

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA GERAL
SECRETARIA DE RECURSOS HUMANOS

CONFERÊNCIA NACIONAL DE RECURSOS HUMANOS PARA A SAÚDE

RELATÓRIO FINAL

AGE
WA30DB8
B823cf
1986
e.2

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA GERAL
SECRETARIA DE RECURSOS HUMANOS

CONFERÊNCIA NACIONAL DE RECURSOS HUMANOS PARA A SAÚDE

RELATÓRIO FINAL

Brasília, 13 a 17 de outubro de 1986

CONFERÊNCIA NACIONAL DE RECURSOS HUMANOS PARA A SAÚDE

PROMOÇÃO:

Ministério da Saúde
Ministério da Previdência e Assistência Social
Ministério da Educação
Organização Pan-Americana da Saúde

COMISSÃO DE COORDENAÇÃO:

Comissão de Recursos Humanos da Comissão Interministerial de Planejamento (CIPLAN)

Ana Rosa Bogliolo – MEC
Izabel Santos – OPS
José Paranaguá de Santana – INAMPS
Maria Regina dos Santos Vergueiro – MEC
Paulo Marchiori Buss – ENSP/FIOCRUZ
Roberto Passos Nogueira – OPS
Tânia Celeste Matos Nunes – MS

COMISSÃO ORGANIZADORA:

Secretaria de Recursos Humanos/SG/MS
Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ
Assessoria – Comitê Interno de Recursos Humanos/MS

Coordenadora da Comissão:

Tânia Celeste Matos Nunes – SRH/MS

Equipe Técnica:

Anete Pereira Simões – SMS/BA
Eleonor Minho Conill – INAMPS
Ercy José Soar Filho – FSCMR/PR
Geraldo Lucchesi – SRH/MS
Joana Azevedo da Silva – SRH/MS
José Paranaguá de Santana – INAMPS
Luiz Fernando Severo Marques – SRH/MS
Maria Helena Machado – ENSP/FIOCRUZ
Maria Umbelina Dumont Veronese – SRH/MS
Milton Sallas Augusto – SMS/São Paulo

Miriam Braga de Souza – SRH/MS
Oswaldo Yoshimi Tanaka – SES/SP
Paulo Marchiori Buss – ENSP/FIOCRUZ
Paulo Roberto Michalyszyn – SMS/Curitiba
Ricardo Bruno Mendes Gonçalves – USP/SP
Romilda Araújo de Freitas – SRH/MS
Sidnei José Cazeto – SMS/São Paulo
Suzana Gomes Ferreira Leite – SRH/MS
Vera Regina Beltrão Marques – SRH/MS

Equipe Administrativa:

Anatália de Carvalho Mendes – SRH/MS
Francisca Feitosa Gomes – SRH/MS
Maria Odália Walger Costa – SRH/MS
Marisa Matos Assis – SRH/MS
Sílvia Gonçalves Rego – SRH/MS

**RELAÇÃO DE RELADORES
– TRABALHOS DE GRUPOS**

Ana Maria Bittar
Ana Cristina Bustani
Anete Pereira Simões
Armando M. Raggio
Carmen Harumi Suginoshita
Eleonor Minho Conill
Erlene Tedeschi dos Santos
Gilson Ferreira Campos
Haidê Benetti de Paula
Joana D'Arc
João Luiz de Souza Pinto
Joselma Cavalcanti Cordeiro
Laura Aragão de Souza
Lia Celi Fanuck
Lúcia Vieira Sarapu
Lúcio José Botelho
Maria Aldina Corrêa Alves
Maria Carolina Ferreira
Maria do Carmo Lessa Guimarães
Maria Helena Machado
Maria Vieira de Moraes
Milton Sallas Augusto

Neuza Maria Nogueira Moysés
Nilce Helena de Paula
Olívia Teruko Nisie
Oviromar Flores
Paulo Roberto Michaliszyn
Pedro Reginaldo dos Santos Prata
Regina Gifoni Marsiglia
Rosângela Scucato
Ricardo Bruno Mendes Gonçalves
Rita Zarur Corrêa
Soraya Maria Vargas Cortês
Sidnei José Cazeto
Telma Dantas T. de Oliveira
Tereza Cristina Varela Vieira
Terezinha Moreira
Vânia Maria Aita de Lemos
Vivian Helena V. Araújo

COMISSÃO DE REDATORES

Geraldo Lucchesi – SRH/MS
Milton Sallas Augusto – SMS/SP
Oswaldo Yoshimi Tanaka – SES/SP
Sidnei José Cazeto - SMS/SP
Vera Regina Beltrão Marques – SRH/MS

CONFERÊNCIA NACIONAL DE RECURSOS HUMANOS PARA A SAÚDE

RELATÓRIO FINAL

ÍNDICE

APRESENTAÇÃO.....	11
1. VALORIZAÇÃO DO PROFISSIONAL	
1.1 – Mercado de Trabalho.....	13
1.2 – Recrutamento e Seleção de Pessoal.....	13
1.3 – O Treinamento de Ingresso.....	15
1.4 – Estágio Probatório.....	16
1.5 – Salários, Regime e Jornada de Trabalho.....	17
1.6 – Plano de Cargos e Salários.....	18
1.7 – Avaliação de Desempenho.....	19
1.8 – Quadros de Lotação e Remanejamento de Pessoal.....	20
1.9 – A Equipe de Saúde e o Desafio da Nova Gerência.....	20
1.9.1 – A Equipe de Saúde.....	21
1.9.2 – O Desafio da Nova Gerência dos Serviços.....	21
2. PREPARAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS	
2.1 – Formação e Aprimoramento de Pessoal dos Níveis Medio e Elementar.....	23
2.1.1 – Articulação entre Setor Educacional e Instituições de Serviços.....	23
2.1.2 – Formação e Educação Continuada.....	24
2.1.3 – Inserção do Profissional de Nível Médio e Elementar no Mercado de Trabalho.....	25
2.2 – Ensino de Graduação.....	25
2.2.1 – Diagnóstico das Instituições de Ensino.....	25
2.2.2 – Proposições.....	26

