[...] o Hospital João Paulo II, que é o hospital que está terceirizando o hospital de Alvorada, colocou um edital na sua página para contratar empresas para clínica, para cirurgia, de médicos e de UTI e emergência... faz um mês que eles estão ali, eles já trocaram por duas empresas, mas a forma como essas empresas

contratam esses médicos, eu realmente não sei... eu sei que não tem nenhum vínculo trabalhista de assinar carteira, nada, porque nem CNPJ eles tinham, eles assumiram o hospital sem ter CNPJ e eles estavam pagando os trabalhadores por diária, por pix... no final do plantão eles faziam o pix... o trabalhador da saúde virou um diarista nesse hospital... a forma de contratação é muito de boca a boca; "olha, eu estou desempregada"... "tal empresa está contratando assim"... já houve casos, por exemplo, de fazer um edital e dizer "preciso de dois pediatras"... a empresa vai lá e ganha [o contrato]... aí tu vai ver, aquele pediatra não tem especialização nenhuma, sequer, fez uma residência... é nesse nível... às vezes tu não tem certeza que a qualificação daquele profissional que está atuando ali naquela área é para aquela área... e tudo gira em torno do lucro." - Rio Grande do Sul

"[temos trabalhadores] com vínculo precário, que é contratado como autônomo - temos muito aqui no Rio isso, RPA - ou o pagamento em espécie após o término do plantão[...]

[...] nós temos vários problemas de CTUs (Contrato Temporário da União) que acabam e uma massa de trabalhadores na rede federal fica à mercê de uma renovação ... [de] medida provisória [...]

[...] a Fundação Saúde tem 3 mil e poucos servidores celetistas estáveis e a gente estima que ela tenha pelo menos uns 12 a 15 mil vínculos precarizados... esses vínculos precarizados não ficam transparentes, são contratos temporários, tem até empresas quarteirizantes, até prestadoras de terceirizador de mão de obra, com contrato vinculado com a Fundação.... então a gente não tem uma clareza dessa força de trabalho por vínculo... [...] esses 3 mil celetistas estáveis [da Fundação Saúde] são egressos do único concurso público de celetistas que a Fundação fez [...] começou a optar por essa contratação de RPA, de pejetização... em alguns casos, por exemplo, os médicos, a maioria deles estão pejetizados... o cara tem que ser uma personalidade jurídica vinculada com uma cooperativa médica ou um arranjo que lhe dê essa condição..." – Rio de Janeiro.

" desde 2017 até o momento, a nossa SESAU [Secretaria Estadual de Saúde] tem feito a opção com processos seletivos... isso ficou ainda mais dinâmico durante a pandemia, quando os trabalhadores foram chamados de forma emergencial e contratos sendo renovados a cada dois anos, com o prazo máximo para se ter o contrato emergencial... aqui no estado tem essa cultura do contrato emergencial e renovação desse contrato, mas tem um estudo técnico para a abertura de concurso público" – Rondônia

"[em Boa Vista] tem concurso, tem seletivo... no interior nem tem concurso, nem seletivo... o médico chega lá e vai e atende, porque tem a escassez... tem os municípios que não têm nenhum vínculo... às vezes, tem celetistas... tem muito seletivo agora, tem muito MEI entrando na saúde - Roraima

"Na atenção básica, em alguns municípios ainda tem equipes concursadas, que passaram por processo de concurso público... mas isso é uma exceção para a

regra geral [...] a contratação por regime jurídico único está escassa [...] nós sabemos que tem muitas cooperativas [...] que tem um 'boom' muito grande de PJ, principalmente na atenção básica, [entre os] médicos [...] eu acho que basicamente [tem] mais CLT [na atividade] meio [...] [...] [por lei] o agente comunitário de saúde não pode ser contratado a não ser por concurso público, mas a gente vê os municípios - praticamente todos daqui - ter uma boa quantidade de agentes comunitários de saúde por contrato da forma que o gestor quer.” – Sergipe
- Sergipe.

Foi consenso entre os depoentes que os diversos tipos de contratação que vêm sendo impostas aos profissionais da saúde, além de promoverem a precarização das relações de trabalho, estabelecem distinções expressivas entre as condições de trabalho e de remuneração de trabalhadores que exercem as mesmas funções. Os entrevistados também enfatizaram sua preocupação com os riscos que esse processo traz ao SUS, uma vez que compromete a qualidade do trabalho em função de vários fatores, como, entre outros, o desalento dos trabalhadores nos seus postos de trabalho e a alta rotatividade de profissionais.

“É uma questão gritante mesmo: 70% dos trabalhadores do Estado totalmente precarizados [...] existe uma diferença enorme do concursado para o precarizado... o concursado tem todos os direitos e o precarizado não tem direito a nada... até a carga horária dele é bem maior, eles trabalham 40 horas [...] e ganham menos do que o que está concursado que está já no sistema [...] isso é uma situação muito difícil ... afeta a política pública de saúde... na parte administrativa, [afeta] menos, mas quando você joga isso para um atendimento direto com a população, aí traz um prejuízo para a população [...] nós temos sete UPAs aqui... todos [os trabalhadores] são precarizados, terceirizados [...] o que está faltando é cumprir a lei, reconhecer essas pessoas que não têm direito a 13º, não têm direito às férias, se adoecer é descontado do seu salário... isso é uma precarização muito ferrenha” - Alagoas.

“A gente está tendo uma sobrecarga muito grande... nós temos os terceirizados de cooperativa... [em] algumas dessas cooperativas do estado... eu já até me questioneei: [...] será que não é trabalho análogo à escravidão?... como você fica com algumas categorias profissionais seis meses sem receber?... como que o trabalhador não tem recurso para trabalhar?... e como que esse trabalhador vai trabalhar?... um trabalhador com fome consegue trabalhar? [...] [...] e o RET [Regime Especial Temporário] não tem segurança nenhuma... é um contrato por 'x' período [em que] você fica muito tempo ou qualquer hora eles te desligam [...]

“Esse ano, em ano de campanha, com certeza alguns contratos vão ser interrompidos e alguns trabalhadores [ficarão] desesperados... sem muita

perspectiva... aí, com certeza, isso mexe na qualidade do serviço...” - Amazonas”.

“[...] é um processo muito diferenciado... se a gente for no HGE, que é o Hospital Geral do Estado da Bahia, você vai ver lá muito claro, você tem o HGE 1 e o HGE 2, um é só de servidores públicos e o outro é de terceirizados; um é novo, o outro é mais antigo, você vai ver a diferença entre oferta de serviço, qualidade de atendimento, aquela questão toda... tem trabalhadores que, devido ao vínculo terceirizado, são muito precarizados... trabalhadores que estão na mesma função, dependendo do vínculo, ganham muito, muito, muito menos... [as diferenças de condições] geram muito mais conflito... a partir dessa questão [da diferenciação de vínculo] [também se dá] a definição da qualidade... [...] a partir de um mapeamento da enfermagem, [observou-se que] tinha trabalhadores com 200 horas, como é que a pessoa vai dar 200 horas, 100 horas?... tinha trabalhadores aí com mais de não sei quantos vínculos [...] às vezes, na mesma função, você tem um enfermeiro que ganha menos e outro que ganha muito menos - essa salada de frutas de contratualizações que não tem uma espécie de equiparação, interfere na qualidade do serviço e interfere também no processo de gestão de leitos... nós temos dificuldade nos leitos que são contratualizados, porque quem manda lá é a empresa, a gestão hospitalar de lá da empresa... e quem regula é o estado, então, você fica dependendo de que ele diga que tem um leito para poder a gente mandar o paciente... isso interfere na qualidade, na atenção básica, isso interfere na vinculação do serviço, na busca do acompanhamento contínuo” – Bahia

“A gestão por organizações sociais favoreceu a precarização das relações de trabalho enormemente, porque grande parte dessas organizações sociais excluíram os servidores efetivos dos locais onde eles atuavam nesses hospitais, e hoje a maioria são contratos, poucos celetistas, assim, a gente tem a terceirização, a quarteirização e a quinteirização aqui do trabalho... Celetistas [são] muito pouco, [são] muitas cooperativas de trabalho, algumas delas falsas cooperativas de trabalho, subcontratando para as organizações sociais” – Goiás

“[o trabalhador contratado no regime ‘extra’] não tem vínculo trabalhista, aquela pessoa não está protegida, não recebe a proporcional, aquela gratificação, não tem a proteção [...] não está em canto nenhum [não tem vínculo]... não recebe proporcional de insalubridade, não recebe proporcional de gratificação... os direitos alcançados pelo concursado e pelo profissional terceirizado, aquela pessoa que está trabalhando um dia, dois, três, ela não recebe proporcional daquilo que era dos outros colegas, é como se ela fosse um profissional menor, fosse menos... isso implica também no jeito de ele trabalhar... isso interfere, isso vai reverberar nesse trabalho.” - Pernambuco

Outro dia eu estive em uma oficina promovida pelo Ministério da Saúde, e uma trabalhadora dizendo que estava há 20 anos sem férias. Porque o trabalho é

contrato precário. Ela não tem como ter férias, ela não pode ter férias. Então, a realidade cruel que a gente vive hoje é essa - Piauí.

“Ao longo do tempo, eu tenho convivido com colegas que estão entrando no serviço público por RPA, por cooperativas de trabalho, por organizações sociais e, mais recentemente, empresas públicas de direito privado e parcerias públicas privadas, que estão recebendo a gestão dos nossos equipamentos públicos de saúde - hospitais, policlínicas, UPAs, policlínicas da família - entregue para uma gestão privatista, privada, cujos modelos de contratação são os mais diversos possíveis, mas em sua grande maioria, uma remuneração muito baixa, uma ausência de estímulo, de fixação do trabalhador no posto de trabalho [...] não lhe é oferecida carreira [...]

[...] tem muita gente que fica intranquila com esse tipo de vínculo precarizado e acaba abandonando o posto de trabalho, porque não tem os direitos trabalhistas assegurados, não tem uma Seguridade Social assegurada... é um vínculo tão precário que ele fica mais preocupado com o término do contrato do que com a sua carreira para o SUS... o vínculo desse profissional foi tão precarizado que hoje ele troca de secretaria ou troca de OSS - Organização Social de Saúde - como quem troca de roupa... porque se uma OS, ou o contrato precarizado, ou uma pejetização lhe oferece 100 reais a mais, ele, que não tem nenhum tipo de segurança onde estava, ele muda, ele migra...” [...]

[...] “no hospital Servidor do Estado, de gestão direta do Ministério da Saúde [...] você vai encontrar vários vínculos... trabalho igual e salário igual?... você não vai encontrar, você vai encontrar mesmos profissionais, com a mesma formação, vínculos diferenciados e remuneração diferenciada... e você vai encontrar ainda servidores estatutários convivendo com uma massa maior de precarizados, porque os três entes não fazem concurso público por mais de duas décadas... a União tem os CTUs, contrato temporário da União, o Estado e a Prefeitura se utilizaram mais das organizações sociais para terceirizar mão de obra, quando não faziam contratos temporários próprios também... o que está faltando é política estruturada para romper com esse diagnóstico e oferecer, na gestão de pessoas do SUS, uma política que seja soberana, que seja permanente, tal qual o próprio SUS é ...”

[...] “como são vários os vínculos, você vê problemas trabalhistas de várias ordens... exemplo: contrato de pejetização... você faz o cara cumprir carga horária, cumprir seus procedimentos internos, você faz o camarada ficar sujeito a uma relação de trabalho escamoteada [...] [tem] uma série de problemas trabalhistas, escalas desordenadas, falta de [pagamento] de hora extra, uma série de coisas que caracterizam o descumprimento da lei trabalhista [...] [e] não é raro você ver uma organização social demitir toda uma gama de trabalhadores por causa do fim do contrato de gestão com o ente público, ou porque não consegue ganhar processo de licitação para um novo período de contrato... manda todo mundo embora e não faz o pagamento de rescisão trabalhista, não garante os direitos, os pagamentos proporcionais daquele exercício e o trabalhador se vê, às vezes, instado a não entrar na justiça com a falsa promessa que a próxima OSS vai estar absorvendo ele... eles sofrem esse assédio

institucional, tipo: "olha, se você entrar na justiça, vai ficar esperando o que o juiz vai definir para você, mas eu não vou te readmitir com a próxima empresa, com a próxima OS, com a próxima terceirizada de mão de obra que entrar" – Rio de Janeiro

As condições de trabalho no SUS

Também foi solicitado aos entrevistados que discorressem sobre as condições de trabalho ofertadas pelo SUS aos seus profissionais. Como visto no tópico anterior, um dos grandes problemas levantados foi a diferenciação de condições entre os trabalhadores com distintos vínculos contratuais e muitas das declarações abordaram esse processo de precarização de forma abrangente:

"A gente vê desde a lavanderia, dos hospitais, aos consultórios, situações muito precárias, situações que precisam melhorar, situações que precisam ser revistas na questão da condição de trabalho." - Acre

"O que está faltando é cumprir a lei, reconhecer essas pessoas que não têm direito a 13º, não têm direito às férias, se adoecer é descontado do seu salário... isso é uma precarização muito ferrenha... eu vejo hoje, aqui em Alagoas, os sindicatos muito silenciosos em termos disso aí... [eles] não têm direito a nada, só a trabalhar e ganhar o seu salário, mais nada... até que não ganha mal [...] até que eles ficam satisfeitos, porque o emprego está difícil... eles não vão brigar com isso porque é uma coisa que eles estão tendo acesso com uma certa facilidade... quem tem que lutar por isso são os sindicatos de categoria, conselhos e também o Ministério Público do Trabalho que tem que discutir essa questão... o funcionário, em si, não, porque vai afetar ele, ele vai perder o dinheirinho dele." - Alagoas

Muitos aspectos das condições de trabalho foram descritos e analisados pelos depoentes. Para a exposição dessas informações, optou-se por agrupá-las de acordo com os temas tratados, assim classificados: infraestrutura dos equipamentos de saúde; jornada de trabalho, sobrecarga e dimensionamento da força de trabalho; remuneração; violência e assédio no trabalho; e saúde dos trabalhadores

A infraestrutura dos equipamentos

No que se refere à infraestrutura dos locais em que trabalham os profissionais de saúde do SUS, muitos foram os depoimentos ressaltando as precárias condições das instalações e a falta de material, equipamentos e medicação, dos quais se destacam:

"Aqui na Bahia, a gente tem que levar em consideração as regiões... tem regiões mais ricas, que ainda que a precarização seja existente, que ainda precisa melhorar, mas ainda menos ruim do que aquelas regiões mais pobres... você

tem também as questões de que você tem hospitais aqui que são municipais, os chamados hospitais municipais ... que têm pouca estrutura, prédio velho, e tem muita insalubridade, que a remuneração também é muito baixa... você tem equipamentos que são muito novos e, se você for fazer uma leitura, as condições são boas, porque é o equipamento novo, mas você tem uma salada de vínculos aí que acaba, muitas vezes, o mesmo trabalhador que está na mesma função, um ganha menos e outro muito menos... um ganha pouco, outro muito, muito pouco... e você tem também unidades que são mais antigas, que essas unidades, além de ter a precariedade do espaço, além de ela não poder se inserir em novas tecnologias, você acaba, de alguma forma, tendo ali um trabalho muito precarizado... “ - Bahia

“A gente tem um atendimento muito ruim mesmo para os usuários, porque falta infraestrutura, falta RH, falta reposição de equipamentos, luvas, seringas, remédios, e também porque a Secretaria não cuida da ambiência, porque as condições em que estão os nossos equipamentos de saúde hoje aqui no DF data de 30 anos, quando foi erguido o último hospital no Distrito Federal... a população, nesses 30 anos basicamente triplicou e não tem condições de atender toda a população... e ainda falta recursos humanos [...] a gente sabe de reformas que são feitas nas Unidades Básicas de Saúde, nos hospitais, muito pequenas, para que se tenha uma ambiência e dê condições de trabalho adequadas aos trabalhadores – Distrito Federal

“Alguns lugares têm problemas com a falta de materiais adequados... tem várias unidades de saúde que não têm condição adequada para [atender] aquilo ali... e a gente vê que aquilo causa adoecimento, porque esse trabalhador que não se conforma com aquilo, ele acaba tendo um desgaste [...] a falta de uma estrutura numa unidade de saúde ou de um quantitativo de efetivo de pessoal inferior à demanda naquela unidade causa um desgaste muito grande [...] a população [...] fica em cima daquele profissional, colocando as angústias, as reclamações... o desgaste é grande, sim.” - Espírito Santo.

“A gente percebe um retrocesso muito grande nas relações de trabalho, a gente percebe uma sobrecarga imensa, que foi muito explicitada no período da pandemia, e que as pessoas pensavam assim: ‘é por causa da pandemia’... mas, não, sempre foi assim mesmo... a pandemia, claro, teve um fator que foi muito maior, que foi lidar, às vezes, ali com o número de mortes avassalador, mas a gente sempre lidou com a falta de materiais, de equipamentos, de insumos, de medicamentos e de pessoal... só que isso foi pra mídia naquele período... e agora que acabou a pandemia, a gente continua com os mesmos problemas, mas ninguém mais fala sobre isso...” - Goiás

“A distância entre as macas, entre as camas, é absolutamente insalubre, é uma pessoa colada na outra... pra pessoa atender o paciente tem que se acocorar... às vezes o paciente está no chão, como é que um enfermeiro vai fazer? ... e eu

estou dizendo isso porque eu sou uma pessoa da saúde, da atenção básica do município do Recife, eu não estou atuando no estado, mas os relatos dos meus colegas são de você ficar de cabelo em pé... a estrutura pra trabalhar está muito ruim... está faltando profissional, está faltando estrutura... às vezes, falta garrote, a pessoa tem que fazer garrote com luva, com pano [...] profissionais [precisam] fazer cota pra consertar o ar-condicionado da unidade... quebra ar-condicionado e o pessoal fica morrendo de calor dentro da unidade... não pode trazer ventilador de fora... o usuário fica querendo trazer ventilador... é uma coisa absurda trazer um ventilador para a unidade de saúde, mas não tem ar-condicionado, nem tem ventilador... um calor insuportável... ...o lugar para o descanso do profissional [é] ruim... ... [faltou] cair um pedaço da enfermaria na cabeça [das pessoas]... não caiu na cabeça do povo porque os enfermeiros afastaram o lugar onde ia cair, mas caiu... podia ter caído em cima da cabeça do trabalhador, do usuário do SUS... da pessoa da manutenção” - Pernambuco

“acho que as condições estão muito ruins, muito ruins mesmo, desde questões sanitárias... a gente tem instalações que promovem risco à saúde das trabalhadoras e dos trabalhadores.” – Piauí

“Nós temos [garantido em] convenções coletivas de trabalho aqui no Rio Grande do Sul - e também a nível nacional - que tem que ter sala de descanso para enfermagem e a maioria dos hospitais não tem... às vezes, um hospital com 10, 12 andares tem uma sala para o hospital inteiro... como é que você vai sair do seu andar e deixar a unidade descoberta?... e num turno noturno, num turno de 12 horas, você tem uma hora, uma hora e meia para descanso... tem trabalhador em um hospital de Farroupilha que junta os papelões e põe um cobertor em cima e é ali que dorme duas, três horas... [acontece também de] além de negar a sala de descanso, negar comida... agora mesmo, a gente recebeu denúncia do GHC [Grupo Hospitalar Conceição], que é um grande hospital, que é um dos maiores salários pagos na saúde aqui nesse estado, que eles estavam impedindo que os profissionais tomassem banho para não gastar água agora na calamidade [enchentes de abri]... e também a questão da comida, de diminuir a comida e deixar mais para os pacientes... é claro que a gente sabe que tem uma situação de calamidade, mas [...] a pessoa [precisa] chegar limpa na sua casa, para não levar os germes, os contaminantes para casa e seguir contaminando ônibus.. a mesma coisa de alimentação: como é que vai trabalhar com fome?... ser privado de alimentação, de sono, de higiene, também é uma violência contra os trabalhadores” – Rio Grande do Sul

“[quanto às condições de trabalho] a avaliação atual... se a gente vai pensar de um de zero a dez, eu ficaria com quatro... principalmente na maternidade [...] hoje a nossa maternidade funciona no hospital improvisado, que era do covid [...] muitos médicos já se afastaram... quando a gente caminha, é como se fosse um tablado, e tem hora que ele afunda... não tem condições para as mães que estão lá... o índice de mortalidade dentro da maternidade é muito alto, o estresse dos profissionais é muito alto... o estresse dos profissionais em outros hospitais

também é muito alto... porque aqui tem aquela coisa do "cala a boca" [as pessoas] têm medo de falar..." - Roraima

O dimensionamento da força de trabalho

Questões referentes ao dimensionamento da força de trabalho, que acarreta jornadas exaustivas e sobrecarga dos profissionais foram as que mais suscitaram declarações dos entrevistados. Embora presentes em praticamente todas as entrevistas, foram especialmente tratadas pelos representantes dos trabalhadores nos Conselhos.

"A escassez de profissionais é um problema... nós tivemos, por exemplo, uma enfermeira de unidade de saúde do estado no interior, que nos procurou e disse, 'Olha, ajudem, por favor, ajudem a garantir mais contratação de pessoas para cá... nós somos obrigados a fazer plantões extras excessivos, porque não tem outras pessoas contratadas'... a gente [CES] recebeu um vídeo, mostrando que nessa mesma unidade, [...] a porta de entrada é aberta, demandas livres, as pessoas chegam lá à noite, por exemplo, não é atendido porque não tem nenhum profissional lá para fazer a triagem, para iniciar o atendimento [...] certamente, na escala tinha alguém, [mas] no papel, na prática não tinha, porque a pessoa, certamente, já vem de uma carga horária muito excessiva e precisa descansar, precisa dormir, enfim, e acabou que o usuário não teve o atendimento naquela ocasião... e não foi só um, no vídeo aparecia pelo menos uns cinco pacientes aguardando atendimento nessa unidade.. e não é um caso isolado, a gente pode observar que no interior pode acontecer muito isso... e aí também isso se dá no estado, também por um problema muito sério nos municípios [...] que não faz o seu papel de atenção primária conforme tem que ser, e muitas das vezes superlota as unidades dos hospitais do estado por conta da escassez no atendimento..." - Acre

"A gente tem grandes reclamações de sobrecarga de trabalho, principalmente pelos terceirizados, que eles têm uma exigência diferente dos demais... os terceirizados têm sempre de estar dobrando, eles fazem outra carga horária..." – Amazonas

"Eu vejo muitos profissionais reclamando de falta de material, de excesso de trabalho, ou seja, trabalho que deveria ter duas, três pessoas para fazer, tem um fazendo sozinho [...]"