2.3 – Educação Continuada para Pessoal de Nível Superior na Perspectiva dos Serviços.....	28
2.3.1 – Conceituação.....	28
2.3.2 – Modelo, Metodologia e Conteúdo	28
2.3.3 – Estratégias e Propostas.....	29
2.4 – Capacitação de Recursos Humanos para Saúde após a Graduação ..	30
2.4.1 – Introdução.....	30
2.4.2 – A Especialização.....	30
2.4.3 – A Pós-Graduação	32
2.4.4 – Os Docentes das Instituições Formadoras	32
2.4.5 – Os Docentes das Instituições de Serviços.....	33
2.5 – Integração Docente Assistencial, Hospitais de Ensino/Centros de Saúde/Distritos Escolas	34
2.5.1 – Conceituação.....	34
2.5.2 – Dados de Diagnóstico das Propostas de IDA.....	34
2.5.3 – Hospitais de Ensino	34
2.5.4 – Proposições	35
3. Órgãos de Desenvolvimento de Recursos Humanos para a Saúde – as Estratégias de Integração Interinstitucional	
3.1 – Análise da Situação Atual	37
3.2 – Proposições	38
4. A organização dos Trabalhadores de Saúde	
4.1 – As Entidades Profissionais e as Entidades de Servidores	41
4.2 – Direitos Trabalhistas do Servidor Público	43
4.3 – Isonomia Salarial	45
4.4 – Condições de Trabalho	45
5. A Relação do Trabalhador de Saúde como Usuário do Sistema	
5.1 – Introdução.....	47
5.2 – Os Trabalhadores de Saúde	47
5.2.1 – Diagnóstico	47
5.2.2 – Proposições	48
5.3 – Os Usuários dos Serviços.....	48
5.3.1 – A Co-Responsabilidade do Estado e suas Instituições.....	49
5.3.2 – A Co-Responsabilidade do Trabalhador de Saúde.....	49
5.3.3 – A Co-Responsabilidade dos Usuários dos Serviços	49
5.4 – Comentário Final.....	49

ANEXO I (TEMA 4)

Propostas Formuladas pelo Centro de Servidores da Secretaria de Saúde e Meio Ambiente do Estado do Rio Grande do Sul.

- | | |
|--|----|
| 1. Democratização do Sistema de Saúde | 51 |
| 2. Formação de Recursos Humanos como Estratégia para Melhoria da Qualidade dos Serviços de Saúde | 51 |

ANEXO II (TEMA 5)

- | | |
|---|-----------|
| Recomendações do Fórum Interinstitucional Permanente de Reestruturação e Defesa da Previdência e Assistência Médica - RJ | 53 |
|---|-----------|

APRESENTAÇÃO

A Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde, que teve como tema central a "Política de Recursos Humanos Rumo à Reforma Sanitária", realizada de 13 a 17 de outubro de 1986, constituiu em fórum privilegiado de debate da problemática específica dessa área, em continuidade à 8ª Conferência Nacional de Saúde.

A discussão dos núcleos temáticos aglutinou profissionais das áreas de saúde, educação, trabalho e administração, assim como usuários do setor saúde na intenção de assegurar um caráter mais abrangente às análises e avaliações dos diversos aspectos que compõem uma política de recursos humanos para o setor saúde.

Como fase preliminar desse processo foram realizadas pré-conferências em 23 unidades da Federação algumas das quais com a criação ou revitalização das Comissões Estaduais interinstitucionais de Recursos Humanos. Estas Comissões deverão facilitar o desdobramento da Conferência, criando um espaço permanente de discussão dessas questões, a nível dos estados, em consonância com a realidade regional.

Participaram do evento cerca de 500 pessoas, divididas em 22 grupos de trabalho, e que discutiram os vários subtemas que constituem o amplo espectro da área de recursos humanos. A escolha desta metodologia de trabalho possibilitou a discussão do temário de forma bastante abrangente, mas não oportunizou um maior aprofundamento do mesmo.

A necessidade de uma articulação mais estreita entre as instituições que prestam serviços e aquelas que formam pessoal de saúde foi um ponto de unanimidade. Parece imperioso que a área de DRH para a saúde conquiste condições políticas e técnicas que viabilizem a premissa de que "saúde é um direito do cidadão e um dever do Estado". Essas condições serão inalcançáveis sem que haja um entendimento entre as áreas de ensino e de prestação de serviço, tendo como pano de fundo a realidade social.

A participação de representantes da classe trabalhadora organizada evidenciou um compromisso social coletivo com as propostas da Conferência, transcendendo as questões corporativas e contribuindo para a construção de um "pensamento de recursos humanos" na perspectiva do trabalhador de saúde.

Nas conclusões da Conferência também se evidenciou que o estabelecimento de melhores relações entre os trabalhadores de saúde e os usuários dos serviços de saúde não dependem apenas de conquistas, por aqueles, de melhores salários e condições de trabalho. Sem dúvida que estas questões são importantes e fundamentais para que se humanize o atendimento, mas seria um equívoco não perceber a existência de outros determinantes.

O grande interesse dos participantes em discutir os temas ligados ao aspecto político-administrativo da inserção do pessoal nas instituições de saúde revela que as ações típicas da área de atuação dos "departamentos de pessoal", são pontos críticos das políticas de recursos humanos, e que é urgente o aprofundamento da sua discussão.

De fato, a Conferência nos mostra que, não obstante a grande importância das questões referentes ao preparo do pessoal para que sua capacitação seja adequada e conveniente à realidade social brasileira, os órgãos de recursos humanos devem transcender esse âmbito e incorporar o estudo e o trabalho de temas como recrutamento e seleção, concurso, plano de cargos e salários, isonomia salarial, avaliação de desempenho, direitos trabalhistas e escolha dos cargos de chefias entre outros, na procura de soluções apropriadas e transformadoras. A integração com os departamentos de pessoal foi proposta e torna-se indispensável. Não há como se pensar um novo sistema de saúde sem passar por estas questões. Elas constituem, com certeza, um dos pontos de maior resistência às mudanças preconizadas pela 8ª Conferência Nacional de Saúde.

Os participantes da Conferência manifestaram uma preocupação particular com as práticas institucionais ditadas por interesses políticos eleitoreiros. A área de recursos humanos tem sentido de forma mais direta uma influência marcadamente negativa na construção e no desempenho do seu trabalho. Embora haja a constatação de que as instituições parecem impotentes diante da força dessas práticas, foi manifesta a necessidade de que instituições e a sociedade encontrem formas de coibi-las, com a consciência do prejuízo social que elas trazem, e o comprometimento com a construção de uma nova ordem para um novo sistema de saúde.

O resgate da importância e da dignidade do trabalho, com ênfase ao do setor público, a construção de uma nova ética social, que rejeite aqueles valores tão familiares ao autoritarismo selvagem, que se guiam pela ética da vantagem e do individualismo irracional estão a exigir um compromisso mais democrático das instituições para com a sociedade, constituindo-se em mais uma frente de luta no sentido de uma sociedade mais justa.

Esta foi a tônica e a vontade geral expressa na Conferência, que produziu frutos capazes de alimentar com esse vigor o dia-a-dia de cada um de nós, profissionais do setor.

Comissão Organizadora

1. VALORIZAÇÃO DO PROFISSIONAL

1.1 – MERCADO DE TRABALHO

A formação de mão-de-obra em saúde proporcionada pelo aparelho formador não é adequada às necessidades de saúde da população brasileira nem às necessidades dos serviços.

Daí decorre uma dificuldade do setor na captação e absorção de mão-de-obra. Esta dificuldade se acentua pela ausência de planos de carreiras, pelos baixos níveis de remuneração e pela inexistência de perspectivas de desenvolvimento de pessoal. Estes fatores geram uma multiplicidade de vínculos, jornadas e regimes de trabalho não adequados aos serviços de saúde, diminuindo a importância do trabalho no serviço público de saúde e desfigurando os quadros de servidores.

Há uma política de pessoal implícita e que não é única nos diversos níveis e instituições. Há também uma diversidade de parâmetros para definir os quadros de pessoal, que nem sempre são respeitados e obedecidos, sendo por vezes, preteridos pelo clientelismo, decorrendo daí que os quadros não atendam as reais necessidades dos serviços.

Estas distorções têm maior poder de influência sobre o mercado de trabalho do que as necessidades concretas dos serviços públicos de saúde. Para que esta situação se reverta, torna-se necessário a formulação de uma nova política de pessoal para o setor e, a partir dela, um elenco de medidas que intervenham na definição dos quadros de pessoal, na remuneração do trabalho em saúde, na formação de pessoal de todos os níveis, no recrutamento e seleção, na ascensão e desenvolvimento profissional, jornadas e regimes de trabalho.

Os fundamentos desta nova política deverão ser definidos principalmente em função da nova organização dos serviços de saúde, das demandas e do quadro nosológico da população-alvo.

1.2 – RECRUTAMENTO E SELEÇÃO DE PESSOAL

O processo de recrutamento e seleção de pessoal para o setor saúde deverá visar a eficiência e eficácia da prestação de serviços à população. Tal processo deve

conter critérios gerais uniformes para todos os órgãos do Sistema Único de Saúde, porém respeitando a capacidade de gestão operacional destes, as características de cada região e em conformidade com o mercado de trabalho.

As instituições públicas do setor saúde deverão gerenciar o processo de recrutamento e seleção de pessoal, através de seus órgãos de recursos humanos, regionalizados e interinstitucionais, com a participação de segmentos organizados e representativos da comunidade.

O método e os critérios utilizados para recrutar e selecionar pessoal para os serviços devem ser transparentes, garantindo equitatividade e impedindo o clientelismo.

O processo de recrutamento e seleção deve ser regionalizado e descentralizado, objetivando o aproveitamento dos recursos humanos de cada localidade e contribuindo para sua racionalização e agilização.

É preciso que o recrutamento seja caracterizado como uma etapa pré-seletiva, verificando os pré-requisitos exigidos para a função, evitando-se assim o grande afluxo de candidatos que não apresentam requisitos compatíveis com os exigidos.

A forma de aferição de critérios deve ser repensada, de maneira a aproximá-la do perfil do profissional necessário, tanto nos aspectos técnicos quanto na adequação à realidade dos serviços.

No que se refere aos concursos públicos, não existe uma política de integração dos que são realizados nos diferentes níveis e instituições de saúde, ocasionando um paralelismo dispendioso do ponto de vista econômico e operacional.

O concurso tende a funcionar como "trampolim", propiciando a absorção de candidatos com um nível de formação superior ao requerido, que não se adaptam à função para a qual foram nomeados terminando por gerar distorções e prejuízos ao trabalho. Para solucionar este problema, propõe-se que os servidores cuja diplomação seja anterior ao ingresso no serviço público fiquem impedidos legalmente de mudar de cargo exceto através de novo concurso.

A admissão deve ocorrer sempre e somente via concurso público, estabelecendo-se canais de controle e fiscalização desta medida pelos órgãos representativos de classe e da população.

O concurso público deverá ser planejado cuidadosamente de forma a se ter o maior nível possível de garantia de que os aprovados tenham o perfil necessário aos serviços.

Em regiões do interior, onde houver dificuldades de recrutar profissionais de nível superior, o concurso público deverá ser realizado em ocasião e com edital distintos dos concursos da metrópole. Os critérios, no primeiro caso, devem verificar, através de técnicas de entrevista, de dinâmica de grupos etc., entre outros fatores, o interesse e o compromisso real de permanência do candidato na área.

Além disso, o concurso público deve:

- ser regionalizado, em coerência com o recrutamento, e viabilizado por uma estrutura de órgãos de RH descentralizados;
- possuir um caráter menos acadêmico e mais voltado para a realidade do trabalho;

- garantir através dos instrumentos que forem necessários (prova escrita, prática, entrevista etc.) a avaliação de todos os pré-requisitos exigidos para a função, evitando-se assim a admissão de profissionais sem a habilitação completa (teórico e não prática, por exemplo);
- restringir o prazo de validade do concurso para 1 ano prorrogável por mais 1, de modo a gerar dinamismo nas admissões e na identificação e transformação do perfil do profissional exigido pelos serviços;
- ser precedido de processo de transposição para o preenchimento de um percentual do total de vagas, sendo aberto aos servidores efetivos que estejam ocupando cargos diferentes daqueles para os quais estejam habilitados. O decreto que regulamentará os processo de transposição deverá fixar o percentual citado, embora não se tenha uma proposta concreta hoje. Os detentores de emprego admitidos sem processo seletivo devem se submeter a concurso externo. (1)
- dispor, já no edital de abertura, as atribuições dos cargos oferecidos e o tempo mínimo de permanência, a partir do ingresso, no cargo e no local de lotação. O tempo mínimo fixado deverá ser de 2 anos.

1.3 – O TREINAMENTO DE INGRESSO

O treinamento de ingresso deve ser repensado na perspectiva da implantação do Sistema Único de Saúde encaminhando as ações na direção de um trabalho conjunto das instituições do setor.

O treinamento de ingresso deve cumprir dois objetivos:

- a) Ambientação – com a finalidade de introduzir o indivíduo na organização;
- b) Integração – com a finalidade de instrumentar o indivíduo em relação à sua área específica de atuação, preparando-o para o exercício da função.