"Eu acho que uma das coisas mais interessantes que se pensou, especialmente nas últimas décadas [...] foi o 'Mais médicos' [foi] pensar o provimento profissional... pena que só se pensou [em médicos], como se a saúde fosse feita só de médicos... tinha que ter os 'Mais Médicos' e o 'Mais Outros' também... foi uma sacada muito massa, no sentido de 'quantos eu preciso ter?'... 'onde eu preciso ter?'... 'eu preciso formar na graduação?'... 'eu preciso especializar?'... 'como que eu vou absorver?'... 'como que eu vou fazer pra que esse menino

aqui, que terminou a graduação, se interesse em ir para os espaços mais longínquos?’ “- Ceará

“[...] a gente percebe os trabalhadores com várias escalas de trabalho, sobrecarregados [...] vários acabam tendo jornadas de trabalho exaustivas e isso afeta a qualidade dos serviços prestados também... muitos erros acontecem e muitas vezes são devidos a isso... são jornadas pesadas que esses trabalhadores passam [...] a gente tem casos de unidade de saúde que são responsáveis por atendimento de um quantitativo de pessoas muito grande e não dão conta... são aglomerações enormes de pessoas que não conseguem ser atendidas rapidamente... e aí as reclamações, o desgaste... aquele profissional que... está ali [é quem] recebe a reclamação.” - Espírito Santo.

“Entraram as organizações sociais, o recurso veio, mas não para aquilo que se achava que viria... houve [recurso] para o embelezamento das unidades, para pagamentos de salários altos para quem está nos níveis de gestão, mas para o trabalhador foi o contrário, ele passou a ganhar menos, passou a trabalhar mais, porque o dimensionamento de pessoal é sempre menor, porque eles acabam lucrando com isso... você reduz o número de trabalhadores e força a trabalhar mais e isso não foi diferente aqui [...] a gente tem hospitais públicos em que o trabalhador reclama de estar com 36 pacientes, 20, 18 - quando ele está com poucos - para o cuidado... [há] subdimensionamento nas UTIs, onde a gente tem normas que regulamentam um número mínimo de técnicos, de enfermeiros para atuar [...] você tem aquele número correto na escala, mas quando você vai verificar na prática, você não tem aquele número de trabalhadores, então [há] um subdimensionamento acontecendo.” - Goiás

“Tem muitos hospitais que têm um equipamento de melhor qualidade, mas tem outros que não têm nenhum equipamento de boa qualidade [...] nós temos aqui três hospitais de urgência e emergências públicos e esses três hospitais vivem eternamente sobrecarregados... nós temos um ‘socorrão’ que tem os melhores equipamentos, mas não dá para atender à demanda [...] a culpa não está no servidor [ele] não pode fazer milagre... tem muita gente nos corredores porque os leitos estão todos ocupados.” – Maranhão

“ [...] no Rio Grande do Sul, às vezes o profissional da enfermagem tem dois, três empregos, trabalha 12 horas todos os dias, pulando de emprego em emprego [...] - Rio Grande do Sul

“em geral, as condições [dos equipamentos] são muito desiguais... tem os serviços muito estruturados, e você pode encontrar esses serviços estruturados em termos de infraestrutura física, instalações, equipamentos, ambiência com climatização, mobiliário modernizado, instalações em bom estado de conservação, mas você pode encontrar uma equipe subdimensionada onde o estresse pelo acúmulo de funções se dá...” – Rio de Janeiro

“[existe sobrecarga de trabalho] até porque [...] existe uma ferramenta que é muito utilizada aqui, que são as horas extras... as escalas de plantão extraordinárias... tem sempre isso, então as escalas são sempre desfalcadas... existe um dimensionamento da força de trabalho muito desigual aqui dentro do estado, a maioria dos trabalhadores do SUS de Rondônia estão na capital ... existem vazios assistenciais dentro das unidades hospitalares dos municípios, isso acaba sobrecarregando o serviço da capital, porque se o usuário não consegue atendimento lá numa regional, ele acaba vindo para cá, porque a mão de obra está concentrada aqui... existe essa dificuldade de ter o melhor dimensionamento da força de trabalho, poder atender todo mundo em todos os lugares.” – Rondônia

“[Aqui] se faz muito plantão [...] tem locais em que os profissionais levam malas grandes [para o trabalho], porque passam a semana toda de plantão em plantão...” - Sergipe

Remuneração

Quanto à remuneração dos trabalhadores do SUS, houve menções sobre a insuficiência dos valores, a ausência de reajustes salariais para os servidores públicos, a inexistência de benefícios e a necessidade que os profissionais têm de aumentar sua renda acumulando vários empregos. Ainda se registraram comentários a respeito das discrepâncias salariais verificadas entre as diversas profissões.

“A questão salarial é um outro gargalo... isso dialoga com [...] a questão do excesso de carga horária, porque aqui existe ainda o famigerado plantão extra, que isso, por parte dos trabalhadores, se dá por uma necessidade [...] então, para o trabalhador alcançar uma renda melhor no final do mês, ele tem que ter uma jornada excessiva [...] por conta dessa carga horária excessiva, por conta da remuneração final do trabalhador, é claro que acarreta no final a insatisfação... precisa melhorar muito, muito, muito, muito mesmo.[...]
[...] a gente vê o movimento sindical da área da saúde, entre outros, lutando muito por PCCR, e eu não tenho dúvida de que é algo que vem trazer benefícios para todo mundo [...] por ausência do PCCR atualizado, visto conforme a necessidade do trabalhador, a gente tem aí pessoas hoje com idade de uma aposentadoria e preferem continuar no hospital, porque se se aposentar vai ganhar muito pouco... esse trabalhador não tem, não pela sua idade, mas pelo tempo que já está ali, exausto, cansado, depressivo, ele não tem condição de oferecer mais um atendimento bem qualificado... não estou generalizando, mas isso pode acontecer... e por conta de um salário mais adequado à realidade da pessoa.” - Acre

“Nosso salário está praticamente congelado, há muito tempo está congelado aqui no estado do Amazonas [...]

[...] Muitas das cooperativas são quase insalubres para o trabalhador... tem aqui trabalhadores que reclamam de salários de seis meses atrasado dessas cooperativas” – Amazonas

“A ausência também de uma política de formação de trabalhadores para que eles possam de alguma forma serem atraídos a continuar no município faz com que você esteja numa roda gigante, onde você contrata e vai embora... às vezes você forma e o trabalhador não fica ali, porque é mais atraente o salário de uma determinada região...” - Bahia

“O estado passou, acho, que uns 15 anos sem dar praticamente nenhum aumento ao servidor público, deu aumentos insignificantes... o estado tem um Programa de Cargo, Carreira e Salários na saúde, mas com ou sem aumento, o salário-mínimo hoje é praticamente dominante no setor... hoje os profissionais de nível superior no estado da Paraíba ganham R\$1.500 de salário... inclusive isso [ocorre] no PB Saúde, eles mantiveram para ter o estado, mas estão dando gratificações para poder conseguir quem queira trabalhar [...]

[...] O ano passado [...] o próprio Conselho Estadual de Saúde provocou o governo [para negociação] e houve o resultado de um aumento, na época, de 10% fora do contexto de aumento normal... [...] e nós temos sempre fazendo relação para que isso seja corrigido, porque o plano de cargo, carreira e salário mesmo ficou completamente ineficiente em função de que, sem aumento, só tendo aumento de salário-mínimo, o aumento dos salários reais de todo mundo caiu assustadoramente.” - Paraíba

“as condições de negociações são muito ruins... a gente está hoje com o Governo do Estado oferecendo 0% de reajuste para os trabalhadores e trabalhadoras.” – Piauí

“[...] o profissional da enfermagem, por exemplo, tem dois, três empregos, trabalha 12 horas todos os dias, pulando de emprego em emprego [...]” - Rio Grande do Sul

“os trabalhadores da saúde não têm vale de transporte... têm um auxílio refeição de 8 reais e 13 centavos, se ele trabalha mais de 30 horas semanais e de 4 reais e 7 centavos, se trabalha menos de 30 horas semanais... isso é auxílio, alimentação e refeição... congelado desde 2008... já era baixo em 2008, hoje nem vale coxinha dá pra chamar de apelido [...] nós também não temos auxílio educação para os nossos filhos... nós não temos política de creche para os trabalhadores e trabalhadoras, não temos auxílio creche para quem trabalha nos hospitais, mesmo com mais de mil servidores ou trabalhadores, em um hospital você não tem essa política [...]”

“Não dão para o trabalhador] uma perspectiva de carreira, não dão uma perspectiva de evolução na carreira, não dão uma perspectiva de alcançar um patamar remuneratório maior e melhor à medida que mais tempo ele passa dedicando para o SUS” - Rio de Janeiro

“não estamos satisfeitos [com a remuneração] [...], a gente não se sente valorizado nesse sentido... aqui no estado de Rondônia existe uma diferença muito grande entre o salário de um médico e o salário dos demais profissionais da área da saúde, assim como no Brasil...” - Rondônia.

“O que nós temos de maior queixa no estado ainda é a questão salarial, a questão da valorização salarial... nos municípios, por incrível que pareça [...] é muito difícil se ouvir manifestação sobre os salários, porque o estado é pequeno, os municípios são muito pequenos, então há uma remuneração que está dentro daquilo que é esperado... boa parte dos municípios sergipanos pagam [...] um bom salário para os médicos, para os profissionais... uma grande parte paga o piso dos agentes comunitários de saúde, dos de endemias... também tem a questão de o município ainda ser aquelas terras de coronéis e muitas das vezes eles [os trabalhadores] são pressionados.” - Sergipe

Assédio moral e violência

Algumas questões bastante relevantes apontadas pelos entrevistados referem-se à prática de assédio moral contra os trabalhadores da área da saúde, frequentemente associada ao desencadeamento de transtornos mentais. Foram relatados casos de assédio por parte de chefias, colegas e usuários:

“A maioria dos trabalhadores de cooperativas vêm muito adoecidos [em função] de assédio moral, de assédios diversos - Amazonas.

“... a grande reclamação dos trabalhadores hoje é assédio, assédio moral dentro desses serviços, e falta de espaços de diálogo... não tem democracia, é cumpra-se e ponto, não tem que questionar, você não tem que saber por que que é assim, você só tem que fazer.” - Goiás

“Assédio moral [ocorre] direto, cotidianamente, a gente escuta reclamações, queixas dos trabalhadores e trabalhadoras com relação a essa questão [...] há muito relato de assédio moral em todos os lugares, tanto no município de Belo Horizonte, nas Unidades de Saúde, como no Estado” – Minas Gerais

“As unidades hospitalares sempre precisam de melhorias na sua estrutura, em seus processos de trabalho... os trabalhadores da área da saúde, por muitas vezes, eles podem se queixar do ambiente que ele está inserido, das situações que ele vive no seu cotidiano, por exemplo, ações de violência contra os servidores da área da saúde é algo que acontece uma vez ou outra, dentro de UPA, dentro dos hospitais de porta aberta, até mesmo nos hospitais do nível terciário, como hospital de grande porte aqui do nosso estado, o Hospital de Base, no qual foi feito uma pesquisa ali dentro... a gente foi investigar sobre assédio moral, violência institucional contra trabalhadores da área da saúde, principalmente enfermeiros e técnicos de enfermagem... a gente percebeu que

é algo que eles vivenciam no cotidiano, seja por parte dos pacientes, dos acompanhantes, dos próprios colegas, da chefia... existe a violência dentro do ambiente laboral, no exercício da profissão [...] na semana passada, nós tivemos uma colega aqui do nosso convívio, que trabalha numa UPA e que foi desrespeitada, foi filmada dentro do ambiente de trabalho e está na mídia agora, e as pessoas fazendo comentários... ela inclusive já entrou até de atestado por conta da saúde mental, a injustiça que é feita com o trabalhador da área da saúde, então isso não é uma realidade só do estado de Rondônia, eu acho que é uma realidade que todo trabalhador da área da saúde vivencia uma vez ou outra... a gente sabe que precisa melhorar muito essa questão de segurança dessas pessoas, de dar a elas condições mais dignas de trabalho, de elas estar num ambiente que elas possam desenvolver a sua criatividade e cuidar das pessoas, porque é pra isso que a gente se forma.” – Rondônia

A violência presente na sociedade e que - como não poderia deixar de ser - invade o ambiente hospitalar, também foi citada como fator de desestabilização emocional dos profissionais da área:

“hoje o Estado todo, acho que isso é uma coisa que se reproduz no país todo... a questão das facções criminosas... há muita essa divisão de facções, então hospitais que são de urgência e emergência, ele é atravessado por essa questão da violência... os profissionais ficam tensos, estão sempre nervosos, estão sempre preocupados com questões que podem surgir ali dentro... [eu soube] que dentro de uma determinada unidade de um hospital tem tráfico de drogas” - Ceará

Saúde dos trabalhadores da saúde

Com relação à saúde dos trabalhadores da saúde, muitos foram os relatos de adoecimento em função das condições em que exercem suas funções, que podem ser resumidos nas seguintes falas:

“Tivemos e temos muitos casos na saúde de pessoas que estão com a saúde mental afetada, dada pela perda de sono, dada pela ausência do seu vínculo familiar, dada pelas situações que acontecem nessas unidades de saúde, que acabam afetando a saúde mental dos trabalhadores... isso veio à tona, muito à tona mesmo, na conferência de saúde mental [...] nós passamos, bem recentemente, por uma pandemia... já vinha um problema sério [da] falta de atenção à saúde dos trabalhadores, sobretudo [em relação aos trabalhadores] na saúde e, infelizmente, com a pandemia e dada a questão salarial [de baixos salários, que obrigam os trabalhadores a ter jornadas exaustivas] - aqui no Acre nós temos trabalhadores que ficam mais no trabalho de quem casa, para poder garantir, digamos, o sustento da família... são pessoas que têm problemas psicológicos, são as mães [...] as mulheres que têm muito problema com câncer de mamas, nós temos pessoas... digamos, que tem ´n´ problemas por estar

numa função pública, que se você for estudar a razão da certa doença que está na pessoa, a patologia se dá pela questão do trabalho... o trabalho tem que ser um ambiente sadio, um ambiente salutar para todo mundo... - Acre

“A maioria dos servidores, principalmente, os precarizados, estão doentes mentalmente, precisando de ajuda, porque não basta você só ter o seu trabalho, você quer ser apoiado, você quer se achar importante ali dentro... não é só chegar lá, tirar a tua carga horária e ir embora, e no final do mês receber aquele dinheiro... chega ao ponto de eles botarem um comunicado de que não acataria mais dos terceirizados um atestado de covid... é terrível... você trabalhar ao público e o próprio governo dizer que não, não acata, não reconhece um atestado no qual você foi comprovado de covid... isso a gente chegou no cúmulo do absurdo.” - Alagoas

“A gente tem hoje muitos trabalhadores sequelados, adoecidos [...] adoecidos mentalmente, sem condições, devido à sobrecarga [...] [as pessoas] não prestam serviço de qualidade doentes [...] a gente tem muita questão de assédio [...] de muitas sobrecargas... isso é uma coisa que traz muito adoecimento mental e físico... eu digo que praticamente as condições de trabalho, as relações de trabalho hoje são relações adoecedoras, que a gente precisa colocar o dedo na ferida para ver se a gente consegue melhorar.” - Amazonas.

“A gente tem tido um aumento muito grande de adoecimento, de isolamento social, de hiperatividade, coisas que são relacionadas a questões psicológicas como sono, que as pessoas vêm se privando... o aumento da obesidade... a gente vê esses impactos muito fortemente – Ceará

“Nós observamos que o adoecimento do trabalhador, principalmente pós-pandemia, em se tratando de doenças psíquicas, aumentou muito... e até em função da carga horária que esse profissional dedica ao trabalho propriamente dito... nós temos muitos problemas de saúde mental em função das más condições de trabalho, como também do adoecimento em função da carga horária [...] da falta de contratação [...] a gente vê um adoecimento muito grande do profissional.” – Distrito Federal

“A gente tem um índice enorme de adoecimento, principalmente por problemas de sofrimento psíquico dos trabalhadores [...] a gente teve inúmeros casos de suicídio, aqui no estado, de trabalhadores dentro das unidades de saúde, abuso de substâncias químicas, muitas delas acessíveis somente a quem era trabalhador da saúde...” – Goiás

“[...] Para quem viu a construção de um SUS, que tinha - tem ainda - seus princípios e diretrizes [...] que todo mundo aprendeu a respeitar, a construir... tudo [as condições de trabalho] tem uma implicação enorme, até na saúde do trabalhador, tem muito trabalhador adoecendo com tudo isso, adoece e fica

coagido, sofre muito assédio psicológico... porque você não pode gritar, você não tem direito a fala, você tem que obedecer...” – Mato Grosso

“[Há] muitos relatos de adoecimento mental por parte das trabalhadoras e trabalhadores... por uma lógica de trabalho que visa outras coisas e não a saúde, o cuidado... hoje [estamos] vivendo uma precarização agressiva das condições de trabalho aqui no estado do Piauí...” - Piauí

“[as condições de trabalho] não está bom, não... adoce mesmo a gente, a gente está adoecido, cansado [...] se sentindo muito desvalorizado... e isso não é não sabido pelo gestor, o gestor sabe [...] quando a gente não tem condição de trabalho [favorável], isso reverbera para o usuário e a gente adoce, fica afastado e fica menos profissional ainda...” – Pernambuco

“na minha área de enfermagem existem muitos casos de depressão, de suicídio, suicídio inclusive em um local de trabalho [...] também se está criando comitês de assédio, assédio moral e assédio sexual nos ambientes de trabalho, porque existe muito assédio... chega uma hora que o trabalhador realmente pira, explode... tem muito adoecimento de saúde mental, tem muito descontentamento, tem muito descumprimento, por exemplo, das convenções coletivas de trabalho...” – Rio Grande do Sul

“[há uma] nova pandemia da saúde mental... a gente tem relato de que tem muitos trabalhadores afastados por questões de saúde mental, principalmente agravado depois da pandemia da covid-19 [...] eu não tenho também um número para te dizer sobre suicídio, mas eu sei que existem muitos casos de suicídio em trabalhadores da saúde e isso foi agravado depois da pandemia... a gente precisa provocar estudos que nos deem essa base de dados, para a gente poder falar com mais qualificação sobre isso [...] eu tenho recebido [na escola] pessoas que vêm de outras unidades com este problema de saúde mental, medicalizados, com acompanhamento psiquiátrico.... para ver que a relação de trabalho realmente ainda está impactando a saúde mental dos trabalhadores.” - Rondônia

“Se você pegar a estatística de afastamento pelo trabalho, está muito a questão de saúde mental... é muito alto, mas a gente não vê um trabalho nesse sentido para o trabalhador.” - Roraima

Providências institucionais em relação às condições de trabalho no SUS

Por fim, é importante que se registrem as declarações de dois conselheiros representantes dos gestores e de um representante dos usuários sobre as providências que vêm sendo discutidas e/ou encaminhadas e/ou adotadas em algumas localidades em relação às condições de trabalho no SUS:

“... há um estudo feito pela própria Secretaria [de Saúde do Distrito Federal] [...] para melhorar essa recepção do trabalhador quando ele volta de um atestado médico, longo principalmente, na ambientação dele no retorno, ver qual área que ele pode desenvolver... e também de acolhimento dos novos servidores que passam em um concurso, dando a ele o carinho, o trabalho adequado, que a gente sabe que é feito na iniciativa privada e que tem um retorno muito bom... isso está sendo preparado agora, eu vejo com bons olhos esse trabalho que acho que vai ter um retorno adequado. - Distrito Federal

“A nossa Sesau [Secretaria Estadual de Saúde] tem feito um esforço [para a implantação] de ouvidorias nas unidades... a gente está propondo também uma ouvidoria para os servidores da saúde, aquela ouvidoria que possa acolher as demandas do trabalhador e não só demandas de usuário, para poder instruir como que a gente pode, como instituição, melhorar as relações de trabalho com os nossos trabalhadores e cuidar melhor de quem cuida... tem esse tipo de coisa que a gente [do Conselho Estadual de Saúde] está propondo para a gestão e a gestão tem acolhido nossas ideias. [...]”

“[...] nós temos como melhorar o que a gente já tem feito aqui, buscando que esse trabalhador se sinta mais feliz, mais protegido, mais valorizado, não só a valorização salarial, mas a valorização quando ele consegue se capacitar a fazer uma atividade, quando ele consegue pontuar e progredir na carreira, quando ele faz um curso, quando ele se capacita cada vez mais.” – Rondônia

“Nós chegamos no Conselho [Estadual] e recomendamos à gestão que não gastasse dinheiro com implantação ou reforma de unidades, que jogasse tudo na questão assistencial e isso implicava, inclusive, na questão dos próprios funcionários... [estamos] tentando hoje recuperar ações que foram importantes, deixaram de ser feitas, isso em vários aspectos, questão de humanização, questão não só do paciente, mas do trato com o funcionário, trabalho digno, humanizado [...] a gente está tentando recuperar e trazendo algumas questões, inclusive para os conselheiros” – São Paulo

A aplicação dos demais princípios da NOB RH SUS

A pesquisa buscou também especular a situação dos demais princípios tratados na NOB RH SUS nas localidades em que atuam os conselheiros entrevistados, a saber: educação permanente, financiamento para o trabalho, Plano de Cargos, Carreiras e Remuneração (PCCR), Planejamento Estratégico da Gestão do Trabalho, mesas de negociação no SUS, saúde dos trabalhadores e participação dos trabalhadores nos Conselhos de Saúde.

Plano de Cargos, Carreiras e Remuneração - PCCR

Quanto aos Plano de Cargos, Carreiras e Remuneração, os depoentes indicaram sua existência – ou não - nos estados e municípios e alguns aprofundaram a descrição

de alguns dos aspectos que julgavam importantes nos processos de criação e implantação dos PCCRs e/ou em seus dispositivos.

“O estado e o município tratam disso [PCCR] com muita timidez... já fazia um tempo que eu não via nenhuma roda de conversa no sentido de estar conversando sobre PCCR no Acre [...] tem uma empresa, eu não sei nem se é legal contratar uma empresa para discutir isso, eu não tenho muita opinião nesse sentido, mas pelo menos está discutindo... começou-se, tomara que finde, porque outras vezes já começa e não termina [...]

[...] tem município aí que já está com mais de 20 anos que não atualiza seu PCCR, por exemplo, [e] o estado não foge muito dessa realidade... eu não posso dizer que nada está sendo implantado no Acre com base nessa normativa [NOB], mas também aquilo que está sendo colocado na prática não está sendo visto com muita clareza... é mais [...] meia boca mesmo... tipo assim: “vamos seguir aqui que é obrigatório” - Acre

“Apesar da lei mandar fazer [PCCR], fizeram só dos técnicos de enfermagem, isso foi acatado... hoje temos há um ano os agentes de endemias de greve [...] um ano de greve, querendo apenas que seja cumprida a lei [...] isso fere muito e cai a qualidade, porque [...] o trabalhador tendo seus direitos garantidos, vai trabalhar melhor para atender a população... e isso afeta diretamente aos usuários do sistema” - Alagoas.

“No estado do Amazonas, a nível estadual, nós não temos um plano de cargos, carreiras e salários... o governo falou que ele lançou o plano de cargos, carreiras e salários, alguns trabalhadores entraram nesse plano [...] por que não incluírem todos os trabalhadores?... como é que eu faço um plano de cargos e salário para alguns trabalhadores e outros não?... qual foi o critério? nós temos o plano de cargo, carreira e salário, já foi colocado lá [...] saiu no Diário [Oficial], mas alguns trabalhadores foram receber, outros não [...]

“O município de Manaus tem um plano de cargos e carreiras [lá] conseguiram fazer esse processo... nos demais municípios nós não temos... pelo menos não tem relatos.” – Amazonas

“Aqui na Bahia, os planos de cargo e carreira flutuam muito de acordo com a categoria... categorias que [têm] força política conseguem fazer com que esses planos de fato cumpram o papel de fazer a progressão, essa possibilidade de avançar dentro do próprio lugar que está [...] esses instrumentos são identificadores das diferenças... e aí você vai pegar a categoria da enfermagem, taí até agora lutando pela implementação do piso... aí foi desnudado pra mim o que esses instrumentos faziam... alguns ganharam alguns apetrechinhos que esses próprios planos traziam, que era insalubridade, que era uma tal de GID (Gratificação de Incentivo ao Desempenho), aí tinha não sei o quê... na hora de pagar o piso, descobre que quem recebia isso tudo lá no plano tinha que somar pra depois dar o piso, então tinha gente que já ganhava mais do que o piso... [...] as normas que criam o plano deveria deixar de forma mais clara aquilo que é

fixo, aquilo que é flutuante, aquilo que não depende do esforço individual, do ponto de vista da progressão, da formação... a insalubridade [por exemplo] é se você estiver em algum lugar que de fato seja insalubre, já o processo de formação, se você se forma, aí você é nível médio, faz o superior, você progride, isso aí é muito do desempenho, também do esforço e do estímulo que a própria instituição pode dar para esse indivíduo [...] hoje aqui na Bahia, os agentes de saúde também são uma comprovação disso, do quanto o plano de cargos e salários, o quanto as normas atendem, mas, na hora que você vai para a prática [...] tem município que ainda tem agentes de saúde de Redas [Redes Regionais de Atenção à Saúde], tem município que tem agentes de saúde que se formaram em enfermeiro, em advogado, em um monte de coisa que o plano de cargo e salário não atende a essa evolução, porque ele atendeu só pra ser agente que vai carregar uma sacolinha, que vai sair por aí atendendo a população, fazendo visita e tal [...] no plano de cargo e salário, ele não tem uma progressão para um lugar maior... então, você tem hoje, em alguns lugares, alguns trabalhadores [para os quais] isso vira um instrumento de desesperança... tem pessoas que estão em locais de trabalho que [...] não tem a garantia do plano de cargo e salário, que atenda a formação, que atenda o processo de progressão, que inclusive seja algo desafiador - o plano de cargo e salário bom precisa ser desafiador também [...] então, não ter isso que progride, não ter as condições, e aí eu diria que o problema não é na norma [NOB], a norma, prevê o plano de cargo e salário, ela prevê toda uma possibilidade de criação de condições, para que o indivíduo de fato tenha, mas falta muita vontade política [...] hoje, as normas estão muito dependentes da vontade política... em alguns lugares anda quando há uma organização mais forte dos trabalhadores, das trabalhadoras, ou uma pressão de sociedade, mas em outros lugares não... não é à toa que o melhor plano de cargo de salário hoje, se a gente fosse eleger, é dos médicos... nos demais, você vê muita diferença de município para município... a gente tem uma norma que orienta, mas a ausência de ter uma política mais estadualizada, mais nacional, a carreira do SUS, algo que estabelecesse, de fato o que [...] deveria todo mundo cumprir, traz a ausência... e aí eu trago como exemplo essa questão do piso da enfermagem: um enfermeiro que está no público já resolveu, um enfermeiro que está com a vinculação em unidades que o serviço público faz repasse, já resolveu, mas quem está lá na clínica, paga o piso se quiser e se os sindicatos tiverem força... de alguma forma, [os] planos de cargos e salários, [as] normas acabam dependendo da vontade política de cada lugar, de cada ente, de cada gestor, gestora ou de cada governo [...] tem uma variedade muito grande de situações. “ – Bahia

“A gente tem [PCCR] dentro do Estado, mas ainda não corresponde às necessidades” - Ceará.

“Pelo que eu sei... há um trabalho em desenvolvimento pelo pessoal da contratação de RH [Recursos Humanos] da Secretaria de Saúde visando não só programas de carreira, como o melhor acolhimento desses profissionais quando eles chegam, o tratamento dos profissionais com capacitação, com educação,

enfim, melhorar a vida do profissional na Secretaria de Saúde.” Agora, que eu saiba, pode ser que eu esteja errado, que está se começando o trabalho nessa direção.” – Distrito Federal

“Bom, tem discussões [sobre PCCR], mas não avançam como as categorias querem” – Espírito Santo.

“Em muitos dos municípios onde a gente conseguiu fazer elaboração de plano de carreira, negociar com a gestão para criação de plano de carreira, esses planos não se efetivaram, porque [...] muitos municípios não cumpriam as progressões, a gente acabava tendo que judicializar ... em 2010, nós fizemos um plano de carreira aqui do município de Goiânia, que foi um plano considerado relativamente avançado para a época, mas já tivemos vários problemas em relação ao cumprimento desse plano [...] hoje ele carece de revisão, ele carece de ser rediscutido em inúmeros pontos, mas a gente não consegue estabelecer uma mesa de negociação e avançar naquilo que ele precisa ser revisto... aqui em Goiânia, a gente teve que [...] judicializar para garantir que a lei [...] pudesse ser cumprida... alguns municípios subdividiram um plano que era único para todos os trabalhadores por categorias, que foi uma forma de dividir inclusive a luta dos trabalhadores, porque você cria categorias que têm vantagens maiores em detrimento da outra [...] no estado, em 2014, a gente teve a elaboração de um plano de carreira que foi agora, no final de 2023, modificado [...] o governo do estado fez um novo realinhamento, um novo paradigma [...] criou vários cargos subdivididos, entre eles de médicos e cirurgiões dentistas, conferindo, por exemplo, para médicos e cirurgiões dentistas percentuais mais elevados do que para todos os outros.” – Goiás

“A nível de estado tem o plano de cargo de carreira que foi criado praticamente 20 e poucos anos atrás e de lá para cá, não evoluiu [...] tem muita pressão de classe de trabalhadores... por exemplo, o segmento dos profissionais da saúde de enfermagem [...] eles se organizam e metem pressão na gestão para fazer uma lei de carreira para eles... os ACS (Agentes Comunitários da Saúde), também... eles não discutem um plano de cargos de carreira da saúde de Cuiabá, da saúde do Estado [...] [...] tem uma portaria que foi editada pela SES (Secretaria de Estado da Saúde), que constitui um grupo de trabalho de representantes da gestão da Secretaria de Saúde de Mato Grosso e do sindicato de servidores do Estado de Mato Grosso, o Sesma, para realizar um estudo de atualização da lei complementar número 441, que é a lei que criou a carreira do trabalhador do estado [...] ela é de 2011, que dispõe sobre a carreira profissional do sistema único do SUS da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso... eles já constituíram esse grupo – Mato Grosso.

“o Estado tem um Programa de Cargo, Carreira e Salários na saúde, que ficou completamente ineficiente em função de que, só tendo aumento do salário-

mínimo, os salários reais de todo mundo caíram assustadoramente... o salário-mínimo hoje é praticamente dominante no setor...” - Paraíba.

“Tem um plano [PCCR] em Pernambuco e nos municípios do estado... agora, são planos que ao longo do tempo foram [...] encurtando direitos, restringindo as possibilidades de trabalho do profissional no SUS... ele não é o ideal, não é tão bom como deveria ser para o trabalhador... estão sendo aplicados [PCCS], mas é algo que precisaria melhorar bastante [...] mas é melhor ter um plano de carreira do que não ter... mas a gente vê uma resistência muito grande da gestão em rediscutir, porque tudo que você faz como uma legislação, no ordenamento, ele precisa ser atualizado, ele precisa ser modificado, ele precisa ser ajustado... o serviço de saúde de 10 anos atrás, não é o mesmo de hoje, as necessidades não são iguais e a gente vê muita resistência nessa questão de aprimorar... quando é para discutir, eles querem discutir sem a participação do trabalhador...”

“O Piauí aprovou, não especificamente para a saúde, mas aprovou um plano, ainda já lá no começo dos anos 2000, um plano de carreira e salário para servidores públicos de maneira geral... isso não foi atualizado ao longo dos anos, mas existe um plano” – Piauí

“O estado tem o seu plano de carreiras aqui na saúde, na Secretaria Estadual de Saúde [...] mas existe uma certa carência [...] não é tanto quanto deveria ter. Mas planos de cargos, tem sim... o Estado tem e a saúde em especial tem também.” – Rio Grande do Norte

“Não tem [PCCR, no estado] ... já houve várias tentativas, inclusive de sindicatos [...] e agora eles estão estudando um plano de carreira único, não só para a saúde... mas isso pode ser prejudicial para os profissionais de saúde... um plano de carreira único para todos os trabalhadores do Estado... mas não existe ainda, ele está em construção.” – Rio Grande do Sul

“[a] luta pelo Plano de Cargos, Carreira de Salários da saúde estadual foi uma luta vitoriosa... iniciou-se em 2013, teve um intervalo significativo da aprovação do plano em 2018, mas os efeitos financeiros desse plano só conseguimos conquistar em 2021, mesmo assim, parcialmente [...] [mas] aprovamos um plano de carreira com o estado em calamidade pública e financeira, durante uma pandemia[...] quando a gente aprova o plano de carreira em 2018, cria-se uma esperança na categoria, porque [...] a média salarial, iria dobrar, quase triplicar [...] o plano de carreira vinha com a proposta de fazer a evolução dos vencimentos [...] só que essa proposta nasceu com uma obstrução... o governador introduz um dispositivo dizendo que o plano de cargos seria aprovado, mas a majoração remuneratória toda teria que aguardar a extinção do regime de recuperação fiscal, que tinha vigência de três anos, prorrogada por mais três, ou seja, seis anos... já estávamos aguardando vinte e tantos anos atrás, trabalhando, pediu mais seis [...] mas a gente conseguiu começar a

pactuar na ALERJ [Assembleia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro] que passaria a vigorar durante o regime... o projeto de lei foi alterado no parlamento [...] até agosto de 2021, a média salarial era R\$ 2.600, e agora, com o plano de carreira... foi para R\$ 5.900... nós fizemos isso em um estado em regime de recuperação fiscal, um estado que, por vários anos, estava realmente com o limite prudencial de gasto superado, mas tinha uma categoria que, desde 2002, não foi contemplada na reformulação do plano de carreira [...] o nosso plano no estado tem isonomia na carga horária e na remuneração, por nível de formação... o auxiliar de enfermagem ganha a mesma coisa que o auxiliar de raio X, que o técnico de laboratório, o técnico de enfermagem ganha a mesma coisa que o técnico de raio X, que o técnico de laboratório, o farmacêutico ganha a mesma coisa que o médico, que o dentista, que o enfermeiro, e todos com uma carga horária de 24 horas semanais [...] e uma remuneração que está digna, está muito melhor do que nós estávamos percebendo até 2021 [...] desde 2014, nós investimos fortemente para que o PCCS torna-se realidade... agora que ele está parcialmente implementado, a gente quer, na mesa de negociação [é] a garantida da implementação plena e que os próximos concursos públicos deem acesso ao trabalhador a esse plano de carreira e não a outra condição”

A prefeitura do Rio de Janeiro tem um plano de cargo de carreira de remuneração de 1992 [...] esse plano de carreira foi emendado, mas não é cumprido integralmente até hoje, porque o adicional de qualificação [...] nunca foi regulamentado [...] e a lei definia prazo de 60 dias para o prefeito regulamentar à época [...] [nenhum] dos prefeitos efetuou [desde então] a regulamentação desse dispositivo [...] não temos [até a data da entrevista] uma proposta estruturada da prefeitura do Rio para a reformulação do plano de carreira” – Rio de Janeiro

“O estado de Rondônia tem o PCCR [...] tem dois anos que nosso PCCR foi aprovado e está vigente [...] já existe” – Rondônia

*“Atualmente, alguns municípios têm o plano [de carreira] voltado exclusivamente para a saúde... só não [se] conseguiu fazer ainda a carreira do SUS, porque é um sonho ainda essa questão de fazer um plano para a carreira do SUS, mas para a área da saúde tem um específico... [tem] aqui na capital, que concentra a maior população do estado [...] e a Secretaria de Estado também tem um PCCR só voltado para a saúde, que me lembro [em] dois ou três municípios de interior.”
- Roraima*

“Acho que é de uns 10 anos atrás o último plano de cargo e salário... tem tanto para a área de saúde quanto para a área administrativa da saúde.” – São Paulo

Houve também avaliações e críticas sobre a abrangência dos PCCRs, como, entre outras, a que segue:

“A gente precisa pensar nesses trabalhadores do Sistema Único de Saúde como um corpo único. Não dá pra gente ficar esfacelando, cada um numa carreirinha, cada um é uma categoria... e se a gente não pensar em todos como trabalhadores do SUS, a gente também não vai ter Sistema Único de Saúde pra poder fazer discussão de normas, de nada [...] [o que acontece é] essa subdivisão, esse esfacelamento dos trabalhadores, fazendo com que acabe criando um clima de oposição, como se um trabalhador estivesse contra o outro, porque você ganhou mais, você ganhou menos, e não se reconhecem como um todo. - Goiás

Ainda foi registrado um comentário sobre a impunidade diante do não cumprimento das exigências legais em relação ao PCCR:

“Eu sou muito questionador em relação a isso... a nossa lei, 1.142, ela fala muito bem sobre essa questão de cargos, carreira e salário, que onde não tiver isso aí os estados ficam ausentes da Federação, ficam impedidos de receber os recursos... tem que ter conselho de saúde paritário, tem que ter comissão de cargo, carreira e salário e isso, em tese, para ser bem objetivo, praticamente, não existe porque não funciona... a lei diz [que] não recebe o recurso se não tiver a comissão de cargo, carreira e salário, mas todo mundo recebe o recurso, então se eu recebo, mesmo sem ter, eu vou continuar recebendo e vou continuar sem ter a questão do cargo, carreira e salário.” - Maranhão.

Planejamento Estratégico da Gestão do Trabalho

Também se solicitou aos entrevistados que fornecessem informações sobre a implementação de Planejamento Estratégico da Gestão do Trabalho nas Unidades da Federação que representam. Destacam-se, a seguir, alguns depoimentos e reflexões sobre o tema:

“Tenho [...] uma fala muito crítica [sobre o Planejamento Estratégico da Gestão do Trabalho] [...] aqui no meu estado, pouco se fala de gestão do trabalho, agora, com a chegada da conferência é que a gente consegue conversar um pouco, a nível de conferência, mas isso dentro da gestão... na verdade, a gente teve até dificuldade de identificar quem era a pessoa responsável pela área no estado [...] e nos municípios não se fala muito disso... falar de gestão de trabalho, você está falando de pessoas que vão se qualificar, dar condição de qualificação, dar condição de conhecimento, dar condição para que as pessoas se envolvam mais na sua função de trabalho, talvez, na gestão do trabalho... e aí [...] muito sufoca essa temática da gestão [...] indicações de cargo em comissão até de pessoas que não têm qualificação alguma para estar na função [...] essa área que é muito importante para os trabalhadores... e, por sinal, uma atuação boa nessa parte chega [...] com bom proveito ao usuário de saúde.” – Acre

“Aqui não tem [Planejamento Estratégico para a Gestão do Trabalho].” - Alagoas

“Eu acho que a gente quase não fala disso aqui no meu estado, tem muita dificuldade... e toda vez que a gente fala disso, a gente fala assim: ‘não, mas é muito difícil, porque o custo do Amazonas é muito grande... mas... se os outros conseguem, por que a gente não consegue encontrar um jeito amazônico de implementar essas normas, mas que tenha critérios dentro da norma?...” - Amazonas

O plano estratégico está sendo discutido agora, a ideia é que a gente leve para a Conferência [...] há também, eu diria que uma disputa... todas as vezes que se fala em discutir planejamento estratégico, plano de gestão do trabalho e educação em saúde, se confunde muito com a pauta do sindicato [...] com a pauta de classe... não se discute de uma forma mais ampla [...] não tem um plano estratégico, [...] as necessidades são as mesmas, há ausência de mesas permanentes de negociação, ausência de inserção dos trabalhadores nos processos também... tipo, nós estamos no enfrentamento da dengue, mas raros são os municípios que estão envolvendo os agentes de endemias, agente de endemia é muito visto como aqueles agentes que têm que ir para campo para matar o mosquito da dengue... eles não são só isso [...] eles são pessoas que atendem, que conversam, que visitam, que sabem o comportamento da sociedade e poderiam ser inseridos nas definições estratégicas... [...] acho que aqui na Bahia, nós estamos instalando, sim, um processo de discussão... acho que haverá um avanço muito grande do ponto de vista da gente ter esse plano aprovado na Conferência, mas o sentimento que se tem [...] [é que] a gente está indo discutir um plano estratégico [...] e está com medo que o piso do enfermagem vai tomar a discussão do plano [...] ou será que a gente vai fazer a conferência onde as propostas serão dizer que o município não atendeu um monte de coisa e que esse prefeito não vai ganhar? [...] a gente está vivendo um momento onde a ausência da escuta mais permanente faz com que os planos se revertam a pautas, e não a algo estratégico [...] para orientar ou até sanar problemas das próprias categorias... e também, por último, é que há um esquecimento, que ao discutir um plano estratégico de gestão do trabalho e educação em saúde, a população também faz parte, não é peça só do trabalhador a política de gestão [...] fala da valorização do trabalhador, mas fala também da humanização, fala também de coisas que interferem na vida da população, fala também de saber escutar a população e de que a política pública é feita para os usuários do Sistema Único de Saúde, que eles precisam também ser ouvidos e que não pode estar desassociado um plano de gestão do trabalho de um plano de educação popular em saúde... às vezes, o sentimento que a gente tem é que a população não discute isso, que não é objeto de interesse... e quando a gente vai para a conferência ou chama uma discussão como essa [...] aparecem os trabalhadores e trabalhadoras que teoricamente parecem que [são] a classe [...] interessada..., ou os gestores” - Bahia

“Eu acho que [a gestão do trabalho] é falha, que ela poderia ser mais bem trabalhada, mais bem organizada [...] ela não é feita de forma cuidadosa com os trabalhadores [...] a gente ainda vê muito [o trabalhador] como recurso humano [...] como se o recurso humano [tivesse] a mesma perspectiva do recurso material [...] eu acho que a gente ainda é muito falha com a questão de gestão de trabalho, e não só em se tratando do estado específico, mas do Estado em geral, a gente ainda não olha para a gestão de trabalho a pensar isso de uma forma planejada [...] Por que a gente precisa de sete assistentes sociais e a gente precisa só de cinco psicólogos?... quem foi que disse que a gente só precisa de cinco?... e por que diz que a gente só precisa de três profissionais de educação física?... será que a gente só precisa de sete assistentes sociais?...onde é que a gente vai buscar essas informações? [...] e como é que a gente, na nossa produção do território, a gente consegue dizer o que é que precisa mais, o que é que precisa menos?... então, ainda precisa desse planejamento da gestão do trabalho [...]

[...] Eu acho que que é daí que vem o sucesso do “Mais Médicos”... porque há um planejamento desde você olhar pra formação na graduação até a absorção desse profissional, sendo ele especialista ou recém-egresso da graduação... e pra onde é que ele vai, onde é que ele vai, onde é que ele vai ser necessário [...] a gente já teve questões em relação a cessões, a trabalhadores que estavam cedidos... recentemente a gente teve uma trabalhadora que estava cedida para o governo do estado, que o prefeito do município dela baixou uma portaria, convocando todo mundo de volta, ela entrou em contato com o estado para dizer que essa era a situação, como é que ela procedia e ela chegou às vias de estar ameaçada de exoneração por abandono do trabalho, porque a gestão do trabalho não fez esse trâmite que é de sua responsabilidade [...] se o ente municipal entra em contato com o ente estadual e diz, olha, esse trabalhador que passou no concurso estadual e foi lotado do meu município, a gente não quer mais trabalhar com ele, cabe ao ente estadual ver o que é que vai fazer com esse trabalhador... pra que ele não chega ao ponto de ficar sem os proventos do seu trabalho... não é responsabilidade dele... ele está aprovado no concurso do estado e o estado é que vai fazer essa lotação dele [...]

[...] “[A gente tem] a CTGT [Câmara Técnica de Gestão do Trabalho] da Sesa [Secretaria Estadual de Saúde], que se ocupa muito da gestão do trabalho [...] a gente também tem que falar as coisas boas [...] uma coisa bacana que a secretaria [...] tem feito - pelo menos é essa justificativa que eles têm dado pra gente do controle social e a gente das categorias -, é que eles não estão fazendo a absorção imediata de todos os concursados, porque eles estão fazendo um processo de sombreamento, que é ... ir fazendo com que as pessoas se adaptem aos seus espaços socioassistenciais, porque não dá para tirar todo mundo que já trabalha naquilo ali, que já tem experiência, que já tem vínculo, que já consegue dar conta do serviço, principalmente, porque são hospitais, na sua grande maioria, de alta complexidade e colocar profissionais que passaram num concurso e que não necessariamente têm essa vivência cotidiana... isso é

positivo, porque isso dá uma conotação de que está tendo um cuidado e um processo de gestão do trabalho” - Ceará.