Quanto ao conteúdo, o treinamento de ingresso deve propiciar o conhecimento ao recém-admitido, do quadro sanitário do país e da região de atuação, da forma de organização da instituição, dos programas por ela desenvolvidos, das atribuições e rotinas de trabalho específicas ao cargo e as relações funcionais entre os diferentes níveis de complexidade de atenção à saúde. Além disso, devem ser conteúdos de destaque os direitos e deveres do servidor, a conscientização de seu papel social frente aos usuários do serviço e os direitos destes usuários.

No que se refere à metodologia, propõe-se:

- o planejamento e execução por equipes multiprofissionais e interinstitucionais, capacitadas segundo os princípios técnicos e pedagógicos adotados no treinamento;
- que o treinamento de ingresso seja o momento inicial de um processo de educação continuada, viabilizado por mecanismos efetivos de supervisão e não uma atividade isolada e esporádica;

(1) Nota dos Redatores: a proposição contida nesse parágrafo é contraditória àquela do 7º parágrafo da página 14. Porém ambas foram aprovadas em plenária e por este motivo são mantidas neste relatório.

- utilização de princípios pedagógicos que tomem como referência a realidade e o saber dos treinandos e que promovam a integração dos conteúdos;
- seja teórico-prático, com momentos de concentração e dispersão, de modo que a parte prática seja desenvolvida na rede de serviços da região;
- voltado para todos os cargos e funções.

Ressalta-se a necessidade de realização do treinamento de ingresso, não obstante as pressões comumente exercidas no sentido do imediato aproveitamento do recém-admitido. É nele que a instituição explicita claramente as atribuições do contratado e qual o trabalho que ele deve fazer, em troca do salário e outros direitos.

1.4 – ESTÁGIO PROBATÓRIO

Os estágios probatórios, praticamente só existem como mera formalidade. A instituição, via de regra, não define suas finalidades ou não as operacionaliza. Pelo lado do servidor, tem sido encarado apenas como um período de espera até que seja efetivado.

Em função desta indefinição, não há uma distinção mais clara entre a função do treinamento de ingresso e do estágio probatório, ocorrendo uma sobreposição entre os limites de um e outro e o tempo de duração do estágio é aleatório nas diversas instituições, não obedecendo a critérios comuns.

Além disso, pode prestar-se a ser instrumento de arbítrio da administração para práticas clientelistas ou de "servilização" do funcionário durante a sua ocorrência.

Ocorre também um desconhecimento e despreparo das chefias em relação ao papel que devem exercer de gerentes e agentes de recursos humanos.

Por outro lado, fica dificultado o resgate deste papel das chefias, na medida em que muitas delas são instituídas de forma clientelista, não estando motivadas para as funções que deveriam desempenhar. Tal fato dificulta os mecanismos e distorce os objetivos da avaliação de desempenho durante o estágio probatório.

Face a esta situação, propõe-se, em relação aos objetivos do estágio probatório, que:

- seja parte do processo seletivo, com caráter eliminatório;
- vise a adaptação e integração do servidor à organização, oferecendo-lhe um suporte que permita o acompanhamento e a supervisão de suas dificuldades durante esta fase;
- possibilite que o servidor avalie e tenha avaliado seu desempenho e sua adequação às funções para as quais foi selecionado;
- subsidie o processo de educação continuada no sentido de apontar os aspectos a serem aprimorados na capacitação do servidor.

Nesse sentido, o treinamento de ingresso deve funcionar como um dos pontos de suporte para o estágio probatório, de forma que estas duas atividades forneçam dados de diagnóstico que se retroalimentem.

Em relação à avaliação do desempenho no estágio probatório, propõe-se que:

- seja feita segundo critérios relativos a responsabilidade, competência, assiduidade, pontualidade, dentre outros, devendo ser estes critérios de conhecimento prévio do avaliado;
- não ocorra somente no final do estágio mas que seja um processo dinâmico e permanente, que dê respostas eficazes às necessidades detectadas;
- se recupere o papel da chefia enquanto agente de recursos humanos, na avaliação de desempenho do servidor durante o estágio;
- o papel de avaliador seja exercido pela chefia imediata, com a assessoria do órgão de recursos humanos, e pela equipe multiprofissional que acompanham o treinamento de ingresso do servidor.

Quanto à duração, propõe-se que o estágio probatório seja reduzido para 90 dias.

1.5 – SALÁRIOS, JORNADA E REGIME DE TRABALHO

Os baixos salários dos trabalhadores de saúde não condizem com a responsabilidade de sua tarefa. Os salários, a jornada e o regime de trabalho apresentam variações bastante significativas entre as instituições e regiões. Mesmo internamente a uma instituição, ocorrem estas disparidades provocadas pelos diferentes vínculos empregatícios e pelos desvios de função.

Os salários iniciais são, por vezes, iguais ou maiores do que os salários dos servidores que já se encontram por longos períodos prestando serviços nas instituições.

Os processos de administração de pessoal não se preocupam em desenvolver mecanismos de estímulo ao compromisso social do servidor, restringindo-se geralmente à atividade de cunho salarial. Chama-se atenção para o cuidado de não distorcer essa questão, centrando as propostas unicamente em termos de isonomia salarial. Esse é certamente um fator importante e mobilizador mas não é o único. Também não se deve analisar a questão do compromisso social como um fato unicamente individual, uma vez que existem determinantes estruturais importantes prejudicando, de forma concreta, as condições de trabalho. O compromisso social deve igualmente ser exigido ao nível dos órgãos de direção e da tecnoburocracia.

A resolução destes problemas encaminha-se para salário igual por níveis (elementar, médio e superior) com jornada de trabalho igual para todos, passando pela definição de um valor de referência para o piso salarial inicial, a partir do qual serão estruturados os demais níveis da carreira.

O valor de referência para o piso salarial será um salário mínimo real calculado pelo DIEESE. Para todos os profissionais de nível superior, propõe-se um mínimo inicial de 6 vezes o valor de referência.

Os reajustes salariais concedidos em cada unidade da federação devem ser corrigidos pelo maior reajuste concedido por qualquer uma delas.

As gratificações, ou remunerações adicionais, deverão orientar-se para a compensação salarial nos casos de:

- dedicação exclusiva;

- lotação em local prioritário para a política de saúde;
- distância do local de trabalho (interior, periferia);
- insalubridade.

Somente a dedicação exclusiva deverá ser incorporada ao salário do servidor. As demais gratificações deverão permanecer vinculadas ao cargo e recebidas pelo servidor que no momento o exerça.

O regime de trabalho e a duração da jornada devem ser definidas de acordo com o cuidado maior de garantir a existência de serviços de saúde em quantidade e qualidade conforme as necessidades da população.

O vínculo empregatício no setor público deve ser regulamentado por um regime jurídico específico e diferenciado do setor privado.

A efetivação destas propostas, organizadas em uma nova política salarial para o setor saúde, inicia-se pelo estabelecimento de isonomia e de pisos salariais condignos e deve viabilizar-se pela reforma tributária, que reorienta os recursos para os níveis municipal e estadual, e pela reforma fiscal, que retire o atual ônus tributário do trabalhador.

1.6 – PLANOS DE CARGOS E SALÁRIOS

Os cargos devem corresponder a profissões regulamentadas e de titulação reconhecidas. Os novos cargos que venham a ser criados por necessidade dos serviços deverão ter sua regulamentação e titulação providenciadas pelos órgãos de recursos humanos.

A progressão funcional deverá ser feita por pontuação. Aqueles que acumulam ao longo do tempo o maior número de pontos serão promovidos automaticamente de acordo com o número de vagas. Deverão ser considerados os seguintes critérios para pontuação:

- a) tempo de serviço;
- b) tempo e nível de interiorização;
- c) treinamentos e cursos realizados de acordo com a função em exercício;
- d) avaliação de desempenho individual (produtividade, frequência qualidade de serviço);
- e) avaliação do desempenho grupal;
- f) avaliação do desempenho da unidade como um todo;
- g) avaliação dos indicadores de saúde locais;
- h) avaliação da comunidade.

Os cinco primeiros critérios contarão pontos individualmente; os demais serão contabilizados como aumentos percentuais sobre os pontos de todos os funcionários e também servirão para avaliação de chefias.

Em relação à transposição, propõe-se que tenha:

- como pré-requisitos: a formação e a habilitação profissional ao cargo pleiteado;
- como mecanismo: o concurso de transposição;
- como critério de desempate: o tempo de serviço;
- sua periodicidade determinada em função da vacância dos cargos.

Do ponto de vista dos serviços de saúde é necessário ainda desenvolver uma política de recursos humanos que ofereça condições de trabalho competitivas com as condições do setor privado, lembrando que os profissionais têm outras exigências além das compensações salariais, tais como valorização, prestígio etc. Esta política deverá também ensejar um melhor aproveitamento da força de trabalho de nível médio revendo desde os concursos que deverão usar critérios que contemplem as especificidades das habilitações profissionais reconhecidas pelos sistemas educacional e trabalhista – e não considere apenas a educação geral como acontece agora – até os níveis salariais destes trabalhadores.

A interiorização dos profissionais não pode ser vista isoladamente, tendo como referência só o próprio profissional. Ela passa também pela questão das políticas econômicas e sociais, pela modificação do mercado de trabalho, pela formulação de planos de cargos e salários e pela organização de um serviço que seja aparelhado tecnicamente para o desempenho do profissional.

1.7 – AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO

Tal como é realizada atualmente, a avaliação de desempenho reduz-se a um formalismo cuja única importância é a sua utilização para a ascensão funcional. Sua imagem é de um mecanismo de punição ou mesmo de arbítrio. Habitualmente é feita isolando o servidor de suas condições objetivas de trabalho e do contexto da instituição e, na maioria das vezes, unicamente pela chefia imediata, ficando restrita a seus critérios subjetivos.

Por outro lado, a avaliação de desempenho está desvinculada da avaliação qualitativa dos serviços prestados, considerando, quando muito, aspectos meramente quantitativos.

Muito embora esta aplicação restritiva, a avaliação de desempenho pode e deve constituir-se em um instrumento de maior utilidade, tanto no que se refere a medida do desempenho do indivíduo quanto na avaliação do modelo de organização dos serviços de saúde. O conjunto das avaliações de desempenho deve servir também como parâmetro de avaliação dos processos seletivos realizados pela organização.

A avaliação de desempenho tem também uma finalidade pedagógica, devendo realizar-se sistematicamente, de modo a subsidiar ações de recursos humanos, tais como: levantamento de necessidades de treinamento, educação continuada, ascensão e progressão funcional, remoção e outros.

Nesta direção, a avaliação de desempenho deve contemplar a eficiência e a eficácia relacionando o desempenho do indivíduo à qualidade e resolutividade dos serviços inferidas pelo tipo de resposta dada pela população usuária entre outros indicadores. A avaliação do indivíduo deve ser feita em grupo, considerando a sua contribuição à produção da equipe, resgatando assim o sentido coletivo do trabalho.

Poderão ser criados ou aperfeiçoados, no caso de já existirem, mecanismos que viabilizem a participação da população nas avaliações dos serviços prestados e do trabalho executado pelos servidores.

A avaliação deve ser feita pela equipe e em grupo, analisando a capacitação dos seus componentes, a produtividade, o compromisso com a comunidade, e as condições de trabalho, dentre outros.

Observação: Tendo em vista que esta proposta foi apenas esboçada, propõe-se que seja definida operacionalmente, testada e avaliada em alguma região/estado e que se promova a discussão desta experiência.

1.8 – QUADROS DE LOTAÇÃO E REMANEJAMENTO DE PESSOAL

Os quadros de lotação de pessoal, quando existem, não estão ajustados às necessidades dos serviços e não são avaliados nem tampouco atualizados. Para o seu preenchimento, há uma evidente dificuldade para alocar pessoal, especialmente nas cidades distantes, nas periferias das grandes cidades e na zona rural.

A movimentação interna a estes quadros se dá por remanejamentos realizados segundo interesses diversos, na maioria das vezes não subordinados às necessidades dos serviços e muito freqüentemente de cunho político-clientelista.

Portanto, coloca-se a necessidade de estudos que determinem quadros de lotação específicos por unidade, considerando como critérios, a demanda, a capacidade instalada da unidade e da área, os programas implantados, a resolutividade e as características da população alvo. Tais quadros devem ter um caráter dinâmico e serem passíveis de avaliação e atualização permanente.

Propõe-se que os estudos referidos sejam realizados pelos órgãos de recursos humanos em conjunto com outros setores da instituição, ligados à administração de pessoal e à prestação direta dos serviços.