“A gente faz muito essa discussão da questão do planejamento estratégico, da participação ativa das representações dentro do [Conselho Estadual], para que a gente possa discutir os planos de saúde, os objetivos, as metas, as diretrizes, ser de fato cogestor das políticas públicas de saúde, mas a gente tem avançado muito pouco... primeiro, porque não tem uma gestão qualificada, a gente continua tendo nos cargos de gestão pública as indicações políticas... não tem qualificação dos profissionais que atuam nesse setor e acaba se transformando num balcão de negócios... fica muito difícil falar em planejamento da gestão, sendo que não tem um planejamento que considere profissionais qualificados para a realização e execução desses planos e dessas políticas públicas... dentro do que a norma propõe [talvez] tenha sido um dos pontos que a gente menos tem avançado...” – Goiás

[O planejamento estratégico da gestão do trabalho] é muito tímido, não se preocupam muito com isso aqui.” – Mato Grosso

“Nós participamos [alguns conselheiros estaduais] de várias reuniões [...] com alguns representantes da gestão do estado, para a elaboração do Plano Estadual de Educação Permanente no Estado de Minas Gerais e aí ele ficou pronto em 2016, se não me engano, 2018, por aí, e nunca colocaram em prática, engavetaram [...] ano passado, com o novo governo federal, com a nova gestão lá do Ministério da Saúde, é que começaram a rever essa questão [...] o diagnóstico foi que [...] gestão, trabalho, educação e saúde tem que estar integrados... elas são muito separadas, cada uma nas suas caixinhas. .. a gente tinha a impressão de que era descentralizado, que Minas Gerais trabalha com macroáreas e microáreas [mas] elas estão descentralizadas só no papel, de fato não há, efetivamente, a gestão, trabalho, educação e saúde [...] foram muitos pontos que a gente levantou também com relação a essa questão... deixa muito a desejar a questão da equidade...a questão da atenção às mulheres, que são a maioria da força de trabalho na saúde, principalmente no sistema único de saúde” – Minas Gerais

“No Estado, existe planejamento estratégico da gestão do trabalho. [...] ele é uma coisa positiva... também a gente não tem deixado que não tenha esse planejamento estratégico discutido com os trabalhadores [...] - Pernambuco

“A gente tem que trabalhar para isso [PEGT] ser plano de Estado e não de governo [...] porque essas descontinuidades, a gente dá um passo pra frente e três pra trás [...] precisa criar mecanismos legais que transformem em política de Estado.” - Piauí

“O PEGT está em andamento... esse plano está sendo construído e vai ser pactuado na CIB, na Comissão Intergestores Bipartite... o Conasems (Conselho Nacional de Secretarias Municipais) está participando desse programa aqui no Rio, junto com a Secretaria Estadual de Saúde e com as comissões de intergestores regionais.... a ideia é ter um plano estadual de fato, que os municípios possam aderir e possam repensar a política de gestão de pessoas, de gestão de trabalho no território fluminense... o Rio de Janeiro já recebeu um aporte financeiro de 500 mil reais, num total de R\$ 2,5 milhões para entregar este plano, aprovado... e daí adotar as ações [previstas]... este plano está sendo feito pela gestão... nossos trabalhadores e seus representantes não estão tocando este plano... temos a representação do controle social, o Conselho está lá com alguns representantes...” - Rio de Janeiro

“Temos [Planejamento Estratégico da Gestão do Trabalho]. Inclusive, desde o ano passado, com a reativação da SGTES [Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde], do Ministério da Saúde, houve um estreitamento das relações com as escolas de saúde pública, com a rede SUS, com as secretarias também estaduais... foi reativado um dos segmentos que é a gestão da educação e também a gestão do trabalho... Rondônia sempre está envolvida em todas as negociações referentes a esse nicho, inclusive da construção do PGETS [Planejamento Estratégico da Gestão do Trabalho na Saúde] ... a gente já, inclusive, conseguiu aprovar em CIB [Comissão Intergestores Bipartite] a pactuação do uso do recurso para que a escola ordene como esse recurso vai ser executado dentro das ações do plano... Então, o planejamento estratégico, desde o início, está muito bem fundamentado, já está pactuado em CIB e já foi apresentado no Conselho Estadual de Saúde também.” - Rondônia

“[O Planejamento Estratégico da Gestão do Trabalho] está sendo construído conforme foi orientado na oficina regional de Curitiba [...] mas neste momento não existe... e até a gente considera fazer um plano a partir de uma conferência, mas o Rio Grande do Sul tem que esperar um pouco, se ajeitar [em função das inundações]” – Rio Grande do Sul

“Não existe [Planejamento Estratégico da Gestão do Trabalho em Rondônia] ... inclusive, nesse novo manual do PEGETS, a gente vê que a gestão do trabalho se limita muito à questão de folha de pagamento... e aí a política mesmo de gestão do trabalho fica muito aquém... é muito cartorial ainda essa questão do planejamento de gestão do trabalho” - Roraima.

Educação Permanente

Muitos dos entrevistados discorreram sobre a educação permanente, tanto relatando a situação dos estados em relação à questão, quando avaliando-a e ressaltando sua importância. Em vários depoimentos estabeleceu-se a necessidade de que o processo de educação permanente seja associado a melhores condições de

trabalho e de remuneração, de modo a evitar que o investimento público na formação dos trabalhadores beneficie a iniciativa privada, uma vez que a precariedade impulsiona a migração dos trabalhadores para a saúde privada, impedindo a retenção do conhecimento no SUS. Houve também questionamentos sobre o conteúdo dos cursos de formação e apontada a importância de que se voltem às necessidades dos profissionais.

“Em se tratando de recursos, há necessidade de fazer investimentos [em educação permanente], mas principalmente a vontade de fazer educação em saúde para os trabalhadores [e] além da questão de garantir o investimento [tem que] enriquecer mais os mecanismos para isso... isso se trata muito com timidez nos estados, posso dizer, principalmente no meu estado... aqui não tem [...] uma escola de educação e saúde ainda... já está em fase de implantação, é bem verdade, e acreditamos que com a implantação dessa escola muito vai mudar...”
– Acre

[na educação permanente] a gente está avançando... trabalhamos muito nos interiores, mobilizamos muito os trabalhadores dos interiores e há uma capacitação, porque fizemos uma parceria com a GEPs [Gerência de Ensino e Pesquisa]... mas por parte dos gestores, como antigamente, que havia capacitações específicas para cada profissional, não, não tem mais isso, acabou e isso é um prejuízo enorme na qualidade do profissional, porque você precisa ser capacitado para poder desempenhar bem a função [...] aqui mesmo estão fazendo capacitação com os nossos técnicos, que é para melhorar as condições de atendimento [...] a gente tem avançado nisso... eu só vejo a falta de interesse do gestor para o trabalho da capacitação por área, para que melhore as condições de trabalho desses profissionais [...]

A gente tem um trabalho aqui que é a Comissão de Educação Permanente, junto com outros trabalhadores, a gente trabalha nessa questão da conscientização, mas muito pouco... [A Comissão] é dentro do Conselho, no Estado [...] hoje você não tem uma capacitação sequer... isso é muito ruim... porque capacitação não é gasto, é investimento... um gestor que vê uma capacitação como gasto, ele está equivocado... a gente faz aqui [no Conselho][capacitação] individual, com os conselheiros, com os técnicos [...]

[...] A gente vê hoje um atendimento muito aquém do que a população precisa [devido] ao preparo dos profissionais... não há capacitação, não há um preparo... apenas chama ele e bota ele para trabalhar, porque há um interesse político por trás.” - Alagoas

“A Bahia tem uma produção muito grande [sobre] educação permanente dos trabalhadores, mas, muitas vezes, ela se resumiu muito a esse processo de capacitação, a esse processo que não está muito ligado ao plano de cargos e salários... a educação permanente poderia estar mais vinculada ao processo de progressão do próprio trabalhador e da trabalhadora [...]

[...] e não pode ser também algo para dar respostas a determinadas situações daquele momento... se você for pegar agora, depois da covid, que nós fomos embebecidos pela tecnologia e você tem a capacitação através do tele isso, o tele aquilo, o tele aquilo outro, telessaúde... a capacitação [...] às vezes é muito transitória [...]

[...] ou às vezes é [para] uma mesma pessoa, [para] pessoas que não vão se vincular... embora a gente seja referência, o processo de educação em saúde pra mim ainda é muito limitado também do ponto de vista [de] que nós precisamos formar pessoas para o Sistema Único de Saúde, e não para o mercado, precisamos formar pessoas com essa concepção de educação e saúde, para que elas possam defender o SUS para que elas possam defender a questão da participação popular, de gestão participativa [...] a educação permanente, no meu entendimento, ela precisa ter uma rediscussão dos processos, não é sobre ensinar um agente a ser agente, mas é sobre ensinar um agente de saúde, um profissional, o porquê ele tem que defender o SUS, como é que é o papel dele ali, porque ele está inserido ali [...] a gente não pode só ofertar na educação permanente aquilo que as pessoas têm de expectativa para a vida delas... a gente precisa também trazer aquilo que tem de perspectiva para a mudança do serviço, da política pública, porque senão você vai estar formando pessoas que vão para o mercado [...] você garante um MBA em saúde pública e ela vai para a França... e aí a gente vai ter que formar outro de novo, e rezar pra que esse outro não forme e vá embora. [...] como é que a gente faz um processo de educação permanente, que o grande benefício seja a multiplicação dos processos e não a detenção do conhecimento...” – Bahia

[...] dado o processo de precarização do trabalho no SUS, a gestão do trabalho, às vezes, engole a educação na saúde.... se a gestão do trabalho, muitas vezes, ela só se faz ver pelos problemas, mas ela se faz ver nesse espaço, a educação na saúde, às vezes, nem pelos problemas se faz ver, é o secundário do secundário [...]

[...] Mas uma coisa que a gente avançou muito com educação permanente aqui no estado, embora a gente tenha muito pouco incentivo em relação a isso, é por meio das residências.... quando a gente tem residência, involuntariamente, a gente faz educação permanente, mesmo que não queira... no primeiro momento você já faz aquele processo de transformação daquele trabalhador e daquela trabalhadora que está no seu espaço [...] laboral, como técnico, ele vai fazer ali aquela mudança para docente... ele vai ali supervisionar a formação de outra pessoa... bem ou mal, precário ou não, ele é o responsável, o preceptor, pela supervisão daquela formação [...] eu vejo que hoje o principal ponto catalisador da educação permanente no estado são as residências... a gente acaba, organicamente [...] fazendo educação permanente [...] a residência da escola já fez dez anos [e] ela tem essa penetração... nós somos 184 municípios, eram 11 programas lá, hoje tem mais [...] acho que tem pelo menos uns 13 programas hoje na Escola de Saúde Pública, e desses 13 programas, três são comunitários: Saúde da Família, Saúde Mental e Saúde Coletiva... e a gente já passou por vários municípios, eu acho que atualmente está em 20 municípios

simultaneamente, então ele é interiorizado, traz essa possibilidade de que o interior do estado vivencie esse processo de educação permanente.” – Ceará

“Do meu ponto de vista, [a educação permanente] não é o adequado... até porque tanto na forma de especializações, como pós-graduação, como mestrado, não se cobra um retorno de aplicabilidade desses conhecimentos do profissional e até mesmo que ele passe para os outros profissionais o aprendizado [...] se a Secretaria de Saúde investe num profissional, isso seria normal [...] na iniciativa privada pelo menos funciona assim... eu estou investindo em você para o seu bem, para o seu conhecimento, mas eu preciso de um retorno... aqui na Secretaria não se exige muito isso... quando nós analisamos os relatórios de ajuste da Secretaria, a gente cobra muito [sobre a] capacitação, tanto no número de capacitação para os trabalhadores quanto na qualidade de retorno dessa capacitação feita [e] nós não observamos o retorno do conhecimento desse trabalhador quando vai à capacitação.” – Distrito Federal

“A princípio a gente tem o ICEPI (Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação) [...] que trabalha [e tem realizado] formações [...] também tem a ET [Escola Técnica e Formação Profissional da Saúde] [...] o teor dessas formações é uma outra situação [...] a gente precisa criar um mecanismo para essa avaliação, para ter um certo acompanhamento [...] vem sendo reiterada a necessidade da formação voltada para a humanização do atendimento e para o atendimento que realmente acolha a diversidade dos usuários do sistema de saúde... e a gente vê muita precariedade nisso... vê um tratamento muito ruim e negligente ainda acontecer... então, a gente questiona: que formações são essas que estão acontecendo?... cadê essa formação para humanização?... será que estão oferecendo da forma que precisa?... o que está sendo priorizado nas formações? [...] e não é só o médico, é o enfermeiro, é o auxiliar, é a pessoa que atende na parte da recepção, que está recebendo aquela pessoa pela primeira vez... as reclamações estão em diversos setores de quem atende o pessoal da saúde.” – Espírito Santo

“De 2000 até acho que 2012 ou 2013, a gente tinha os fóruns de educação permanente [...] eram comissões que discutiam essa questão da educação permanente, da formação de recursos humanos, da gestão de pessoas dentro do Sistema Único de Saúde, e havia várias propostas de avanço nesse sentido, inclusive trabalhando com educação popular, com formação ensino-serviço... as universidades com parcerias com as gestões municipais, estado [...] isso também foi algo que retrocedeu muito... a gente não tem praticamente iniciativas nesse sentido, exceto as residências [...] algumas residências multiprofissionais, mas que acabaram indo para a gestão dessas organizações sociais e [ficaram] muito deslocadas daquilo que o SUS precisa pra formação [com] profissionais que fazem outras discussões, outra formação, que não aquela que a gente pretendia para o Sistema Único de Saúde... também foi algo que, dentro das propostas da norma operacional, retrocedeu muito - Goiás

“A educação é a base para tudo [...] A faculdade dá o diploma, mas isso capacita o profissional de saúde a exercer de fato? Não, para mim, não... o que exerce é o dia a dia que você vai fazer, a capacitação no dia a dia [...] a educação na saúde, a preparação na saúde, ela vai complementar o diploma que você tirou da faculdade [...]

[...] A gente tem uma escola de governo, mas que [...] deixa muito a desejar [...] só ter a escola de governo é o importante? [...] tem que ter a condição para a escola de governo [...] estrutural, pessoal, recursos, equipamento, tudo [...] só ter a placa da escola de governo não vai fazer acontecer nada... nós, em termos de educação permanente, local, estadual, nós estamos zero.” - Maranhão.

“Nós estamos buscando credenciar e habilitar [para educação permanente]... o SESMT [Serviços Especializados em Segurança e Medicina do Trabalho] já está sendo habilitado e o Cerest [Regional] de Cuiabá [...] também já está tramitando... e quanto aos estágios, existem os estagiários aqui e [...] nós temos 26 instituições conveniadas aqui conosco... a gente já está supervisionando o campo de trabalho e tentando organizar um processo de formação com as instituições públicas e privadas, porque a formação é o mais importante para a gente captar esse trabalhador do SUS... A UFMT (Universidade Federal do Mato Grosso), está bastante avançada aqui nesse campo de formação [...]. – Mato Grosso

[...] Temos a Escola de Saúde Pública, que é uma escola formadora dos recursos do pessoal que trabalha no SUS, formação dos trabalhadores do SUS... em plena pandemia, o governador queria juntar ela com a Funed [Fundação Ezequiel Dias], que é uma indústria de medicamentos, de vacinas, junto com o hospital que está na área assistencial... ele queria juntar tudo justificando que era para agilizar, para centralizar... como assim centralizar, sendo que o SUS tem que ser descentralizado? [...] todo governo que entra aqui quer desmontar a Escola Estadual de Saúde Pública, a gente tem sempre defender essa escola, entra governo, sai governo [e] a gente tem que abraçar a escola e defender a permanência da escola de saúde pública de Minas Gerais [...] [o governador] desconstruiu a Funed, desfinanciou a Funed [...] enfim, não tem financiamento para educação permanente [...] a gente conseguiu que a escola de saúde permanecesse, que ela não fosse fechada, não fosse transferida para outros, que ela se mantivesse [...]

[...] a maior dificuldade sempre foi... reservar horário protegido para os trabalhadores e trabalhadoras, para capacitação, para formação no horário de trabalho [para] educação permanente [...] a gente pediu para incluir no plano estadual de saúde horário protegido, um quantitativo de horas por semana [...] a gente aprovou o horário protegido para os trabalhadores... a gente defende que tem que ter educação permanente direto... para o trabalho, no trabalho, pelo trabalho, para estar discutindo de forma viva, porque o SUS é muito dinâmico, [tem] muitos protocolos [...]

[...] a educação permanente é de extrema importância... tem que aumentar o financiamento e ter horário reservado e fazer as prioridades de acordo com o que cada local precisa.” – Minas Gerais

“Aqui, em Pernambuco, a gente tem a Escola de Saúde de Pernambuco... até a conferência estadual passada, não era seguro que ela ia continuar e na conferência a gente conseguiu pactuar que a escola permanecesse, que fosse algo do trabalhador da saúde de Pernambuco... ela é uma escola [de saúde] muito atuante, tem feito muitas formações da atenção básica, da média e da alta; discussão da política da gestão; do processo de trabalho; do fazer de cada profissão [...] a Escola tem se interiorizado, isso é muito importante, tem ido lá para o finalzinho de Pernambuco, já quase Bahia, trazido essa coisa para o interior da educação permanente... não é o ideal, porque o recurso ainda é justinho, limitado, mas eles estão feitos uma boa laranja das laranjas que eles têm na mão” - Pernambuco

“[...] A gente não está formando para o SUS ... a gente está propondo educação permanente para profissionais já formados com vícios, numa formação uniprofissional, e a demanda do usuário, a necessidade do usuário é interprofissional, e a gente está bem distante disso.... a gente acaba promovendo uma iniquidade na formação, porque você forma poucos alunos, na perspectiva do PET [Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde]... a maioria das turmas não tem essa possibilidade... a gente precisaria dar um passo atrás e pensar na formação a partir da graduação, de a gente um compromisso, inclusive, ético, das universidades públicas de formarem para o SUS... a gente não tem isso, as universidades são muito resistentes a mudanças... pra mim, é isso e depois fazer educação permanente... quem foi formado com muitos vícios [...] vai permanecer com esses vícios [...]

“A gente está perdendo o campo de estágio no SUS, para as universidades privadas, cada vez mais [...] [tem que haver] uma iniciativa do governo federal, do Ministério da Saúde, para criar um regramento para isso [...] tem que ter um regramento nacional [...] e formação, educação [tem que ser a] longo prazo... a gente [tem que] começar agora, pra daqui a oito anos a gente vislumbrar alguns resultados [...] para citar como exemplo... a primeira versão do Mais Médicos se ampliou, se criou um curso de medicina no semiárido piauiense, nós temos um campus lá da UFP [Universidade Federal do Piauí] e se criou um curso de medicina lá... estava pactuado com os gestores que, finalizando a primeira turma [...] nós teríamos residências médicas... nós formamos a primeira turma com 40 alunos e não ficou um único aluno lá, nem por dois ou três anos de uma residência.... você faz um movimento enorme de abrir um curso de medicina, que não é fácil, no semiárido piauiense, e não se dá continuidade nesse processo... resultado: os meninos e as meninas não vão ficar lá, porque não tem condição de ficar lá.” – Piauí

“Aqui no estado, nós temos a Escola de Saúde Pública, onde permanentemente, de janeiro a janeiro, há toda uma preocupação de formação, de atividades para

os trabalhadores e trabalhadoras em saúde... a Escola de Saúde Pública é parte dessa educação para os trabalhadores e trabalhadoras, além de um conjunto de atividades formativas [...] principalmente voltado para técnicos da gestão, para o pessoal profissional.” – Rio Grande do Norte

“[com relação à educação permanente] eu não tenho visto nada... Os conselhos têm as comissões de educação permanente [...] esses dois grandes hospitais federais, o GHC [Grupo Hospitalar Conceição] e o Hospital de Clínicas - principalmente o Hospital das Clínicas - incentivam o estudo dos profissionais, o aprimoramento... e o Rio Grande do Sul tem uma escola, a Escola de Saúde Pública, que investe muito na questão de saúde coletiva e tem os Nuresc (Núcleo Regional de Educação em Saúde Coletiva) e Numesc (Núcleo Municipal de Educação em Saúde Coletiva), para tentar também levar a educação para esse profissional de saúde, mas eu acho incipiente”. – Rio Grande do Sul

“ O Estado tem hoje um programa de capacitação e aperfeiçoamento, instituído desde 2010 [...] o SUS faz um investimento em capacitação continuada no serviço... nós temos aí as CIS (Comissão de Integração Ensino e Serviço Estadual [...]) que gastam milhares e milhares de reais formando força de trabalho [...] [e o trabalhador] com o vínculo precarizado leva aquele conhecimento para fora do próprio SUS... porque ele não tem nenhum estímulo a permanecer e se aprimorar continuamente, revertendo esse conhecimento ao longo do tempo e esse investimento público que foi feito na sua formação continuada, na sua educação permanente, ele não reverte para a população que financiou tudo isso... porque o salário é tão aviltante e o vínculo é tão frágil... o SUS desperdiça seus talentos e isso pode causar problemas para a formação dos futuros profissionais [...] a gente está desperdiçando os futuros preceptores das nossas residências multiprofissionais... aquele chefe de equipe, aquele médico experiente, aquele chefe de coordenação de farmácia terapêutica, aquele enfermeiro com ‘n’ formações em serviço, com mestrado, com doutorado, essas pessoas estão indo embora do SUS... eles não estão sendo estimulados a permanecer para treinar os futuros profissionais... as nossas escolas não nos faltam - escolas profissionais para a saúde pública no Rio de Janeiro, nosso estado não pode alegar ausência de escolas de formação - só que a nossa formação está sendo mais fortemente direcionada para atender o mercado privado do que os nossos postos de trabalho no SUS, por conta, justamente, desse modelo precarizador da força do trabalho...” - Rio de Janeiro

“A Escola CETAS é a instituição que se ocupa aqui no estado de todos os processos formativos dos servidores da área da saúde, desde o nível superior até o nível médio, e nós estamos em processo de transformação de escola técnica para Instituto de Saúde Pública ... a gente já atua como Instituto de Saúde Pública desde 2019 e agora só vai para a Assembleia [Legislativa] nos tornando então o Instituto. Então, compete à escola a gente ordenar todo o processo de planejamento, organização, ordenamento de recurso para as ações

de recurso permanente e continuada no estado de Rondônia... a gente tem inclusive abrangência nos 52 municípios... isso compete a nós. A gente que montou o Plano Estadual de Saúde, para este ano, então todas as ações de educação para o trabalhador do SUS, ele está a cargo da escola, a escola faz a articulação com os municípios, com os gestores municipais, e a gente pactua a formatação dessas formações em cada território.” – Rondônia

[a educação permanente] é uma grande discussão... e isso se perdeu muito aqui no estado... primeiro, o conceito de educação permanente acho que não está muito fixado ainda na cabeça... o que seria educação permanente, o que seria educação continuada, o que seria de demanda... [o trabalhador pergunta] por que eu terei que fazer educação permanente? [...] eu mando um pedido para todo mundo, para todas as secretarias, e cada um, cada chefe manda sua demanda... e aí os servidores não estão aderindo, não estão aderindo, porque não é a necessidade deles no serviço [...] essa questão da educação permanente aqui está muito, muito, muito fragilizada... já foi bem potente, já tinha CIES (Centro de Integração de Educação e Saúde), tanto na capital como no estado [...] se tinha os planos de educação permanente, se tinha muito boa a discussão das CIES e isso se perdeu... e aí virou a questão de demanda espontânea, de capacitação, de coisas que - não que não sejam necessárias - mas que se perde um pouco na questão do trabalho em serviço... demanda espontânea é o seguinte: hoje eu vou fazer uma capacitação, porque eu estou observando que a porta de entrada não está recebendo as pessoas bem, então vou fazer um curso de o que se chama humanização, que também é outra parte, também todo o conceito. Então é isso, hoje eu quero fazer um curso de Excel, então só aquelas demandas de apagar fogo, que não é planejada [...] - Roraima.