As conclusões destes estudos deverão conduzir à relotação de pessoal do setor saúde, de acordo com os novos quadros.

Por parte dos servidores, a resistência ao cumprimento do horário, as condições adversas de trabalho e a distância entre moradia e local de trabalho são os fatores que mais determinam os pedidos de remanejamento.

A inexistência de critérios adequados para respostas a esta demanda gera uma disfuncionalidade nos serviços, expressa por uma grande concentração, nos quadros de pessoal dos níveis centrais e esvaziamento dos periféricos.

O remanejamento de pessoal deverá orientar-se segundo critérios que atendam prioritariamente às necessidades dos serviços (a exemplo daqueles referidos para a definição dos quadros de pessoal), procurando compatibilizá-los com as necessidades do servidor e considerando a sua avaliação de desempenho (não a que atualmente existe, mas a que está sendo proposta).

Propõe-se ainda que o remanejamento sempre anteceda os concursos públicos e que as decisões relativas a ele sejam tomadas pelo órgão de recursos humanos em conjunto com as chefias.

1.9 – A EQUIPE DE SAÚDE E O DESAFIO DA NOVA GERÊNCIA DOS SERVIÇOS

Constata-se atualmente um quadro de generalizado descrédito da população e um estado permanente de desmotivação e desvalorização dos servidores públi-

cos, associado a uma concepção deteriorada de serviços públicos que, enseja o oportunismo e o empreguismo, não incentiva o trabalho e não favorece a participação da população usuária.

Nesse sentido e na perspectiva da reforma sanitária cujo objetivo básico é a reformulação do sistema de saúde, se considera imprescindível a democratização das instituições de saúde e do sistema como um todo com a participação efetiva dos profissionais e da população em todas as instâncias do sistema, desde o planejamento até a avaliação das ações desenvolvidas.

A operacionalização desta premissa torna imperativa a definição de uma Política de Recursos Humanos que valorize o servidor e que seja componente de uma Política de Saúde elaborada de acordo com as reais necessidades da população.

1.9.1 – A Equipe de Saúde

Atualmente, o saber da área da saúde está fragmentado em campos profissionais, fazendo com que cada profissional domine apenas uma parcela do conhecimento necessário à atenção a saúde. Além desta divisão técnica, ocorre uma divisão social do trabalho manifesta pela repartição das tarefas em diferentes níveis de complexidade, o que determina uma hierarquização dos profissionais da área. Tal distribuição do conhecimento científico alija, em grau crescente, a população do saber sobre sua própria saúde.

É inevitável e necessário portanto, que a produção de serviços de saúde se realize em bases coletivas, sendo a equipe de saúde, e não os profissionais isolados, a unidade produtora destes serviços.

A composição, capacitação e organização das equipes de saúde deverão ser planejadas segundo o diagnóstico das necessidades de saúde da população.

A composição destas equipes deverá ser multiprofissional, de forma a garantir a complementariedade das diferentes funções e os parâmetros usados para distribuição dos profissionais segundo o número de leitos, população etc., devem ser revistos.

Faz-se necessária também a criação de condições favoráveis que permitam o envolvimento de todos os trabalhadores de saúde dos diversos níveis, para que o saber, o conhecimento e a informação sejam horizontalizados, garantindo que a democratização do saber se processe na prática das ações de saúde, sendo compartilhada com a população.

1.9.2 – O Desafio da Nova Gerência dos Serviços

A idealização e o planejamento do novo Sistema de Saúde, por si só, não garantem a sua concretização. Uma das principais condições para que isto ocorra será a existência de suficiente decisão e competência de modo a ser possível derrubar as velhas estruturas, ao tempo em que se edificam as novas. Este é o principal desafio da nova gerência

Um novo Sistema de Saúde supõe e necessita de uma nova prática de gerência. Nova desde a maneira pela qual será instituída esta gerência, até o tipo de ações através das quais desempenhará suas funções. Sua inserção organizacional deverá ser feita de forma a lhe conferir autonomia de decisão e recursos para a ação.

Nesse sentido, a gerência dos serviços de saúde deve zelar pela multiprofissionalidade das equipes, bem como garantir o acompanhamento da programação das ações de saúde e da destinação dos recursos financeiros dentro do plano de saúde que, por sua vez, estará de acordo com a Política de Saúde.

A avaliação sistemática da resolutividade das ações assim como o retorno desta avaliação poderão ser realizados através da supervisão que pode se constituir num importante instrumento da nova prática de gerência.

Desta forma, um importante componente da supervisão passa a ser seu caráter pedagógico-reflexivo o qual se viabiliza através de um processo contínuo de ensino-aprendizagem.

Para que a supervisão se constitua num processo de avaliação da resolutividade do trabalho coletivo em saúde, é necessário que se contemple a qualificação do supervisor, principalmente no que se refere ao conteúdo técnico, mas também em aspectos pedagógicos e administrativos.

Propõe-se, ainda, que o acesso a cargos de direção, de coordenação e chefias deve se dar de forma democrática, por eleição direta dentre os servidores das instituições, e com avaliação e possibilidade de destituição dos cargos pelos mesmos. Adotar-se-á como pré-requisitos a competência técnica, as experiências profissionais específicas, o compromisso com o planejamento do novo sistema de saúde, a capacidade de decisão e a capacidade de coordenação de equipe.

Para que as instâncias gestoras sejam efetivadas e legitimadas, propõe-se a sua ampliação, com garantia de participação e representação aos profissionais de saúde e à população organizada. Da mesma forma, deverá se estimular a criação e a implementação dos Conselhos Comunitários de Saúde.

2. Preparação de Recursos Humanos

2.1 – Formação e Aprimoramento de Pessoal dos Níveis Médio e Elementar

2.1.1 – Articulação entre o Setor Educacional e Instituições Prestadoras de Serviços

A relação entre órgãos formadores e instituições prestadoras de serviços apresentam alguns entraves, entre eles:

- ausência de objetivos comuns entre instituições envolvidas com a formação e com os serviços;

- as AIS, embora assumidas como a estratégia viável para a criação do Sistema Unificado de Saúde, não vem respondendo, na prática, a necessidade de integração saúde/educação no que diz respeito à formação de RH (nível médio e elementar);

- o desenvolvimento de RH, embora considerado prioridade a nível de discurso, na prática não é assumido como tal;

- o setor educacional, historicamente, não tem respondido às necessidades de profissionalização para o setor saúde em função da pequena oferta de vagas e da inadequação curricular à realidade dos serviços.;

- a lógica privatizante do setor educacional tem bloqueado, em alguns estados, a consolidação de centros formadores de RH criados pelo setor saúde a partir de sua necessidade e realidade;

- a ausência de uma participação efetiva das instituições prestadoras de serviços de saúde junto ao setor educacional tem causado e consolidado distorções entre o perfil do profissional formado e aquele que atenderia às reais necessidades dos serviços, marcadamente do setor público de saúde.