“Já [está] praticamente finalizado o Plano Estadual de Educação Permanente, que acontece, inclusive, com o estímulo do Ministério da Saúde, do Conselho Nacional [...], com proposta de repasse de verbas... tem um grupo condutor no estado de São Paulo... e essa condução é bipartite de educação permanente. Então, o Cosems (Conselho de Secretários Municipais de Saúde) tem uma atuação importante neste tema de educação permanente e a gente tem apoiado e estimulado, por exemplo, a CIR (Comissão Intergestores Bipartite), enquanto gestão do estado, cobrando, através das nossas descentralizações, departamentos, que a CIR tenha a consciência das possibilidades que a gente tem hoje.” – São Paulo

“Aqui nós temos uma escola de saúde pública, mas ela não é acessível, ela não é uma escola com propósito de escola, que é formar e educar cidadão... eu acho que o primeiro passo é efetivar realmente o processo de educação permanente de saúde.” - Sergipe

Mesas de negociação do SUS

Outra questão abordada na NOB RH SUS é a implantação de mesas de negociação para a regulamentação das normas que devem reger o trabalho na área da

saúde pública. Indagou-se aos entrevistados sobre a existência dessas mesas e a dinâmica das negociações no setor em geral. Também sobre esse tema, os depoimentos mostram situações distintas:

“[...] não tem aquela agenda permanente de negociação na saúde [o processo de negociação] é mais espontâneo... tem a data base, o período de data base estabelecido lá no estatuto, em alguma lei estadual, mas fora esse período ali, é algo muito pontual, que acontece quando acontece [...] enquanto Conselho Estadual de Saúde, a gente aposta muito na criação da mesa de negociação do SUS, para ver se a gente consegue se inserir em discussões nesse sentido... a gente aprovou na nona conferência agora passada a reimplantação dessa mesa, estamos com dificuldade com a gestão para implantar isso, questão de entendimento mesmo, mas estamos amparados no que foi deliberado numa conferência [...] mas, quando se fala de negociação, se volta muito à questão salarial... quando está no período de data base... depois disso aí, passou, é como se resumisse tudo só a isso [...] dentro do segmento saúde dos trabalhadores temos vários sindicatos... e por conta dessa diversidade de sindicatos no segmento saúde, acaba que isso muito atrapalha nessas negociações... é claro que as negociações devem acontecer com o envolvimento de todos, com a participação dos trabalhadores, mas acontece que com esses inúmeros sindicatos na área acaba que um ou outro relaxa nas negociações por uma coisa ou outra, uma questão muito política e acaba muito das vezes atrapalhado... mas acontecem [negociações], só que ainda não é alcançado o esperado pela classe trabalhadora [...] - Acre

“Tem uma mesa de negociação no Amazonas... e a gente está tentando, enquanto Conselho, saber o que essa mesa está negociando, o que ela está pactuando, o que ela está fazendo e a gente não tem acesso, não tivemos acesso... um dos desafios é buscar exatamente dialogar com essa mesa [...] e não tá saindo nada do lugar também [...] – Amazonas

“A negociação, ela é muito diferenciada a partir da força que o sindicato tem, ou da força ou da organização de determinada categoria... as categorias que foram afetadas pela precarização, pelo processo já de extinção o serviço público e a contratação se dá através de contratação de serviços (ou postos) de trabalho e não de pessoas, essa negociação é quase inexistente, porque se ela está insatisfeita, você troca a pessoa... a maioria dos sindicatos não tem tanta força, acaba se perdendo... do ponto de vista das categorias que têm força, o meu sentimento é que, às vezes, essa negociação, ela se dá muito a partir da força que o sindicato tem aquela negociação emergente... tem a crise, vamos negociar, mas não há uma mesa de negociação permanente que permita que, além de ter uma negociação preventiva, além de ter um diálogo fluido, além de colocar as coisas de forma mais transparente na mesa, além de buscar o entendimento e o pertencimento das pessoas, do diferencial e do impacto que tem o trabalho dela e a participação dela em lugares... acaba muitas vezes sendo muito seletiva... se eu gosto de fulano, eu sento com o sindicato de fulano... se

eu não gosto de fulano, o sindicato dele não vai sentar [...] e aí a gente não discute, não tem negociação... e aí, às vezes, você faz a negociação transversalizada, eu negocio com determinado sindicato e dou aumento a todas aquelas categorias similares, e aí você não tem uma negociação com aquele ente que deveria de fato sentar, que deveria amarrar um acordo coletivo.” - Bahia

“A gente teve mesa [de negociação] aqui no Ceará [...] uma das pautas que está batendo na nossa porta é a retomada dessa mesa [...] a gente está fazendo um movimento dentro dessa gestão do Conselho Estadual para que ela retome [...] a gente vai pautar o modelo, a apresentação, quem vai estar [...]” – Ceará

“A mesa de negociação está parada... nós estamos tentando voltar com ela agora no atual mandato porque é um facilitador e é uma ligação mais rápida com a própria Secretaria do Estado de Saúde.” – Distrito Federal

“O Sindsaúde está puxando essa pauta e a questão de estar garantindo uma mesa de negociação permanente do SUS, que anteriormente tinha e depois se dispersou... e agora se tenta manter... eles [Sindsaúde] estão com vários movimentos [...] para tentar avançar nessas negociações coletivas, que realmente tem muitos problemas [...] a ideia é ter essa mesa de negociação permanente com agenda constante com o governo de estado.” – Espírito Santo

“Lá na década de 2000 a gente tinha uma gestão [em] que [...] havia espaço para diálogo, havia mesa de negociação, havia possibilidade de a gente fazer enfrentamentos sem que houvesse o cerceamento desse direito, e isso retrocedeu e muito... ao longo desses últimos anos, a gente não tem mais [...] nós [Sindsaúde] entramos com uma ação na justiça para tentar garantir a existência da mesa de negociação [...] primeiro, para conseguir garantir que a gente fizesse parte da mesa de negociação que tinha sido estabelecida outrora, mas que depois de um certo tempo foi esfacelada, não avançava nos diálogos e nem nas negociações... e houve por parte da prefeitura uma tentativa de retirada do Sindsaúde dessa mesa [...] eles não reconheciam o Sindsaúde como representante legítimo dos trabalhadores, porque a gente fazia enfrentamento, porque eles queriam sentar com quem aceitasse o que eles determinavam... então conseguimos na justiça o reconhecimento de que, sim, representávamos os trabalhadores... mas após esse reconhecimento, inclusive pelo Poder Judiciário, a mesa nunca mais recompôs... a gente nunca mais teve negociações, nunca mais teve um cronograma, nem pautas a serem discutidas na mesa de negociação... e hoje, tanto no estado quanto no município, na maioria dos municípios do estado, a gente não tem mesa de negociação estabelecida... as negociações acontecem pontualmente, em momentos de acirramento, de enfrentamento mesmo, com as prefeituras no município ou até mesmo no estado [...] [a mesa estadual] existe no papel, a gente conseguiu fazer ela existir no papel... forçamos, brigamos, cobramos no Conselho, essa mesa foi criada, institucionalmente ela foi criada, mas nunca houve nenhuma convocação da mesa, nunca houve nenhuma reunião, não se criou um cronograma, não tem pauta, não tem diálogo. Quando a gente tem que fazer alguma discussão para

alguma questão que é um problema que não dá, que é iminente, então a gente força isso pontualmente e discute com o secretário e com a gestão [...] há uma mesa oficialmente funcionando [...] mas não tem uma vida orgânica regular acontecendo [...]

[...] Com [a negociação] nas OSSs, a gente tem um problema ainda maior, porque os outros trabalhadores da saúde acabam sendo representados por outros sindicatos [...] mas acaba sobrando para nós que, como sindicato, defendemos o trabalhador do Sistema Único de Saúde nos enfrentamentos por questões como o assédio, como o adoecimento etc [as negociações acabam sendo] feitas pelo Sindsaúde, mas os recursos acabam indo para sindicatos que só vão lá sentar com o patrão e aceitar o que ele propõe.” - Goiás

“Até onde eu sei, não temos mesas de negociação.” – Maranhão

“A mesa de negociação foi instituída [mas] ela tem que ser reativada... isso, inclusive, foi proposto agora na conferência do município de Cuiabá [...] é simples reativá-la, basta ter vontade... é o que eu acho que não há [...].

O processo [de instituição das mesas de negociação coletiva do SUS] foi muito bem estruturado, inicialmente, porque o nível federal orientou como organizar, como instituir, quem que participava e quem que não participava, aí adequaram para a nossa realidade e foi instituído... só que acho que não avançou por conta do próprio trabalhador, que quer olhar seu próprio umbigo, das categorias... no Estado não foi tanto assim, mas no município foi, porque eles começam a pressionar politicamente e a gestão acaba cedendo, muitas vezes, por conta do medo de greves... mas, na verdade, não houve interesse, não houve luta... e a gente tem que dar uma sacudida nos trabalhadores nessas conferências temáticas...” – Mato Grosso

“Tem mesa de negociação do SUS, mas é muito difícil [negociar] nesse governo...” - Minas Gerais

“Aqui tinha [mesa de negociação] entre 7 e 10 anos atrás... estamos implementando agora, estamos tentando incentivar a gestão para que realmente participe com propriedade de uma mesa de negociações em benefício das condições de trabalho e da remuneração[...]

[...] ano passado, diante do quadro, o próprio Conselho Estadual de Saúde provocou o governo fazendo reunião, e houve o resultado de um aumento, na época, de 10%, fora do contexto de aumento normal... isso já foi conseguido através exatamente do Conselho estar provocando a administração estadual [...] [As partes na mesa de negociação são] muitos sindicatos, todos os sindicatos relativos à saúde e o governo do estado... e o Conselho [Estadual], que está abrindo essa mesa, vai servir como ponte para tentar que haja discussão para que chegue um acordo tanto de salário como de condição de trabalho [...].

[...] nos municípios é a mesma coisa, o procedimento é o mesmo.” - Paraíba

“Foram implantadas [mesas de negociação] no estado, mas sempre são muito difíceis... e elas têm sido mais feitas categoria a categoria, não faz uma mesa geral [...] a mesa tem sido bem pouco produtiva, anda amarrada [...] [e] tem sido tensionada a acontecer, não existe uma mesa para ser regular, para ser permanente, porque muita coisa você não pode pactuar de uma vez, são muitas demandas... eu entendo que seria [deveria ser] uma mesa permanente, tanto da questão salarial, quanto das questões de condições de trabalho... mas ela só acontece a dura penas e é por tensionamento do trabalhador [...] não é algo que chega de uma forma mais tranquila, é sempre fruto do tensionamento das representações dos trabalhadores” - Pernambuco.

“Implantadas como mesa de negociação, como se propõe na NOB, aqui no Piauí, não tem [...] elas estão implantadas agora, mas é pontualmente, porque as categorias estão ameaçando a greve e tudo mais, mas não na perspectiva de uma mesa permanente de negociação [...] não como está previsto, como um instrumento que permita essa negociação... mais uma vez, eu vejo essa discrepância entre o que está proposto no papel e aquilo que é praticado como mesa de negociação permanente, eu acho um instrumento frágil na prática, que não tem funcionado, que não tem... não adianta estar na negociação se você não tem autonomia para negociar [...] e no estado do Piauí é essa fragilidade: o trabalhador com contrato precarizado não vai para a mesa de negociação [...] porque ele vai ser demitido [...] você põe numa mesma sala trabalhadores que cada um tem uma relação de trabalho distinta ali... como é que você negocia desse jeito?... qual é o balizador dessa negociação se cada um tem um tipo de contrato diferente?...” – Piauí

“Existe uma mesa [de negociação coletiva]... existe a mesa estadual de negociação SUS, [que] se reúne toda a última segunda-feira de cada mês [...] e o Conselho Estadual de Saúde faz parte também da mesa [...] é positivo que, mesmo no período de governo Temer e Bolsonaro, ou seja, nos últimos seis anos, apesar também da pandemia, mesmo com todas as dificuldades, aqui no Rio Grande do Norte, a mesa se manteve, a mesa funcionou [...] apesar de todas as dificuldades que essa última quadra nacional que vivenciamos, uma das experiências exitosas que a gente teve, foi o funcionamento da mesa, apesar do período não ser tão favorável... e, em particular, do ano passado para cá [...] a mesa tem se reunido nesse calendário mensal de última segunda-feira de cada mês, sempre tem reunião.” – Rio Grande do Norte

Existe uma mesa SUS na rede de hospitais federais... no Grupo Hospitalar Conceição, que [...] tem quatro a cinco hospitais... tem um grupo que [do qual] faz parte trabalhadores, a administração do hospital, sindicatos, que discutem essa questão... o Hospital de Clínicas de Porto Alegre também é um hospital federal e está em implantação da mesa SUS, mas a gente não está tendo muito sucesso ali não... fora isso, não conheço nenhuma outra mesa de negociação aqui no estado.” – Rio Grande do Sul

“Nós temos uma mesa de negociação permanente no Estado, mas não temos na capital [...] as mesas de negociação no Estado [têm] pelo menos quatro reuniões ao ano, quatro trimestrais, e sem prejuízo da bancada dos gestores convocarem reuniões extraordinárias para apresentar algum requisito que a bancada dos trabalhadores nem tenha solicitado... na prefeitura do Rio, não tem mesa... a bancada dos gestores abandonou a mesa ano passado e desde [então] não tem nenhuma reunião... e na prefeitura as mesas eram mensais... os sindicatos provocam, pedem regeneramento da mesa, conseguiram até que a presidência da Comissão de Saúde da Câmara de Vereadores acompanhasse esse processo e fizessem petições junto à audiência pública, [mas] tanto o prefeito quanto o secretário não reabrem a mesa” – Rio de Janeiro

“Ocorrem [negociações coletivas de trabalho no estado]... os sindicatos dos trabalhadores da área da saúde sempre estão procurando a Secretaria Estadual para pautas de negociação... como a mesa do SUS ainda não está instituída, não tem como dizer com que frequência isso acontece, mas o secretário de saúde é portas abertas do seu gabinete para receber as categorias de classe [...] [...] a mesa de negociação do SUS de Rondônia está em processo de elaboração do regimento [...] e vai ser instituída.” - Rondônia.

“Tem a implantação, no estado, da mesa de negociação, e também tem a implantação na capital, Boa Vista [...] a da capital, é que mais funciona direitinho [...] tem regularmente uma data, tem agendas, acontece todo mês [...] no estado, na Secretaria de Estado [...] aconteceu uma vez, acho que o ano passado, não tem essa regularidade... funciona só quando alguém quer alguma pauta de plano de carreira ou aumento, não tem essa questão das atribuições de seguir todos os protocolos.” - Roraima

Nós não temos essa mesa de negociações constituída, o que nós temos hoje é junto à CRH (Coordenadoria de Recursos Humanos), representações da sociedade através de sindicatos que, periodicamente, se reúnem para discutir essas questões [...] tem alguns anos isso... participa [...] o Sindsaúde, ativamente, com a nossa coordenadoria de recursos humanos [...] no passado, não muito distante, eu propus que não só o Sindsaúde, outros sindicatos também participassem... aí ficou uma disputa [...] entre sindicatos e aquilo não andou... [os sindicatos diziam:] “estamos negociando há tanto tempo porque agora vem mais gente?”... é uma crítica que eu faço [...] [as negociações] têm uma regularidade... além de momentos em que haja uma demanda... elas têm periodicidade, tem tudo registrado: memórias de reunião, acordos...” – São Paulo

“Depois da pandemia, houve uns movimentos dos trabalhadores, ainda na questão dessas fundações [e] foi reaberta a mesa de negociação, essa mesa de negociação é aberta com todos os sindicatos representados, mas o processo de negociação é feito de forma individualizada... no estado, foi reaberta a mesa de negociação, perdurou até o ano passado... este [ano], praticamente ainda está se iniciando, mas a gente não ouviu nada ainda referente a nenhum sindicato do estado sobre a questão de sentar pra mesa de negociação, mas ela funcionou

*no ano passado... não sei se contemplou as reivindicações dos trabalhadores, mas pelo menos houve reunião com a mesa de negociação [...]
[...] Aracaju, ano passado, houve uma sentada na mesa de negociação [que] estava suspensa... hoje, o movimento de paralisação [dos trabalhadores] foi reaberto [...] já foi marcada uma reunião [...] vai ser separada, não serão todos sindicatos juntos... isso foi dito pelo atual secretário de saúde municipal.” - Sergipe*

Ações em relação à saúde dos trabalhadores da saúde

A NOB RH SUS prevê a adoção de uma série de providências voltadas à promoção da saúde dos trabalhadores do Sistema. Na pesquisa ora apresentada, perguntou-se aos entrevistados sobre iniciativas locais para atender às exigências da Norma. Algumas das declarações colhidas são expostas a seguir.

“[A saúde dos trabalhadores da saúde] é outra situação que a gente vê com preocupação [...] nem todas as unidades hospitalares do Acre tem o NART [Núcleos de Atenção à Saúde do Trabalhador e Trabalhadora] [...] isso já é um parâmetro [...] e depois não tem aquele acompanhamento eficaz pelo Cerest [Centro de Referência em Saúde do Trabalhador], não se tem ações voltadas para isso, mesmo diante da necessidade [...] precisa dar um plus nessa questão [da saúde do trabalhador], para a gente poder melhorar... que não está chegando as normas estabelecidas [na NOB] para os trabalhadores, conforme deveria ser.” - Acre.

“Nessa questão [saúde dos trabalhadores e das trabalhadoras], a gente está até montando a Cist [Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora], a nova composição da Cist [...] a saúde do trabalhador não é [apenas do] trabalhador da saúde, não é trabalhador apenas do SUS... você tem que se preocupar com o trabalhador em geral... aquele que está na construção civil, por exemplo... está sendo respeitada a legislação?... ele tem proteção contra acidentes?... e isso tem que ser um trabalho em conjunto [do] Cerest (Centro de Referência em Saúde do Trabalhador) junto com os gestores, a CIST com o Conselho [Estadual], para que fortaleça essa política e dê condições aos trabalhadores de trabalhar de acordo com a legislação [...] avançamos um pouco, deu uma paradinha, agora a gente volta com a Cist para a nova posição da Cist, que vai dar continuidade a esse trabalho.” - Alagoas

“eu acho que o nosso Cerest [Centro de Referência em Saúde do Trabalhador] é um pouco distante da Secretaria, ele está dentro do setor da vigilância [...] a gente se distanciou muito... a gente não tem um cuidado com o trabalhador... a gente tem uma pesquisa que nós estamos querendo lançar no estado, para a gente poder identificar essas situações [de problemas de saúde dos trabalhadores] e uma proposta para que a gente tenha exames periódicos, identificação de quais são as doenças mais recorrentes dos nossos

trabalhadores [...] a gente fala tanto que saúde é prevenção, que a parte primária é preventiva, e como é que tu deixa o trabalhador adoecer?” - Amazonas

“A gente tem uma Câmara Técnica sobre saúde do trabalhador [...] tem também Cerest [Centro de Referência em Saúde do Trabalhador] aqui no estado [...]” - Ceará

“Eu acho que uma das políticas que menos avançou no Sistema Único de Saúde foi a política de saúde do trabalhador e da trabalhadora... a gente não percebe uma estruturação, por exemplo, dos Cerests... grande parte deles com trabalhadores que não são efetivos, são precarizados, sem uma vinculação efetiva com os municípios e as regiões... a gente observa que essa política de fato não avançou muito e, normalmente, embora você até tenha nos planos de saúde municipais e estadual alguns itens que falam sobre a política de saúde do trabalhador e da trabalhadora, geralmente são os recursos que não foram utilizados, são as metas que não foram atingidas, porque não se privilegia nem a discussão e nem a implementação de ações que visem à segurança e à saúde dos trabalhadores.” - Goiás

“A saúde do trabalhador é uma coisa nova [...] porque o interesse de trabalhar isso não faz muito tempo [...] e tem várias portarias que tratam disso [...] nós, estamos trabalhando isso, porque nós entendemos que as resoluções, as portarias que tratam dessa temática precisam ser implementadas o mais rápido possível... é uma necessidade muito, mas muito grande.” – Maranhão

“Foi contratada [pelo estado] uma empresa privada que chama Biotec, por conta da necessidade da avaliação rápida, da questão de segurança do trabalhador, de insalubridade, de plantão noturno... a Biotec está fazendo esse serviço... já estamos tentando implantar o serviço de saúde do trabalhador, mas hoje ainda está sendo feito por uma contratada... o setor de qualidade de vida também já está conversando com o Cerest (Centro de Referência em Saúde do Trabalhador)... e o SESMT (Serviço Especializado de Segurança e Medicina do Trabalho) funciona lá no hospital pronto socorro, só que não foi habilitado ainda.” – Mato Grosso

“[A questão da saúde do trabalhador] é bem incipiente [...] os próprios trabalhadores e trabalhadores do SUS desconhecem [a existência de atendimento na área da saúde do trabalhador] ... acho que tem que fazer um trabalho [de divulgação dos mecanismos de proteção à saúde, especialmente] hoje, com a rotatividade muito grande [...] A gente tem CIST [Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador] aqui [...] e a gente percebe que são poucas que funcionam de forma adequada [ainda] é bem incipiente, pelo que eu acompanhei.” – Minas Gerais

“[Ações relativas à saúde] ainda [são] poucas... deixa muito a desejar... você vê muita iniciativa, mais de sindicatos mesmo, nesse sentido... existe, mas precisaria mudar muito, melhorar muito ... como [...] a gente ficou muito tempo com uma gestão e entrou outra, muita coisa que era da outra gestão meio que parou, quebrou... é uma coisa muito ruim... de uma gestão para outra, as políticas públicas se esfriam ou deixam de fazer... cada gestor que quer botar o seu nome, a sua ideia e nem sempre eles olham para o que tem construído anteriormente para dar continuidade... acho que deu uma brechada [...] está meio que se ajustando de novo [...] já não era muito legal e deu uma quebrada...” - Pernambuco

“[...] Uma proposta [em prol da saúde] é a criação da carreira da trabalhadora e do trabalhador do SUS [...] que é um determinante social de saúde [...] não há possibilidade de falar em saúde se não tiver renda [...] e também tem a questão de pensar em saúde do trabalhador de maneira descentralizada... é uma boa iniciativa... a gente tem quatro macrorregionais de saúde... acho que a gente vai avançar nesse sentido [...] o serviço de atenção psicossocial para o usuário, ele é frágil, mas ele existe... e para a saúde da trabalhadora e do trabalhador? você não tem... aqui, você não tem núcleos descentralizados de atenção à saúde do trabalhador e da trabalhadora... então, é assim, se vira... adocece, se vira... você não tem um cuidado do cuidador efetivo, institucionalizado, a gente não tem.” – Piauí

“Com relação à saúde do trabalhador e da trabalhadora, o estado do Rio Grande do Norte tem três Cerests, o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, um em Natal [...] tem um em Caicó [...] e outro em Mossoró [...] alguns conselhos têm CIST (Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora)... nós aqui no Conselho Estadual de Saúde temos a Cist [Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador]... e tem algumas cidades, as cidades maiores, as cidades polo, que [também] têm [...] nós somos aqui 167 municípios, e infelizmente, a grande maioria não tem tal comissão [...]” - Rio Grande do Norte

“[...] a política de saúde do trabalhador, da saúde, não está estruturada, e eu acho que isso é muito semelhante na capital e em vários municípios [...] na prefeitura do Rio, se você tem um atestado médico de afastamento do trabalho, você tem que abrir um processo administrativo na perícia... mais que três faltas, você tem que ter o BIM - Boletim de Inspeção Médica da perícia médica, aí você tem que ir [...] até a perícia médica para dar aquele documento para te afastar. [...] o que fazem com esses dados?... cadê a política pública pensada para esses dados?... existe algum estudo de prevalência dos afastamentos?... por que o servidor da saúde se afasta do trabalho?... existe algum programa que tenta enfrentar esses agravos?... a gente não conhece [...] o servidor estatutário não tem atestado de saúde ocupacional periódico... a gente faz o admissional e o demissional [...] você não sabe a condição de saúde que essa pessoa evoluiu

durante o trabalho ativo, e quando ela vai para inatividade, você não tem um programa estruturado para acompanhar a sua saúde ao longo do trabalho, você está indo para casa com doenças crônicas, e não do trabalho, não motivadas [pelo] trabalho... e se você se acidentou ao longo do tempo, como você não tem a facilidade de notificar, e ninguém trabalha esse dado, se perde...” – Rio de Janeiro

“Existe essa tratativa [da saúde dos trabalhadores da saúde, no estado], inclusive [...] teve uma equipe que veio do Ministério da Saúde realizar uma oficina com os técnicos da Sesau [Secretaria Estadual da Saúde] para poder tratar dessa temática da saúde do trabalhador [...] dessa reunião [...] foi montado um plano estruturado para Rondônia, para poder se ocupar das ações da saúde do trabalhador. Dentro da Sesau, existe o núcleo responsável por isso... e também tem nas setoriais de saúde aqui, pelo menos nos principais hospitais do estado, tem os próprios núcleos de saúde do trabalhador... nós temos bem atuante também, dentro do Conselho Estadual, a comissão da Cist [Comissão Intersectorial de Saúde do Trabalhador], que viaja todos os municípios conversando sobre isso [...]