Frente a este quadro, propõe-se viabilizar, a nível estadual, a articulação interinstitucional para a criação de uma política de RH com vistas à Reforma Sanitária. Tal articulação se daria através da criação de comissões ou GT constituídas por representações dos diversos órgãos dos setores de saúde, educação e trabalho, articuladas à CIS. Propõe-se também que o setor saúde oriente os conteúdos curriculares a serem implementados pelo sistema educacional.

2.1.2 – Formação e Educação Continuada

No atual quadro de formação e aprimoramento de pessoal de níveis médio e elementar, verifica-se a seguinte situação:

- os profissionais formados pelo sistema educacional não vêm atendendo as reais necessidades do setor saúde, visto que sua formação é distorcida e divorciada da prática desenvolvida nos serviços;

- o setor educacional oferece o exame de suplência, como mecanismo de titulação, principalmente na área de enfermagem. Os referidos exames conferem qualificação e habilitação e, do ponto de vista dos serviços, não medem a capacidade técnica do habilitado frente à complexidade da assistência prestada à população. Em consequência disto, a absorção de mão-de-obra gera distorções na qualidade do quadro de pessoal do setor;

- o processo de educação continuada vem ocorrendo através de pacotes emergenciais verticais que não atendem a realidade local dos serviços;

Em função do exposto, propõe-se:

- ação articulada entre Ministério da Saúde, Ministério do Trabalho e Ministério da Educação para estudo e avaliação de habilitações existentes e aprovadas pelo CFE e CEEs. Tal ação seria validada pelas comissões interinstitucionais de RH a nível dos estados;

- criação de Escolas Técnicas Públicas, de caráter multiprofissional e específicas para o setor saúde.

- o perfil dos profissionais de nível médio e elementar deverá atender às necessidades do setor saúde adequando-se à reorganização dos serviços com vistas à Reforma Sanitária, destacando-se o auxiliar de enfermagem;

- reconhecimento e fortalecimento dos Centros Formadores de RH para a saúde destinados a qualificação profissional atendendo as necessidades imediatas dos serviços e propiciando formação ao trabalhador que não teve oportunidade pela via regular;

- os conteúdos programáticos dessas qualificações deverão estar adequados às necessidades do serviço. O setor saúde deve participar de sua elaboração devendo contemplar a realidade político-social. Recomenda-se a metodologia que privilegie a integração ensino/serviço, permitindo o crescimento do “trabalhador/aluno” a fim de que entenda o processo em que está inserido;

- o processo deve ser descentralizado e voltado para as características e especificidades das unidades locais do setor;

- o Projeto Larga Escala como estratégia para formação de pessoal de nível médio e elementar já engajado na força de trabalho da saúde;

- extinguir o exame de suplência como mecanismo de habilitação profissional para a saúde;

- a educação continuada deve ser uma das estratégias que favorecem a reorganização dos serviços. Nesse sentido recomenda-se a atualização dos profissionais, através dela, visando à introdução de novas técnicas que garantam a melhoria de qualidade do desempenho profissional, propiciando a integração interprofissional e o trabalho coletivo;

- a educação continuada deverá ser planejada integrando o setor de serviços, o de desenvolvimento de RH das instituições de saúde e o setor formal de ensino;
- a educação continuada deve atender a necessidades específicas por área e categorias profissionais, sendo a supervisão o mecanismo que viabilize e identifique os problemas e que seja passível de avaliação e sistematização;
- que se produza material técnico e informativo para educação continuada do pessoal de nível médio, face a escassez do mesmo.

2.1.3 – Inserção do Profissional de Nível Médio e Elementar no Mercado de Trabalho

Quanto à inserção do profissional de nível médio e elementar no mercado de trabalho, a situação atual é semelhante ao diagnosticado anteriormente, e as diretrizes devem ser aquelas propostas no Tema 1. Valorização do Profissional.

Vale ressaltar, entretanto, o baixo investimento na formação de pessoal de nível médio contrastando com a grande necessidade destes profissionais na área dos serviços, destacando-se os auxiliares e técnicas de enfermagem, de patologia clínica, de administração, estatística, arquivo médico, saneamento, higiene oral, vigilância sanitária e epidemiologia, entre outros.

Em consequência, a oferta destes profissionais é escassa no mercado e a formação que possuem, obtida muitas vezes através do exame de suplência, é precária e não serve aos serviços.

Os cargos de nível médio existem, nos quadros de lotação, mas são, via de regra, ocupados por pessoal sem a devida formação, uma estratégia, de prática clientelística de dar melhores salários ao pessoal de nível elementar sem qualificação.

Por outro lado, os baixos salários e a aspiração pela formação superior, característica de nossa sociedade cartorial que valoriza o diploma e não o trabalho, não estimulam a procura das profissões de nível médio.

Parace estratégico que, nesse momento, a iniciativa de cursos deve partir das instituições de prestação de serviço, buscando integração com Universidades e Secretarias de Educação no sentido de redimensionar os currículos em termos de conteúdo teórico e resolutividade das ações de nível primário, secundário e terciário, da concepção de saúde/doença, da interligação entre ciclos básicos e profissionais, dos métodos de ensino e do compromisso social com os interesses da população.

No âmbito das instituições de saúde, deve-se, ainda, garantir o desenvolvimento de programas de educação continuada, estabelecendo-se mecanismos que assegurem a concretização da reciclagem permanente dos trabalhadores de saúde e o retorno desse conhecimento à prática de saúde nos serviços públicos.

2.2 – Ensino de Graduação

2.2.1 – Diagnóstico das Instituições de Ensino

As Instituições de Ensino Superior (IES), regidas pelas leis do Estado, têm uma estrutura que é complexa, autoritária, burocrática e uma postura claramente centralizadora. As Universidades, em sua composição, mantêm uma estrutura de aglomerados.

As IES na sua generalidade espelham e reproduzem a estrutura de classes que as mantêm, estando desvinculadas do real social, apresentam-se fechadas, mantendo cursos criados em função de seus grupos ou classes hegemônicas.