[...] como escola, temos uma demanda muito grande por um curso chamado ‘Saúde Mental do Trabalhador Pós-Covid’, que é solicitado pelos 52 municípios do estado, e quando a gente vai a estes municípios para ouvir esses trabalhadores, a gente entende o quanto é grave essa situação, o quanto nossos trabalhadores estão fadigados, o quanto eles se sentem desmotivados, mas ainda assim eles continuam cumprindo aquela missão de sair de casa e cuidar das pessoas, mesmo sabendo que ele não vai ter a valorização que ele merece e isso gera muita angústia [...]” – Rondônia

“Nós temos as Cists [Comissão Intersectorial de Saúde do Trabalhador] nos Conselhos - tanto estadual como municipal, só que não se tem agenda [...] não tem uma sequência da importância da questão da saúde do trabalhador... não se tem um planejamento, não se tem uma ação... a gente tem muitos servidores que estão afastados [pela] questão da saúde mental, mas não se trabalha isso... tem a questão dos agrotóxicos, não se trabalha isso... tem a questão das pessoas ribeirinhas, que, devido ao garimpo ilegal daqui, o trabalho delas [precisaria de atenção] ... [tem] muita coisa que poderia estar sendo efetivamente trabalhada...” - Roraima.

Financiamento para o trabalho no SUS

Quanto ao financiamento para o trabalho no SUS, também previsto na NOB RH SUS, formulou-se a seguinte pergunta aos entrevistados; “Houve no seu estado novos financiamentos para o trabalho no setor da saúde?” Nem todos os depoentes tinham informações a respeito. Das respostas obtidas, destacam-se:

“É bom o Conselho Nacional fazer esse trabalho nos estados [sobre o financiamento para o trabalho na saúde], porque ele vai ver qual o estado está evoluindo e os que não estão... há disponibilidade de buscar pessoas: "Ah, precisa de médico, precisa de enfermeiro, precisa de técnico... sim, consegue". Mas [...] de onde está vindo o recurso? como está sendo aplicado?... Perdemos isso porque antes tinha o teto de cada gestor [para] aplicar na área de recursos humanos, e hoje não, hoje está mais à mercê dos políticos mesmo...” - Alagoas

“A gente está pleiteando financiamento tanto para a gestão do trabalho como para a educação na saúde[...] mas, durante a pandemia, no controle social, a gente teve vários repasses de financiamento, especialmente para a atenção básica, direto para o trabalhador, de incentivo mesmo... mas aí a gente já tem algumas denúncias de que o recurso não chegou, não foi repassado para os trabalhadores...” – Ceará

“Os investimentos que têm que ser feitos nos equipamentos de saúde, eles só são feitos se o governo injetar diretamente algum dinheiro através do PAC [Programa de Aceleração do Crescimento], através de algum programa para a construção dos equipamentos de saúde... no mais, praticamente o dinheiro passado para a SES [Secretaria de Saúde do Distrito Federal] é para a folha salarial dos servidores.” – Distrito Federal

“ Se for financiamento voltado... para valorização profissional... não ocorre... e daí não só em saúde [...] mas com todo o funcionalismo [...] está uma briga bem grande com o governo do estado, que sabe que tem dinheiro, tem dinheiro, mas não está investindo [...] e em termos de financiamento, a gente percebe que para o terceiro setor, para a iniciativa privada são bilhões investidos, mas quando era uma gestão direta não tinha recursos, não tem e nunca é possível discutir financiamento” – Espírito Santo

“No geral, em relação ao financiamento do setor de saúde e para o trabalho especificamente, a gente praticamente não tem recursos para formação, a gente praticamente não tem recursos para o Sistema Único de Saúde, é sempre aquela história de contar moedas, sempre que precisa se economizar ou se retirar, ou se gastar mais, nunca é para saúde... é sempre para outros setores [...] a saúde é sempre aquela que passa o pires... eu não sei da realidade em outros estados, mas aqui a promessa de que as organizações sociais viriam para resolver os problemas de contratação, de compras, de celeridade nos processos de gestão, aconteceu exatamente o contrário, e com uma possibilidade muito maior de desvio de recursos... não houve uma resposta positiva no sentido de garantir que aquilo que se propunha fosse efetivado, e em termos de financiamento, a gente percebe que para o terceiro setor, para a iniciativa privada são bilhões investidos, mas quando era uma gestão direta não tinha recursos, não tem e nunca é possível discutir financiamento... a atenção primária ainda tem recursos

do governo federal e, muitas vezes, os municípios não têm recurso para arcar com o custo dessas organizações sociais. - Goiás

“Se é que a gente pode falar que existe financiamento... eu sei que existe subfinanciamento [...] não existe, a gente batalha tanto, tem financiamento, tem bilhões para campanha política, bilhões para fundo partidário, bilhões para não sei o quê, bilhões para viagem, bilhões para isso, mas para saúde há sempre corte [...] aí falta remédio, falta prótese, falta médico... é reclamação do salário do médico, o salário é baixo [...] falta equipamento para os agentes comunitários [...] é o projeto do “Falta Tudo”... o subfinanciamento causa todos esses danos.” - Maranhão

“A gente também chegou à conclusão que não tem financiamento para educação na saúde e nem gestão do trabalho, para formação... para ter uma ideia, antes da pandemia, nos anos da pandemia, que é 2020, 21 e 22, teve menos recurso, menos financiamento do que 2019... e a gente viu que teve orçamento secreto [...] a gente viu também que teve gastos, por exemplo, tinha recurso lá que foi pago, arma de fogo, recurso do SUS, nós reprovamos... teve menos recursos e a gente viu que aumentou as emendas parlamentares [...]” – Minas Gerais

“O financiamento tem sido mais para reestruturar, consertar, ajustar, ajeitar a questão estrutural dos hospitais.” - Pernambuco

“No estado do Piauí, não tem de jeito nenhum [financiamento para o trabalho no SUS]... a gente está entregando pra iniciativa privada, através de Organizações Sociais de Saúde.” – Piauí

“Por lei, o Estado do Rio Grande do Sul deveria investir 12% da sua receita líquida em saúde pública [mas] a gente recebe um relatório anual de gestão [que] sempre diz que investe 12%, mas a gente consegue comprovar que não... [o investimento] gira em torno de 8,5% a 10%... no auge da covid chegou a 10,5%... mas não investe o que deveria... o estado não está investindo no que deve investir - na alta e média complexidade, por exemplo -, os municípios cuja atuação deles deveria ser na atenção básica [...] os municípios têm que investir em 15%, os municípios investem em 25%, às vezes até 30%, 33% da sua receita líquida, mas em média e alta complexidade, e às vezes deixa a atenção básica de lado... como o estado não cumpre a sua parte, os municípios acabam tendo que cumprir, para não [ficar] em piores situações do que já estão” – Rio Grande do Sul

“Para as ações de educação e saúde no estado de Rondônia nós temos atualmente [...] um orçamento financeiro previsto de mais de 2 milhões de reais para fazer 82 ações do planejamento... esse financiamento já está concretizado e nós estamos aguardando que o superávit seja aprovado na Assembleia [Legislativa] para a gente poder fazer jus ao recurso... outro recurso que a gente

vai receber é o do Ministério da Saúde, através do Plano de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, que é o ValorizaGATES [...] a escola pactuou que quando este recurso vier do Ministério, ele virá para que a escola consiga desenvolver as ações que foram pactuadas no plano [...] a Sesau Rondônia é responsável pelo financeiro e liberação orçamentária da ação finalística da escola e, claro, assim que a gente virar um instituto, a gente terá mais braços para poder buscar outras parcerias, emendas parlamentares, a gente tem também a oportunidade de fazer parcerias com outros institutos, termos de cooperação técnica, sem repasse de recursos financeiros, mas tem todas essas vertentes aí em andamento, vislumbrado pela escola.” – Rondônia

“No estado, agora, está a questão do PGETS [Planejamento Estratégico da Gestão do Trabalho na Saúde], que está tendo um valor para que sejam feitas algumas ações [...] mas antes não tinha um investimento do tipo, só tinha para folha de pagamento... investimento para essa área se resume à questão de pagamento pessoal, não de estruturação.” - Roraima

Participação dos trabalhadores nos Conselhos de Saúde

Outra questão dirigida aos entrevistados referia-se à participação dos trabalhadores nos espaços de controle social, em especial, quanto aos incentivos para viabilizá-la. Também em relação a essa questão foi possível captar informações importantes sobre as oportunidades de envolvimento dos trabalhadores nesses espaços.

“Nós temos um bom número de trabalhadores em saúde [participando das conferências] [...] talvez isso se dê por conta da facilidade de mobilização, tipo: “olha, você não vai precisar ir para a unidade de saúde hoje, porque vai ter a conferência, está liberado.” – Acre

“Não há um incentivo [para a participação dos trabalhadores nos espaços de controle social]... há um interesse individual deles de querer participar, porque ele vai aprender muito... eles meio que dizem: “eu quero participar, eu tenho interesse de participar”... e aqueles que não estão dentro dos conselhos, por exemplo, eles têm interesse de participar das capacitações que o Conselho oferece... agora mesmo, vamos fazer três dias de capacitação envolvendo conselheiros, envolvendo técnicos... e eles têm esse interesse de participar [...] antes quem fazia muitas capacitações eram os gestores...” – Alagoas

“Não, definitivamente, não há um incentivo para a participação dos trabalhadores nos espaços de controle social... a gente é, às vezes, sabotado nesses espaços... às vezes, alguns não conseguem nem ir, por conta da liberação do trabalho... quando você tem cargo de gestão, você até quer ir... mas aí quando você lembra que [...] quando você voltar, o trabalho está lá lhe esperando, acumulado, você acaba não indo.” - Ceará

“Nos Conselhos, em geral, a gente tem a participação dos trabalhadores [...] mas [na] Conferência, acaba que os municípios não proporcionam uma possibilidade de participação linear para todos, porque quando eles tiram os representantes, às vezes, não tem liberação... a pessoa não tem liberação para participar, para se inscrever... então, eu vejo que [tem] direcionamento, ou seja, aqueles que a gestão deixou, permitiu, vão lá e participam... aqueles outros que estão lá, ralando na batalha, não tiveram liberação para ir, não conseguem sair como delegado para outra etapa... então, deixa muito a desejar... teve muita reclamação de vários segmentos de trabalhadores que queriam participar da conferência municipal para poder ir, por exemplo, para a estadual e seguir, e não foi dado direito a ele.” – Espírito Santo

“Nós estamos passando por um momento de muita crise aqui no estado em relação a essa participação dos trabalhadores e trabalhadoras nos espaços de controle social, tanto por um problema do próprio controle social e da estrutura existente de cooptação de quem faz parte dos conselhos, da falta de democracia dentro dos conselhos [...] e da década de 2000 pra cá, criou-se um entendimento de que usuários e trabalhadores não podiam caminhar juntos... que o objetivo de um era oposto ao objetivo do outro e meio que [não aconteceu] de somarem forças para construir políticas públicas que favorecessem tanto os usuários quanto os trabalhadores, uma proposta de real cogestão... hoje, a gente tem uma participação muito tímida [...] de muitos representantes de entidades sindicais nos Conselhos de Saúde... a gente sente um certo desalento dessas pessoas, dessas entidades em relação ao controle social.” – Goiás

“Não vou generalizar, naturalmente... mas [nos municípios], pela falta de concurso, entra [nos Conselhos] quem o gestor quer [...] e [como representante dos trabalhadores] no Conselho, [esse trabalhador] vai defender o gestor e não vai defender a saúde [...] então [...] ele está representando o gestor e [...] em muitos casos, no interior do Maranhão, muitos usuários que estão ali [representando] os usuários têm um vínculo empregatício com a prefeitura... e a gente bate nisso todo o tempo: quem tem emprego na prefeitura não pode representar o usuário nos Conselhos de Saúde.” [...]

Mas, fora isso, eu vejo que [...] esses conselhos são parte fundamental, o trabalhador é parte fundamental no processo de evolução do Sistema Único de Saúde... ai de nós se não fosse o trabalhador.” – Maranhão

“No Conselho Estadual existe, financiamento para isso [participação dos trabalhadores nos espaços de controle social]... No Conselho de Cuiabá, nós fazemos conferência de dois em dois anos... uma é só nossa, a outra é aquelas temáticas... o financiamento [para a realização das conferências] existe, nós não temos dificuldade.... nós não temos dificuldade nenhuma, inclusive, porque quando a gente vai aprovar o orçamento, a gente sempre faz previsão orçamentária no estado e no município de recurso para a realização dessas conferências.”- Mato Grosso

“O controle social é SUS também, é constitucional, faz parte [do SUS]... e a gente vê muita dificuldade na liberação dos trabalhadores e trabalhadores a participar do controle social... isso é muito complicado em todas as esferas.” – Minas Gerais

“[...] A gente está com uma dificuldade grande [...] não existe uma lei que protege o trabalhador de [para] representar o Conselho nos espaços de controle social aqui em Pernambuco... existe aquela recomendação do Conselho Nacional de Saúde, mas em Pernambuco não está firmemente garantido que a pessoa na representação do Conselho possa se afastar sem ter prejuízo no seu espaço de trabalho... é uma luta que a gente está burilando no momento, inclusive no próprio regimento do Conselho... a gente está com um GT [Grupo de Trabalho] para atualizar esse regimento e dar mais essa proteção da representatividade dos trabalhadores enquanto estiver trabalhando no controle social, o que é fundamental... a gente tem que estar resguardado de ir tranquilo e chegar lá no trabalho e não sofrer reprimenda, desconto ou qualquer tipo de algo que desabone, como se você fosse relapso ou estivesse passeando, e a gente não está passeando, nem está fugindo ao espaço do trabalho, muito pelo contrário.” – Pernambuco

“Existe, sim, um incentivo [à participação dos trabalhadores nos espaços de controle social]... e eu diria, até uma obrigatoriedade, porque - como ninguém pode ocupar o lugar de um segmento do outro - aquele espaço que é representativo dos trabalhadores e das trabalhadoras, está garantido e, de fato, em todos os Conselhos, a cada mandato, sempre tem que estar ocupado por trabalhador aquele percentual que lhe cabe, então, existe sim um bom incentivo nesse sentido...” – Rio Grande do Norte

“A gente conseguiu ocupar [no Conselho Estadual] as 11 vagas destinadas ao segmento trabalhador de saúde... ficou uma vaga para comunidade científica, uma vaga para trabalhadores de nível médio e as outras 9 vagas distribuídas entre os médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais... e houve uma boa participação [...] tem algumas profissões que não incentivam muito, por exemplo, medicina, odontologia... talvez porque os odontólogos geralmente são profissionais liberais ou autônomos, não estejam dentro de uma instituição, acho que isso talvez dificulte um pouco... mas as pessoas têm interesse, sim... quando você entra para o controle social, você vê a importância do seu trabalho, você é um ente público sendo conselheiro [...] você tem um papel ali de proteger a sociedade, proteger a sua comunidade... nem sempre tu recebe apoio do teu trabalhador, principalmente do trabalhador privado, os estatutários têm mais facilidade de participar do controle social do que o segmento do trabalhador privado.” – Rio Grande do Sul

“Pelo Conselho Estadual, não [existe um incentivo à participação dos trabalhadores nos espaços de controle social] [...] eu não conheço a realidade

de todos os municípios [...] mas sei que o Conselho da capital funciona super bem... “

“Os conselheiros têm previsto o ressarcimento de despesas [...] para qualquer atividade: venha para reunião plenária, venha para reunião de comissão, vai representar o Conselho, vai para uma conferência [...] você foi, gastou ‘x’, e você tem um limite de gasto... cada centavo que eu gasto, eu tiro um centavo da assistência, eu tiro um centavo do SUS... mas a gente tem que investir naquele que faz a propositura e o controle do sistema...” – São Paulo

Declarações dos entrevistados sobre outros temas importantes

Neste tópico, serão registradas as opiniões dos entrevistados sobre outras questões relevantes, que podem fornecer importantes subsídios para os debates da 4ª Conferência. Uma delas, a relativa aos impactos das novas tecnologias no SUS, estava prevista no roteiro de perguntas dirigidas aos depoentes e rendeu inúmeras declarações. Já as demais surgiram espontaneamente nos diálogos entre entrevistados e entrevistadores e merecem registro.

Impactos da introdução de novas tecnologias no SUS

Sobre a adoção de novas tecnologias nos serviços de saúde, as entrevistadoras solicitaram aos depoentes que relatassem as consequências positivas e/ou negativas que causaram no trabalho e nos trabalhadores do SUS, além, evidentemente, dos impactos gerados nos usuários.

“[...] algumas questões muito pontuais eu acho que têm avançado muito [...] aqui nós temos - que foi um avanço através da Universidade Federal do Acre - aquele atendimento [...] de forma virtual [...] teleatendimento... isso ajudou muito [...] só que isso acontece também com muita lentidão [...] é claro que é uma realidade de Brasil [...] aqui, nós temos uma dificuldade tremenda com conectividade, com a questão da internet [...] eu estava no centro do Rio de Janeiro e estava com um problema também... não sei se é uma realidade tanto do Acre [...] é uma realidade de Brasil, e eu acho que precisa melhorar muito ainda; é um mecanismo que se tem, bom de ser explorado, mas precisa melhorar muito ainda, precisa avançar [...]

[...] Aqui no Acre, nós temos uma cultura da pessoa ter que ir cedo, na madrugada, para o posto, senão ele não pega a ficha, e isso tem melhorado muito nessa área... com o teleatendimento, com o formato de agendamento para outros serviços até nas unidades básicas... não sei se em todos os municípios tem, mas na cidade de Rio Branco, capital do Acre, já tem melhorado muito [...]” - Acre

“Alagoas avançou muito na questão tecnológica... hoje nós temos diversas UPAs pelo Estado, hoje nós temos diversos hospitais que o Estado montou para o trabalho... então, nessa questão do acesso ao serviço, da tecnologia, hoje tem um hospital novo aqui que tem de tudo... mas isso não funciona sozinho, isso tem que ter a máquina humana por trás, com qualificação [e] hoje nós penamos aqui com regulação... temos tantos hospitais que foram construídos, UPA e tudo, mas ainda sofremos com regulação... e todos esses hospitais [...] são precarizados...isso traz uma qualidade de atendimento para a população aquém... então, precisa melhorar essa questão de recursos humanos... é equipamento que nós temos de boa tecnologia, hospital novo, tudo, mas precisamos melhorar o que está ali que é essencial, que é o ser humano... é ele que faz acontecer.” - Alagoas

“ Eu acho que tecnologia é uma coisa importante... não tem como não usar essas novas ferramentas [...] o governo do estado contratou uma empresa que vem com essa nova tecnologia, mas a gente não tem suporte técnico [...] o sistema cai o tempo inteiro [...] o que nós temos dessa empresa é mais a nível de prontuário e que eu acho que tem muitas falhas ainda, precisava melhorar muito para que a gente tenha a integralidade do usuário... [com] o sistema anterior, eu sabia exatamente [o histórico] desse paciente... o histórico do paciente é uma coisa muito importante para que a gente consiga saber o que está acontecendo e algumas vezes tomar algumas decisões [...] o objetivo é dar o melhor tratamento e fazer o perfil mais adequado [do paciente] para evitar os erros, para a gente trabalhar todo mundo em conjunto, saber o que aconteceu [...] não adianta colocar tecnologia e não dar manutenção [...]. [...] e a gente tem aqui no estado a questão da dificuldade da internet também [...] precisa melhorar muito [...] e se a gente está com essa dificuldade na capital, que tem toda essa estrutura, como seria levar esses serviços para o interior?... aqui na policlínica que eu trabalho, que é quase que de referência, de vez em quando, o sistema cai... eu atendo o usuário sem o sistema, porque eu acho que ele não pode ser penalizado [...]

[...] A telemedicina até é necessária para os interiores, é uma das propostas nossas, melhorar isso [...] é necessário, pelo menos em algumas regiões [...] nós temos determinados espaços [em] que durante seis meses, as pessoas moram lá e[...] nos outros seis meses do ano, são rios.. é uma população flutuante... então a gente precisa [...] ter ferramentas que acolham e que integrem esse fator amazônico” – Amazonas

“Do ponto de vista da tecnologia, a Bahia inseriu muita tecnologia, isso fez com que também melhorasse o trabalho das pessoas que estão lá [...] mas eu tenho visto [a tecnologia] com muito medo... eu acho que eu vivi a síndrome daquela pessoa que se empolgou muito: “que massa, vai ter tecnologia, vai ter telessaúde, teleatendimento, tele consulta, nós vamos ter processos que vão diminuir a distância, porque a gente vai poder falar... mas isso trouxe um medo muito grande para mim, tipo a humanização, você não olha mais a pessoa... imagina vocês olhando uma tela aqui, e o atendimento muito frio e sem

vinculação... imagine que no processo de inserir inteligência artificial você acaba automatizando o diagnóstico de algumas coisas... [...] então, eu tenho visto as tecnologias muito do ponto de vista de que algumas são necessárias, mas eu ainda acredito na saúde do tato, a saúde do olho no olho, do encontro... de que a máquina não consegue substituir o sentimento, o olhar, então eu vejo que será um caminho talvez sem volta, essa ideia do atendimento a distância, e que muitas vezes passa uma ideia de que resolve, mas que acaba também distanciando, acaba também tirando o pertencimento, acaba de alguma forma também fazendo com que as pessoas se esfriem, com que as pessoas fiquem mais distantes umas das outras... imagino que em um momento suspenderam, mas a gente ia ter enfermeiro formado a distância, psicólogo a distância... imagine que até a medicina queria uma distância... imagine se uma enfermeira aprende a dar injeção a distância... 'pega a laranja aí, minha filha, aplica na laranja'... a laranja não emite dor, mas eu emito dor e quando ela for aplicar em mim é diferente... e da laranja, ela só vai tirar o suco, de mim é sangue [...] inserir muita tecnologia tira a humanização, tira a possibilidade do vínculo de pessoas com pessoas... eu acho que parte de nós é a convivência social, parte de nós é a possibilidade de a gente conviver em grupo, então a tecnologia, pra mim, ela não substitui [...]” - Bahia

“Do meu ponto de vista, a Secretaria de Saúde não emprega, com a facilidade que nós temos de tecnologia hoje, a tecnologia a favor do usuário... nós ainda temos consultas marcadas por telefone, marcadas presencialmente [...] – Distrito Federal

“Acho que isso [as novas tecnologias] trouxe um prejuízo para o trabalhador muito grande, porque a gente está trabalhando o tempo inteiro... é adoecedor para o trabalhador [...] durante esse processo, eu mesma tive que me autovigiar, porque a sensação que a gente tem hoje é que a gente trabalha direto [...] [...] todos nós tivemos que, rapidamente, aprender muita coisa, mas a gente não passou por um processo de letramento digital... [e] as pessoas elas não têm todas as mesmas habilidades [...] eu tenho percebido em relação aos usuários um distanciamento muito maior do que o que existia [...] às vezes você vai num serviço público, você tem que tirar senha num QR Code [e] tem gente que não sabe nem o que diabo é um QR Code [...] às vezes, o funcionário, ele está hábil a explicar aquilo ali, às vezes [são] coisas simples... se você explicar ali ao usuário, ele vai entender e [isso] vai gerar um conforto para ele... mas ali no 'corre' do eletrônico, do digital, você não tem tempo de dialogar com as pessoas, e eu tenho percebido um distanciamento, medo, isolamento [...] [...] eu acho que essa revolução tecnológica que nós vivenciamos garantiu acesso a determinadas coisas, mas ela tirou acesso principalmente dos usuários, principalmente dos usuários que vivem nas condições mais vulnerabilizadas, porque eles não têm esse letramento digital e não conseguem acessar” – Ceará

“A gente observa que a tecnologia vem facilitando uma série de coisas, mas ainda não é o suficiente [...] ainda falta a integração dos sistemas... uma ligação,

um elo entre os municípios [...] [falta] um prontuário único... que de qualquer lugar você acessa e você tem... isso não tem ainda...então, acaba tendo essa quebra de serviço: se a pessoa é atendida na unidade X, aí, de repente, por um motivo ela teve que ir para outra, em outro município [...] se perde aquela continuidade [...]

[...] existem algumas dificuldades de acesso por parte de alguns segmentos, porque a parte tecnológica não é de domínio geral da população - nem de todo profissional e nem de toda a população, mas os profissionais acabam recebendo as formações para aquilo ali [e] a população, nem sempre... então, tem parcela da população que tem mais dificuldade em estar acessando alguns serviços dessa forma.” – Espírito Santo

“Como a maioria dos servidores efetivos foram para áreas administrativas e muitas dessas questões das novas tecnologias ficam para a área assistencial, a gente tem poucas notícias das dificuldades dos trabalhadores em relação à utilização dessas novas tecnologias e a forma como eles estão sendo, por exemplo, capacitados para utilizar essas novas tecnologias... no início, quando essas OSSs entraram, uma das questões que a gente ainda percebia que o trabalhador enfrentava era a dificuldade, por exemplo, da utilização dos computadores, de programas para consultas, para avaliação de pacientes... eram as grandes reclamações dos trabalhadores: “ah, mas agora eu não cuido do paciente, eu só fico por conta de computador?... tudo que eu faço eu tenho que lançar no computador”... porque [antes] era tudo muito manual... o técnico ia lá, prestava um atendimento [e], no fim do dia, ele anotava o que tinha feito... com a entrada dessas OSSs, informatizou todas as informações que eram feitas sobre a assistência desse paciente... eu acho que, se a gente tivesse um retorno dos servidores efetivos, a gente talvez tivesse um choque de realidade, porque a gente sabe que essas unidades que foram privatizadas para as organizações sociais, elas tiveram investimentos em tecnologias que antes, quando era gestão direta, não tinha... e esse trabalhador provavelmente teria dificuldade em se adequar a essa nova realidade.” - Goiás

Se eu tenho um computador e eu não sei mexer no computador e eu sei mexer com a caneta, então eu faço com a caneta que eu faço melhor [...] [não adianta] ter o melhor equipamento, se não tem o pessoal preparado para usar esse equipamento... é desperdício [...] acontece dessa forma... a gente tem ‘n’ provas disso aí... é documento que sai errado...aquilo do tal control C e control V [...] tem os assessores de 10 municípios, aí você vai pegar um documento, ele só muda o nome do município... e [...] nós já temos enfrentado casos que nem isso, nem a mudança do nome do município acontece... nós tivemos um caso agora recente, foi notícia nacional de um município que o número de atendimento no SUS foi três vezes maior do que o número de habitantes... aí o gestor disse: ‘foi erro do operador, foi erro do digitador’[...]

[...] eu não posso concordar que, com toda a sistemática que nós temos de informática, com todos os equipamento e tal, ainda se faça filas pelas madrugadas de pessoas pegando chuva para marcar consulta...se eu posso

usar meu equipamento para evitar que as pessoas se levantem de madrugada para marcar consulta e não faço, eu não estou sabendo usar meu equipamento.”
– Maranhão

“Tecnologia sempre vem para contribuir nos avanços... aqui [o estado] faz muita aquisição de equipamentos... você adquirir um equipamento é muito bom, é o começo, mas eu acho que na hora de você desenvolver essa tecnologia, é problemático, porque contratam empresas para criar sistemas, sendo que nós não precisamos desses sistemas paralelos... por exemplo, nós temos um sistema maravilhoso na assistência farmacêutica, gratuito pelo SUS, mas eles querem criar aquelas ferramentas paralelas... é um complicador enorme, porque a gente se perde na questão dos dados, ele pode ser manipulado... tem muitos [ferramentas] que o Ministério da Saúde não aceita... e é um desperdício muito grande de recurso... fazem aquisição de equipamento, depois não tem quem tem know-how para operacionalizá-lo [...] eu fui a uma unidade de nível terciário que tinha um equipamento supercaro e ficava lá encaixotado... e como esse tem muitos..., não tem um planejamento para você edificar uma obra para você fazer a aquisição de um equipamento.” – Mato Grosso

“Algumas [novas tecnologias tiveram impactos positivos], por exemplo, telessaúde... durante a pandemia, a gente viu que houve um avanço aqui no hospital de Uberlândia... teve uma médica [...] que passou a atender, quando estava tudo paralisado... e lá é referência para aborto legal... ela inovou, fez um atendimento de forma virtual, enviava os medicamentos que as mulheres e meninas precisavam... mas... por um lado auxilia, por outro dificulta... facilita o acesso [mas], por outro dificulta porque a gente vê que... eu não sei se é analfabetismo tecnológico, mas as pessoas têm muita dificuldade a acesso, não têm internet, os pacotes de celular que não dá para [dar conta da necessidade]... alguns conselheiros, principalmente, usuários do interior, de locais mais distantes, tiveram muita dificuldade e [têm] até hoje... é o recurso mesmo que as pessoas não têm... elas compram o pacote de dados que está mais em conta, e aí não dá pra participar de reuniões virtuais de média e longa duração[...]
A marcação [de consultas], por exemplo, se fosse por telefone, as pessoas têm acesso ao WhatsApp [...] [mas] o negócio é complicadíssimo... e é tudo agora por esse aplicativo... pontogov... se pra mim é assim, imagino pras demais pessoas, que têm menos acesso.” – Minas Gerais

“O estado e as prefeituras que eu conheço não têm tido esse problema, porque não há introdução de novas tecnologias... está havendo a introdução de novas tecnologias na PB Saúde, que é essa fundação que foi criada há uns quatro anos... ela é nova e ela tem trazido novos equipamentos, novas tecnologias para usar no Sistema Único de Saúde.” – Paraíba

“[Quanto à tecnologia dura] ainda existe uma lacuna, falta dessa tecnologia na quantidade que a saúde do estado de Pernambuco precisa: máquina de

tomografia, de ressonância magnética e tal, principalmente, no interior... e quando tem, elas ficam guardadas lá no almoxarifado por um tempo grandão, porque não tem quem maneje... a quantidade de profissionais formados para usar aquela tecnologia... demora a formação... é um parto bem difícil, a fórceps... é uma crítica que eu faço: [é necessário] comprar o material e, par e passo, fazer, preparar esse profissional para usar... são licitações caras, demoradas [...] tem muita coisa no Recife, na capital, na região e precisa interiorizar isso... tem muito transporte de fora do município para trazer gente do interior para cá... é um sofrimento, é uma logística cara, poluente, acaba com o meio ambiente, meio mundo de carro na BR, inseguro, desconfortável... quando poderia trazer isso para o interior... tem que trazer essas tecnologias para o interior [...]

[...] E na questão da tecnologia leve ... eu desejo que fique mais potente essa formação do profissional, para não precisar tanto dessas tecnologias duras... eu sou uma profissional da atenção básica, eu sei o quanto é potente e promissor na questão de diminuir remédio, de adoecimento, a questão da promoção da prevenção, que ainda é um assunto muito transversal [...] essas tecnologias mais leves, elas têm uma força muito grande... elas precisam ser implementadas, praticadas com mais quantidades e ter formação [...]

[...] [para os usuários, a implantação de novas tecnologias] é restrita, aí as filas por essas tecnologias são monumentais, enormes [...] - Pernambuco

“O governo do estado contratou uma empresa para saúde digital e obrigou os municípios a aderirem a isso... ou é isso ou perde cofinanciamento... um cofinanciamento que já é mínimo... [é o que] está no decreto [...] e deu um prazo: até tal dia, ou adere ao Saúde Digital ou perde o cofinanciamento... para mim, isso fere de morte, porque todas as diretrizes de atenção primária à saúde não se sustentam num atendimento por tablet... eu sou absolutamente favorável aos serviços digitais... acho que é um caminho sem volta... mas esse não é o problema da atenção primária à saúde, a atenção primária não precisa de um médico superespecialista através de um serviço digital... ao contrário, ela precisa de um médico de família e comunidade, de equipes multiprofissionais formadas na perspectiva de saúde e comunidade... e não de superespecialistas [o que] encarece o serviço e não resolve efetivamente o problema [da] pessoa que está com vulnerabilidade, que está morrendo, [das] crianças que ainda morrem de diarreia [...] eu entendo a saúde digital como um apoio, um suporte, um aporte para o serviço de saúde não poderia ser, não deveria ser como substituição, mas o que a gente está verificando é uma substituição [...] acho que a tecnologia facilita bastante, mas ela não pode substituir o cuidado clínico, o toque, a atenção, a escuta [...] mais uma vez, a integralidade do cuidado, pra mim, se perde muito, tanto horizontal quanto vertical [...] eu vou na Saúde Digital me consultar com um profissional hoje, amanhã é outro, depois é outro, porque a lógica é essa... não tem vínculo, não tem absolutamente nada... eu vejo com preocupação [essa] substituição, mas é um mercado enorme, com a força capital gigantesca, atropelando todo mundo [...]

O estado do Piauí não é um estado homogêneo... dentro da pobreza tem as suas ilhas, ou de maiores desigualdades, ou de alguma riqueza [e] para acessar essa

tecnologia, você precisa ter internet de qualidade.... e a gente tem uma desigualdade enorme nesse acesso... então, como é que vai ter condições [de acesso] para a população que mora mais distante, mesmo na capital... então, você está promovendo inequidade, você está acentuando [...]

Eu acho que [a tecnologia] pode ser favorável, mas não acho que ela tenha sido favorável, porque do mesmo jeito que o usuário tem dificuldade de acesso, o trabalhador também tem, nas regiões mais distantes... mas pensar num laudo de um exame com o uso de tecnologia, eu acho que é um bom caminho... você não precisa ter um ortopedista especialista, lá bem no interior do estado, mas você pode fazer um laudo de exame [com tecnologia], mas você não tem o equipamento funcionando...

“A gente tem que resolver o básico primeiro [e], para pensar na tecnologia, não é possível, porque isso tem custo [...] e você desvia o financiamento para isso, vendendo a ideia de que isso vai solucionar tudo, mas o básico está se precarizando cada vez mais [...] esses modelos de governo que se dizem inovadores [...] desconsideram o humano, [é uma] inovação pensando em máquina e a inovação deveria começar por inovação em processo de trabalho e não em equipamentos, em tecnologia pesada.”- Piauí

“As novas tecnologias [...] são de custo muito elevado... para a realidade de um estado empobrecido como é o nosso... na saúde pública, as coisas são mais difíceis [...] o impacto [das novas tecnologias] não é tão grande assim... é bem menor... há a necessidade de haver um maior investimento... e o pior é que [...] se nós pegarmos o orçamento do estado do Rio Grande do Norte, o percentual para investimento geral, e não estou falando apenas na saúde, é na casa dos 3, 4%... então veja, um orçamento onde você, dos 100% possível, você tem 2, 3% para investimento no geral, é muito pouco, é quase nada, eu diria até que totalmente insuficiente... na saúde, em especial... talvez no setor de oncologia exista até uma certa disponibilidade dessa alta tecnologia, dessa tecnologia mais de ponta, [para] a população ter acesso, porém ainda pequena, diante da monta de pessoas que têm problemas oncológicos... a condição e a qualidade... é pequena e precária... a população carece muito desses avanços na esfera da saúde disponíveis para atender o maior número de pessoas.” – Rio Grande do Norte

“Depende do que você chama de nova tecnologia.... Por exemplo, a questão do e-SUS, cada prefeitura resolveu fazer seu sistema próprio... antes eu lançava os dados do paciente ali, direto no e-SUS... agora eu lanço num sistema próprio do município, que um gestor vai lançar no e-SUS... eu acho que é uma dificuldade... mas tem algumas coisas boas, por exemplo, eu considero a telessaúde uma boa ferramenta que funciona aqui... eu, como enfermeira de posto, muito usei a telessaúde para trocar com colegas, saber a questão de conduta... agora, eu acho que a tecnologia tem que vir junto com o aprendizado, nem todos os profissionais são iguais, às vezes existe uma certa resistência, mas tudo o que for para facilitar o trabalho [...] otimizar o tempo e até questões de consulta[...]

[...]. Eu acho que um grande avanço é o prontuário eletrônico [...] se a pessoa foi atendida no pronto-atendimento, se o profissional evoluiu direito, eu sei o que foi feito... o profissional de saúde não pode deixar de evoluir, tudo que não foi evoluído é porque não foi feito... tem muitos colegas, às vezes por excesso de carga de trabalho, que não evoluem de forma correta, mesmo na atenção básica, a renovação de receita.... às vezes o usuário vem no posto de saúde e renova a receita, depois ele vai no CAPS e renova a receita, se o profissional não tem esse prontuário eletrônico que converse, pra ver se o fulano já renovou ... isso causa alguns problemas também... isso passa pela formação e educação em saúde também... quando fala de gestão de trabalho também tem que ver essas questões [...] mas acho que a tecnologia sempre é um avanço desde que bem usada.” Rio Grande do Sul

“As novas tecnologias tiveram, sim [impactos sobre os serviços de saúde], principalmente na pandemia [...] na pandemia a gente precisou rever a forma de trabalhar, de chegar até o usuário, de se comunicar com os servidores da área da saúde [...] [porém], aqui no estado de Rondônia, a gente tem uma dificuldade [...] com a conectividade... como é um estado muito amplo, territorialmente falando, aqui nós temos floresta, temos ribeirinhos, temos áreas que são mais remotas, tem os quilombos, a área urbana, a gente tem com a conexão via internet de boa qualidade... esse é um dos entraves... a tecnologia não tem chegado a tantos trabalhadores e usuários... tem um movimento atualmente [...] do Secretário Estadual de Saúde, que está tentando trazer aqui para o Estado a telessaúde, a tele-educação, a telemedicina, para a gente poder conseguir estruturar melhor essa conectividade com nossos trabalhadores e nossos usuários também... mas a gente sempre tem esses problemas com a fragilidade da velocidade da internet... tem locais que são tão remotos que não tem como o sinal chegar até lá... isso prejudica a comunicação, dificulta o acesso do usuário aos serviços, às tecnologias da área da saúde... mas a gente tem tentado buscar maneiras de vencer também esses entraves, melhorando o parque tecnológico, pedindo apoio do CONASS [Conselho Nacional de Secretários de Saúde], do Ministério da Saúde, pra poder melhorar nossas ferramentas de comunicação... é um movimento em que a escola também está sempre muito inserida na discussão junto com o CONASS e com a Secretaria.” – Rondônia

“ Eu acho que [a tecnologia, no estado] não avançou muito... aqui a gente tem uma carência muito grande na questão da tecnologia... avançou um pouco quando você fala em telessaúde, que a gente está tendo em telessaúde aqui... mas tem muitos lugares que a gente não botou ainda o prontuário eletrônico... e agora com esse SUS digital, eu não sei como que vai ser, [porque] vai ter um aporte bem maior de logística ... precisa esse trabalho com a tecnologia, porque hoje em dia tem ajudado bastante, mas aqui eu vejo que não avançou muito... ainda está muito no papel, analógico.” - Roraima

“Em 2014, saiu a nota técnica do Ministério da Saúde para a implementação do prontuário eletrônico... ela definia até o tipo de computador, a máquina que você

ia utilizar dentro das unidades, inclusive, referendando sobre a questão da internet... e a gente sabe que em 2014 muitos recursos não foram utilizados [...] nem todos [os sistemas de prontuário eletrônico] estão implantados ainda nos municípios, são sempre empresas terceirizadas desse sistema, e é um sistema que não se comunica com o eSUS diretamente, os dados não migram tecnologicamente, tem que ter um profissional que eles chamam alimentador do sistema que consolida os dados da atenção primária para serem lançados no sistema... O nosso aqui [...] não é aquilo que a gente imaginava [...] a gente percebe uma discrepância muito grande quando vem a realidade do eSUS depois de alimentado o que a gente tem na atenção básica... mas a nível de estado a gente não tem esse prontuário eletrônico, porque são sistemas diferentes... Aracaju trabalha com um, o estado Sergipe trabalha com outro e eles não se comunicam... então, a gente ainda tem essa dificuldade de, em tempo real, o profissional alimentar esse dado e o usuário ter o seu atendimento colocado...

[...] A gente tem também uma dificuldade no sistema [...] eu consigo saber se ele passou por um processo de internação... mas às vezes a gente consegue identificar que o próprio profissional não alimenta esse sistema [...]

[...] Questão [problemas] de conexão de internet, questão de estrutura, às vezes falta do pessoal para estar acompanhando o usuário na sala para conversar com um profissional e também a questão da falta de acessibilidade de algumas regiões... é um estado pequeno, é uma cidade pequena, mas tem muita dificuldade de conexão com a rede de dados móveis... a internet também não é muito boa da forma que é colocada...

[...] Na pandemia, foi criado aqui um call center de Aracaju, no qual você marcava as consultas, marcava ainda por telefone, também tinha a consulta com psicólogos, estavam de plantão, permaneceu esse serviço, gerenciando agora para as unidades... foi lançado também o aplicativo Mais Saúde Cidadão, que o próprio usuário faz o agendamento das consultas dele [...] o diagnóstico da implantação dos programas até hoje [mostrou] [...] que [os resultados vão depender muito da região: as 10 primeiras [regiões] tinham algo de 4 mil, 5, 6 mil consultas marcadas só pelo aplicativo... na área periférica, esse número ia para 300, 200 consultas... uma disparidade muito grande... é preciso comunicar essas novas tecnologias de uma forma mais acessível para quem está mais longe, para quem é mais vulnerável, para quem não tem condição [...]

[...] As tecnologias estão vindo, mas capacitar os profissionais tá faltando..., capacitação realmente, que você possa sentar na frente do computador e não ter medo de mexer.” – Sergipe

outros municípios, onde inicialmente a gente tinha planos que eram benéficos para o trabalhador, fizeram alterações nos planos de carreira, retirando algumas categorias dos seus planos, por exemplo, agentes comunitários de saúde... grande parte desses profissionais foram excluídos dos planos de carreira dos trabalhadores da saúde... – Goiás

Questões específicas de profissão

Alguns dos entrevistados mencionaram em seus depoimentos questões atinentes a determinadas profissões, que merecem ser expostas neste tópico.

Sobre os profissionais da enfermagem, foram registradas falas sobre remuneração, condições de trabalho e de contratação, quais sejam:

*“Está mais [insatisfeito com a remuneração] quem é da área da enfermagem... [veja] a questão do piso salarial da enfermagem, a confusão, a angústia que é uma categoria que durante a pandemia conseguiu mostrar a sua importância e o seu valor, mas isso não se transformou em benefício nenhum, muito pelo contrário... essa continua sendo uma classe mal remunerada, a que tem as piores condições de trabalho, a que mais está exposta à violência institucional, à violência psicológica, à violência e agressão verbal, intimidação e assédio... e isso tem adoecido nossos trabalhadores, atualmente existe uma nova pandemia que é a da saúde mental do trabalhador da área da saúde [...]
[...] a mão de obra da área da enfermagem é a maior mão de obra da área da saúde e os empregadores [consideram que] não têm como arcar com esse impacto em folha de pagamento... tanto que até hoje os municípios alegam que não vão fazer a implantação do piso, porque vão quebrar, sendo que um médico pode receber R\$ 3.400 por um plantão, mas não podem pagar o preço de 4 mil para um enfermeiro...”*

Em várias das declarações, os entrevistados referiram-se aos médicos, por vezes citados juntamente com outros profissionais de grau superior.

“Embora a gente seja um sindicato por ramo de atividade, você acaba tendo a luta das categorias, porque o trabalhador não se reconhece como classe trabalhadora, ele se reconhece como profissional liberal ou médico, dentista, enfermeiro, farmacêutico, mas ele não se vê como classe trabalhadora... então, ele acha que ele vai discutir o umbigo dele e tá tudo certo...”

“O profissional médico não vai para mesa de negociação [e], quando vai, já pactuou à parte, ele vai para fazer uma ratificação do que já está pactuado para ele... existe um profissional médico que tem um tratamento específico, ele nem vai para a mesa de negociação, ele negocia à parte e existem os demais... e mesmo assim, o espaço de trabalho desse médico também não está, bom, não... porque ele trabalha na mesma emergência que os demais... na mesma UPA, nas mesmas unidades de média complexidade... eu não sinto o profissional valorizado... o que sai de valorização é por muita perseverança dos trabalhadores, dos sindicatos e de associações.”

“[...] tem algumas carreiras aqui que são bem remuneradas... [mas é] subjetivo: o que for bem remunerado pra mim, pode não ser pra você... a carreira de dentista, que são 20 horas, tem um salário base diferente do nível nacional, igual

ao médico... tem algumas carreiras que distorcem a questão também de outros profissionais da área de saúde, que não acompanham esse processo... tem algumas carreiras que são beneficiadas: médico, dentista - e as outras são as outras.”

Também os Agentes Comunitários de Saúde foram alvo de vários comentários, em especial sobre as condições específicas de seu trabalho:

“Alguns municípios, onde inicialmente a gente tinha planos que eram benéficos para o trabalhador, fizeram alterações nos planos de carreira, retirando algumas categorias dos seus planos, por exemplo, agentes comunitários de saúde. Grande parte desses profissionais foram excluídos dos planos de carreira dos trabalhadores da saúde.”

“Falta equipamento para os agentes comunitários... não tem balança, não tem régua, não tem máscara...”

“[...] Há uma proposta de redução da carga horária dos agentes comunitários de saúde, porque a gente está no sol o tempo todo [...] alguns colegas [querem a redução] para arranjar outro trabalho [...] então, a gente não está brigando por melhoria na condição do trabalho, a gente está brigando por ter mais espaço para ter uma renda extra.” [...]

[...] Muito agente comunitário de saúde [está] sendo contratado de forma direta pelo gestor público... não tem um processo seletivo ou um concurso público [...] [apenas] dois ou três municípios é que fizeram um concurso público tanto para agente, comunitário de saúde, como para agentes em endemias [...]

Uma das entrevistadas, profissional de educação física, discorreu sobre a profissão e as dificuldades com que tem se deparado para abrir espaço de atuação no SUS:

“O profissional da educação física não está atuante para garantir o seu espaço na saúde do SUS... [se] perguntar quais são as profissões que estão atuando nos estados [...] certamente não vai ter ninguém da educação física ou muitos poucos da educação física... por isso que eu perseverei tanto em estar nesta pesquisa, porque eu acho que deve ser a primeira vez ou poucas as vezes, que tem os profissionais da educação física a discutir política pública no âmbito estadual, saúde do trabalhador... e, em especial na conferência... eu estava até estudando as outras conferências... não tem nada da educação física sobre elas [...] é necessário incluir [nos concursos do estado] a profissão da educação física, que até o momento não tem [...] a educação física, quando entrou no serviço [SUS], entrou muito precarizada, polos sem banheiro, sem condições, sem material para trabalhar, umas coisas assim que foram se ajustando à medida que a política foi sendo colocada... e a gente também percebeu que tinha muitas outras profissões dizendo o que a gente tinha que fazer, quando ela não tinha

aquela propriedade de discutir as questões da educação física, especificamente... é uma profissão recente junto às outras profissões de saúde, o reconhecimento da profissão é recente... e dentro do SUS, aí é que é recente mesmo... [só] tem 22 anos, mas ainda tem muita coisa por burilar [...]
[...] nas mesas de negociação salarial, a gente [profissionais de educação física] não tinha representatividade... representação [...] não tinha nenhuma entidade de cunho coletivo para estar na mesa de negociação [...] então, em 2009, a gente montou uma associação de profissionais da educação física do estado, nesse intuito de ter alguém para falar pela educação física no Sistema Único de Saúde, mas também em qualquer outro âmbito onde tivesse profissionais da educação física trabalhando..."

Houve ainda uma fala sobre a jornada de trabalho dos técnicos em radiologia:

"[...] A jornada de trabalho dos técnicos em radiologia é de quatro horas diárias... tem um teto máximo, de 20 horas [por semana] [...] mas o técnico está de manhã numa unidade de saúde, à tarde ele vai para outra e à noite ele vai para outra [...] e a gente brigou lá atrás por uma carga horária reduzida pela questão da nossa saúde, mas hoje eles estão fazendo [uma jornada] além do que seria de uma semana" - Sergipe

Por fim, registrou-se uma declaração sobre a forma de contratação de assistentes sociais:

"A terceirização tem ocorrido no atendimento direto ao paciente... vou dar um exemplo: no concurso público para assistentes sociais foram [abertas] 53 vagas... só numa unidade hospitalar, a gente tem mais de 40 profissionais que são advindas de cooperativas [...] as cooperativas elas são contratualizadas por hora... o Estado contratualiza, tipo, 120 horas de assistente social... se aquilo ali vai ser uma assistente social, duas, dez, quinze, vinte, ninguém sabe [...] e a cooperativa é a maior parte da contratualização"

Sugestões, comentários e críticas dos entrevistados

Alguns dos depoentes registraram sugestões e críticas que merecem toda a atenção do Conselho Nacional de Saúde.

Parte deles sugeriu a priorização de alguns temas e ações relativos ao trabalho e educação em saúde.

"Eu sei que vocês estão fazendo um levantamento sobre a norma [NOB], mas eu acho que a gente precisa pensar - não sei se para a Conferência - em que instância a gente vai discutir as legislações de um modo geral que afetam o Sistema Único de Saúde... entre essas legislações, eu acho que a lei de

licitações precisa ser discutida no Congresso [Nacional], porque ela foi a grande justificativa para a entrada do terceiro setor dentro do setor saúde: 'Ah, não conseguimos comprar, a gente não consegue contratar, porque a lei de licitações nos amarra'... então vamos resolver isso no terceiro setor”.

“O Conselho Nacional deve abraçar essa causa [do concurso público] junto com os sindicatos e demais, para que a gente possa reverter essa situação, porque está preocupante, muito preocupante.”

“Peço que dessa formação, dessa pesquisa saia uma sugestão de formação para o trabalhador do SUS... dessas questões de saúde do trabalhador, do fazer do trabalhador... a gente tem muita formação da parte técnica: como funcionar, como atender, como acolher... [tem] a prática específica daquela profissão... mas questões do trabalho, eu acho que é bom... se puder difundir, vai ser bacana, vai ser bom... uma formação - várias, na verdade -, para chegar nos confins lá do Brasil, nos cantinhos longe do Brasil, onde tem menos informação, menos acesso ao serviço.”

“O que eu acho, na realidade, em relação à saúde do trabalhador do SUS, é que tem que ter um trabalho junto ao Congresso Nacional para que realmente sejam implementadas medidas semelhantes às da iniciativa privada exigidas pela CLT, para que o trabalhador [possa cobrar] dos patrões dos estados e municípios... para que sejam implementadas medidas, [para] que haja possibilidade de investigação e de comprovação dos direitos, para que eles possam ser implementados de fato... porque hoje depende da boa vontade dos governantes.”

Houve quem se referisse especificamente à 4ª Conferência, propondo determinados procedimentos ou criticando alguns dos encaminhamentos adotados.

“A gente sabe que o Conselho Nacional de Saúde funciona na paridade e que eu não vejo com bons olhos esta paridade para essas duas conferências que vamos ter agora, a primeira no segundo semestre agora deste ano, e a outra do trabalhador no primeiro semestre do ano que vem, em 2025, porque estamos iniciando uma conferência sobre o trabalhador... e na primeira, agora, é a educação do trabalhador e a saúde propriamente dita e vivenciamos o momento em que o trabalhador está muito movido a ir para a conferência local, o fórum onde tem esse debate, essas discussões, para que tenha uma melhoria no trabalho do trabalhador... mas me conta como o trabalhador vai conseguir estar 100% na conferência, 100% na preparação da conferência, no momento que atravessamos, com a saúde no caos que ela está, onde o trabalhador vive de TPDs [Trabalho em Período Definido], vive de horas extras, vive adoentado pelo trabalho que ele está fazendo na saúde e pelas agressões sofridas, e isso causa um trauma danado, psíquico no trabalhador... as agressões causadas pelos usuários... nós aqui do Conselho estamos preparando uma conferência - as

regionais e a nossa do DF, inclusive com cartilha de não-violência, porque eu acho que o dever de casa tem que começar dentro de casa, e também não tiro a razão do usuário, mas eu acho que não funciona desse jeito, porque o usuário, quando chega a um posto de saúde com seu ente querido ali adoentado e vê o desespero do não-atendimento, muitos deles não têm o controle específico e acabam agredindo quem não deveria agredir... o trabalhador está ali na linha de frente, mas não é culpa dele do caos que estamos vivendo na saúde... é uma série de fatores que gera isso... então, como nós vamos preparar uma conferência com o nível de estresse que está o trabalhador e ainda sem poder deixar o seu espaço de trabalho... e ainda tem a paridade.... Na conferência do trabalhador, eu penso que deveria ser visto de uma outra forma: diminuir a paridade, porque o usuário pouco vai poder agregar às reclamações do trabalhador, e não é isso que a conferência prevê... ela prevê melhoria nas condições de trabalho do trabalhador e o usuário só vai reclamar que está sendo mal atendido, não vai parar para analisar, passar para o outro lado do trabalhador, se colocar no lugar dele e ver pontos que possa agregar... então, eu acho que já começa tendo uma perda. Eu acho que deveria ser visto isso e feita uma proposta para que aumentasse o número de trabalhadores para as conferências e diminuísse o número de usuários neste caso, em específico, porque a conferência é voltada para o trabalhador.”

“Nós precisamos ver a aplicabilidade final dos relatórios apontados por vocês, que muitas vezes não tem essa aplicabilidade, não tem esse retorno... às vezes, em encontros aqui, eu já causei até a ira do presidente do CNS, porque eu toco nessa ferida e ele acha que não, acha que cumpriu a conferência... e não é assim cumprir a conferência.”

“Nós estamos indo para uma quarta conferência de gestão do trabalho, educação e saúde, que deveria estar revisitando o que não foi feito, o que não foi implementado na NOB RH SUS, o que não foi implementado com a diretriz PCSS SUS[...] [e sem] uma política permanente, com propostas temporais de estruturação do que é mais estratégico, que é a força de trabalho, a gente vai continuar patinando e repetindo o mesmo... aí vamos fazer oito conferências de gestão de trabalho e gestão de saúde discutindo a mesma coisa... discutindo porque o salário é precarizado, por que as pessoas têm alta rotatividade no trabalho...aí, vamos continuar conversando sobre os mesmos temas.”

“[...] Eu acho que as questões levantadas [para a 4ª Conferência] são as mesmas de antes... eu peguei o relatório da primeira conferência e vi lá pedindo mesa permanente de negociação, hoje é o mesmo pedido, a gente quer mesa permanente de negociação... estava lá pedindo melhores condições de trabalho, hoje a gente está aqui pedindo de novo, então as coisas se repetem [...]

Por fim, houve algumas intervenções com críticas aos encaminhamentos, procedimentos e orientações do Conselho Nacional de Saúde, a saber:

“O Conselho Nacional de Saúde é um Conselho, do meu ponto de vista, com uma bandeira partidária muito forte... e não tenho nada contra os partidos políticos, absolutamente nada contra os partidos políticos, mas acho que nesse espaço, você ter uma bandeira partidária enfraquece a defesa do SUS... e vou dar um exemplo concreto disso: a gente está vivendo aqui a entrega da saúde para as OSSs... nós provocamos o Conselho Nacional de Saúde, formalmente... silêncio total... Recentemente o Conselho Nacional de Saúde pública uma nota e publicações contra o - não sei se é Mato Grosso do Sul - que está fazendo a mesma coisa que o Piauí está fazendo, mas contra o Piauí não soltou uma nota, não soltou nada... é uma decisão político-partidária... isso não é defesa do SUS... esse atravessamento político-partidário, para mim, é um problema seríssimo... mais uma vez, absolutamente nada contra os partidos políticos, acho que eles são fundamentais para a democracia... mas esse espaço de controle social deveria ter foco no SUS.”

“Essa conferência da gestão do trabalho é a mais importante que tem para o trabalhador do SUS... o Ministério da Saúde, lá no nível federal, está na quarta, Mato Grosso está na segunda e Cuiabá - onde quem chama a conferência é o estado, está na primeira... e ninguém nem sabia por onde começar... eu acho que todos nós estamos pecando, principalmente quem tem essa prerrogativa de chamar... eu já fui muito em conferência nacional e não existe um entendimento... parece-me que a formatação dessas conferências são feitas no ar-condicionado, não dialoga... por exemplo, essa conferência temática [...] os municípios chamaram as conferências e definiram datas [...] eles não olharam que nessa data os municípios não têm financiamento, estão abrindo orçamento... mesmo assim, os municípios se esforçaram e fizeram... aí, de repente, o Conselho Nacional de Saúde muda a data já para dezembro, no apagar das luzes, para fazer essa conferência já em dezembro... eu fui contra a alteração de datas... nós já tínhamos desencadeado, já tínhamos buscado nossos parceiros... nós vamos fazer o nosso dever de casa... é um absurdo: chama uma conferência, manda documento orientador e, de repente, os municípios que já tinham conversado, como é que a gente vai chegar lá e falar: ‘olha, mudou a regra’?...o cidadão não gosta disso, ele gosta de conversa certa, correta... sempre tem que respeitar o cidadão... eu não tenho essa cara de pau de chegar lá, depois que você desencadeia um processo [e dizer]: ‘olha, agora nós vamos mudar, porque alguém lá de cima achou que não vai ser agora’... nós não mudamos, nós mantivemos a construção... e outra coisa: eles colocam, sem conhecer a realidade de cada unidade da federação, ele não sabe até onde que um avançou, outro que não avançou, é conferência regional... não chegamos nesse processo ainda... talvez a gente chegue nesse ponto, seria interessante... mas eles têm que conhecer a realidade de onde a conferência, que é de forma ascendente, vai acontecer.”

“Eu queria muito - e é um desejo - que o Conselho desse muito suporte aos estados, porque a gente fica à mercê de estar aqui batendo sozinha, e eu acho que essa gestão do Conselho Nacional deixa muito a desejar nesse sentido... eu adoro fazer conferência - eu sou de todas as comissões, sou de relatoria -, mas estou tão triste em fazer essas comissões de gestão do trabalho, que é minha praia e a gente não tem chamado mais para as reuniões dessas conferências... e a gente faz um trabalho de ajudar os municípios por trás. E eu estou muito triste com tudo isso, porque eu estou em todas, toda conferência eu estou dentro.”

Considerações finais

A pesquisa com conselheiras(os) estaduais de saúde possibilitou o levantamento das principais questões que devem ser debatidas pelo controle social no que diz respeito à gestão e organização do trabalho na rede SUS e pelos participantes da 4ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde.

Foi possível constatar que a Norma Operacional Básica sobre Recursos Humanos no SUS (NOB/RH-SUS) continua sendo uma referência fundamental para o debate e organização do trabalho no SUS, ainda que não esteja sendo utilizada pelos gestores e pelo controle social e que seus dispositivos não estejam sendo devidamente aplicados no dia a dia do SUS.

Além disso, foi possível mapear a situação da organização do trabalho no SUS nas 21 unidades da federação mapeadas na pesquisa, caracterizada por uma multiplicidade de formas de gestão das unidades de saúde, o que contribui também para uma multiplicidade de vínculos e para a precarização do trabalho na saúde. A terceirização em diversas formas tem implicado na desarticulação do sistema e impedido atingir os princípios do SUS, quais sejam, a integralidade, equidade e universalidade.

Captou-se ainda diferentes desafios territoriais para a gestão do trabalho no SUS, tendo em vista as dimensões continentais do país e até de alguns estados, caracterizados pela dispersão da população no território ou, por outro lado, pela excessiva concentração de população e serviços em determinados estados e municípios.

Em particular, identificou-se muitos desafios relacionados à carreira das(os) trabalhadoras(es) do SUS, com diferentes situações de implementação e estrutura dos Planos de Cargos, Carreiras e Remuneração (PCCR) e achatamento do nível de remuneração das(os) trabalhadoras(os). Essa situação é agravada pela dificuldade em se manter uma prática da negociação coletiva nos diversos entes subnacionais, bem como em estabelecer e manter dinâmicas mesas de negociação permanente do SUS.

Por fim, considera-se importante ressaltar que a pesquisa, somada aos demais produtos previstos na Carta-Acordo SCON2023-00216 - “Gestão e Organização do Trabalho na Rede SUS”, celebrada entre a Organização Pan-Americana da Saúde – Escritório Regional da Organização Mundial da Saúde - OPAS/OMS e o Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos – DIEESE tinha o objetivo de contribuir para a mobilização dos atores para a 4ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, o que se acredita ter sido alcançado pela própria dinâmica das entrevistas ao longo da realização das conferências livres e das etapas intermediárias da conferência nacional no âmbito dos entes subnacionais.

ANEXO 1

ROTEIRO DE ENTREVISTA

Dados do Entrevistado

Nome:

Estado que representa

Segmento que representa no Conselho – (trabalhadores, usuários, governo)

Profissão

Histórico do envolvimento com a questão da saúde

- como se envolve
- participa de que espaços
- como chegou ao Conselho

Roteiro para entrevista com Conselheiros Estaduais da Saúde

Introdução

Boa tarde!

Sou _____, do Dieese, e, como você já deve saber, estamos realizando uma pesquisa, por solicitação do Conselho Nacional de Saúde (CNS), em parceria com a Opas (Organização Pan-americana da Saúde). Como estamos às vésperas da 4ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde, nosso objetivo é o levantamento de informações sobre esses temas. Podemos contar com a sua colaboração?

Nesse primeiro momento, estamos entrevistando pessoas conselheiras de saúde das 27 Unidades da Federação. Os resultados dessas entrevistas serão apresentados em um relatório em que as declarações não serão associadas aos depoentes, o que impedirá a identificação do que cada entrevistado respondeu, mas permitirá traçar um panorama das opiniões e posicionamentos presentes nos espaços dos Conselhos Estaduais de Saúde, bem como o registro de informações relevantes para a compreensão da importância do trabalho no SUS.

Podemos, então, começar a entrevista?

Antes, porém, vou lhe pedir autorização para gravá-la, para viabilizar a elaboração do relatório. Bem, no primeiro bloco de perguntas, vamos tratar da Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS (NOB/RH-SUS) e, no segundo, da realidade das relações de trabalho no SUS no seu Estado.

Bloco A- Conhecimento e avaliação dos dispositivos dos Princípios e Diretrizes da NOB – RH - SUS

1. Tem algum conhecimento sobre os Princípios e Diretrizes da NOB – RH - SUS?

Deixar responder livremente.

2. **SE A RESPOSTA FOR NÃO**, procurar estimular, perguntando:

- mas, mesmo superficialmente, você sabe do que essa NOB, trata?

- Se sim, você tem alguma avaliação sobre as normas que dela constam? Acha positivas, negativas? em que medida?

Se não tiver informação, passar para o próximo bloco.

3. **SE A RESPOSTA FOR SIM** (mesmo que “parcialmente”, “mais ou menos” ou “pouco”):

4. Eu vou citar alguns dos pontos tratados na NOB e gostaria que você discorresse um pouco sobre cada um deles, apontando aspectos positivos, aspectos negativos, o que você acha que poderia melhorar...

- Contratação por Concursos Públicos
- Criação de Planos de Carreira, Cargos e Salários
- Planejamento Estratégico da Gestão do Trabalho
- Negociação Coletiva
- Financiamentos para o trabalho no setor da saúde
- Educação permanente para os trabalhadores/as da saúde
- Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora
- Participação dos trabalhadores e trabalhadoras nos espaços de controle social (Conselhos e conferências)

1.2.2. Agora eu vou lhe pedir que dê um panorama da aplicação dos Princípios e Diretrizes da NOB no seu estado.

Assim, vou, novamente, citar alguns dos dispositivos da NOB e pedir que me diga, para cada um deles, se:

- Foi ou não aplicado no seu estado? E, em caso positivo:
- Que impactos causou a aplicação?
- E qual é a sua avaliação sobre a aplicação: foi positiva, negativa?
 - Foram criados Planos de Carreira, Cargos e Salários?
 - Há Planejamento Estratégico da Gestão do Trabalho?
 - Foi implantada Negociação Coletiva de Trabalho) (Mesas/ Comissões etc)?
 - Houve novos financiamentos para o trabalho no Setor Saúde?
 - Houve medidas relativas à educação permanente para os trabalhadores/as da saúde?
 - Houve ações relativas à Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora?
 - Houve incentivo à participação dos trabalhadores e trabalhadoras nos espaços de controle social (Conselhos e conferências)?

Agora, vou te perguntar sobre as relações de trabalho no SUS no estado que você representa

Bloco B – Realidade local das relações de trabalho

1. Como é a gestão dos serviços de saúde prestados no estado, tanto na área fim quanto na área meio?

Ficar atento para captar especificidades de área fim e área meio

- Diretamente pela administração pública
 - OSSs
 - OSCIPs
 - Institutos da administração indireta (autarquias, institutos e fundações)
 - Instituições privadas (filantrópicas e lucrativas)
 - Serviço Social Autônomo (SSA)
 - Outros
2. Quais as formas de ingresso dos trabalhadores nos serviços de saúde no estado?
 - Concurso público da administração direta
 - Seleção pública
 - Contratos por meio de prestadores de serviços
 - Outros
 3. Quais os tipos de contratação de trabalhadores vigoram no estado, tanto na área fim, quanto na área meio?

Ficar atento para captar especificidades de área fim e área meio

- Regime jurídico único
- CLT
- Sem carteira
- Pessoa Jurídica
- Por plantão
- Outros

4. Houve municipalização dos serviços?

Se sim, os servidores federais e estaduais municipalizados foram devidamente incluídos nas redes municipais e estaduais de saúde?

- Como foi o processo?
- Gerou conflitos trabalhistas?
- Os conflitos foram equacionados ou seguem?

5. Quais são os impactos da introdução de novas tecnologias nos serviços de saúde sobre os usuários e os trabalhadores?

- Na prestação /qualidade / eficácia dos serviços
- No acesso aos serviços
- Sobre os processos de trabalho (facilita/dificulta?)

6. Me fale um pouco sobre as condições de trabalho no setor da saúde hoje

- Condições gerais (infraestrutura, ambiente, divisão do trabalho)
- Nível de satisfação dos trabalhadores
- Jornada
- Remuneração
- Sobrecarga
- Impactos sobre saúde física e mental dos trabalhadores

7. Ocorrem negociações coletivas de trabalho?

Se sim:

- Desde quando ocorrem?
- Como é o processo?
- Tem regularidade ou é esporádico?
- Quem negocia pelo Sindicato e pelos trabalhadores?
- Quais são os resultados?
- Foram implantadas mesas de negociação?

8. Há Comissão de Relações do Trabalho no Conselho do Estado?