As IES sofrem um processo de "sucateamento" nos planos físico e material, que se reflete na prática didático-pedagógica.

As modificações propostas têm se restringido a mudanças curriculares, conduzidas superficialmente, baseadas na troca de nomes de disciplinas, sem mudanças de programas ou de práticas pedagógicas, na sua maioria conduzidas de forma autoritária.

As IES na área da saúde ao servirem aos interesses das classes dominantes afastam-se cada vez mais dos problemas do conjunto da população. Disso resulta uma disjunção teórico-prática com enfoque claramente individualista, hospitalar e privatizante.

A atual estrutura de créditos tem gerado uma pulverização do concreto a ser transmitido, tanto no que diz respeito a departamentos como a disciplinas, levando a desintegração horizontal e vertical dos currículos.

2.2.2 – Proposições

O problema da educação deve ser entendido como político, portanto a discussão passa por questões que vão desde a priorização do setor, até a ampla discussão do modelo de universidade a ser proposto e que tipo de educação queremos. Neste sentido, a nível geral, propomos que:

- a educação deve ser pública e gratuita, garantida a todos os indivíduos em todos os níveis;

- as IES devem ser democratizadas no sentido da eleição dos seus dirigentes e das suas decisões. Devem ser autônomas em relação aos orçamentos, sendo financiadas pelo Estado e permitindo autonomia administrativa e política;

- as IES devem ser regionalizadas, no sentido de buscar integração com a sociedade que as cercam, sem perder com isso o prisma da universalização do conhecimento;

- o processo educativo deve começar e terminar na sociedade. Esta deve formular, inclusive, mecanismos de controle do produto final das IES;

- a saúde deve ser apreendida pela universidade como resultante de um processo de determinação social e, portanto, deve ser abordada multiprofissionalmente. Estas profissões determinadas pela divisão técnica do trabalho devem ter a saúde como objeto comum, que ultrapassa a visão da área biológica;

- a inserção concreta de profissionais de diversas áreas não é a simples colocação destes em cursos específicos, mas passa necessariamente pela questão de um novo objeto para a educação em saúde. Este objeto deve ser o homem em sua plenitude de ser social que só pode ser apreendido através da saí-

da da universidade dos seus muros, com concomitante mudança na sua prática pedagógica. Tal mudança passa pelo contato precoce do aluno com o homem, ser social e objeto de estudo a ser construído enquanto processo;

- as IES devem entender educação no seu sentido amplo, não apenas como repasse de conhecimento técnico adquirido. É fundamental o entendimento do papel social do trabalho e o efetivo cumprimento das funções de ensino, pesquisa e extensão;

- as IES devem buscar na sociedade a sua nova concepção de saúde. A inserção dos profissionais deve ter como base uma nova estrutura de serviços, que deve ser reconstituída com a participação efetiva das IES e, dialeticamente, servir para as modificações principalmente dos perfis profissionais;

- os cursos de graduação devem ter terminalidade, no sentido de prepararem profissionais aptos para atenderem às necessidades da população;

- a construção de um novo objeto para a educação em saúde gera a necessidade de modificação da organização e da estrutura dos cursos. Deve começar pela alteração do ciclo básico comum a todos os cursos da área, e embasado na discussão da questão "saúde e sociedade";

- a integralidade da área passa pela formação do profissional em sua plenitude, contemplando as questões sócio-culturais e a definição de seu papel técnico e social;

- a determinação de uma nova ética está intimamente ligada à construção deste objeto. Ela não deve mais ser essencialmente corporativa, mas direcionar-se em função de um compromisso com a sociedade;

- o ensino, especificamente, deve ganhar, com a dimensão social, um caráter histórico. Deve sair do hospital, enquanto único pólo formador, mas deve contemplar a formação de especialistas, para atendimentos mais complexos. Deve criar e manter um sistema de referência bem como perspectivas de avanço tecnológico;

- os perfis de formação devem ser construídos em conjunto pelos diversos profissionais da área e tendo como base a realidade social;

- a capacitação dos profissionais deve ser para atuação multiprofissional, bem como para a educativa, permitindo que a população tenha acesso a informações e conhecimentos, como pré-condição para que exerça seu controle sobre as ações dos professores e profissionais na área de saúde. Desta forma, será necessário preparar um profissional competente para atuar no sistema integrado de ações de nível primário, secundário e terciário, que valorize o trabalho multiprofissional e a atuação do pessoal de nível médio e elementar. Faz-se mister também que compreenda a especificidade das ações e a necessidade da não monopolização do conhecimento, que participe da educação continuada e procure pesquisar o objeto e as condições de sua prática profissional;

- discutir o papel e as atribuições de ensino, pesquisa e assistência dos departamentos das escolas, bem como discutir os critérios de ascensão na carreira docente, incluindo as práticas assistenciais junto às exigências de ensino e pesquisa;

– evitar a especialização precoce, estabelecendo-se normas que obriguem à alternância de períodos de formação e períodos de prestação de serviços por parte dos profissionais;

– ao entendermos como político o problema da educação, temos necessariamente que passar pela questão da Assembléia Nacional Constituinte.

Como o perfil dos profissionais está relacionado às exigências do mercado de trabalho, o desenvolvimento do Sistema Único de Saúde com subordinação do setor privado e acesso igual e universal a toda a população, influirá no processo de formação futura dos profissionais. As medidas efetivas da política de saúde têm mais força do que a intenção dos indivíduos.

2.3 – Educação Continuada para Pessoal de Nível Superior na Perspectiva dos Serviços

2.3.1 – Conceituação

Algumas colocações, ainda que superficiais, nos ajudam a chegar, por aproximação, ao conceito de Educação Continuada.

Conceitua-se Educação Continuada como processo organizado, permanente, sistemático, direcionado a clientela institucional, com uma política de saúde definida tendo em vista a real necessidade dos usuários.

Ela surge da necessidade de passar informações contínuas, de atualizar, de renovar conceitos, mas não deve ser entendida como um substituto de lacunas ocorridas durante a graduação. Serve também para a adaptação do conhecimento técnico do profissional aos serviços da instituição e ao aprimoramento destes serviços.

No entanto, devido à distorção provocada na formação universitária pelas exigências do mercado profissional liberal, ainda por um bom tempo os egressos não reponderão com muita adequação às demandas do setor público e da ação coletiva, e a educação continuada será obrigada a considerar prioritariamente essa questão.

A educação continuada nesse momento particular da reorganização do Sistema de Saúde deve ser um instrumento de reforço à ação articulada e hierarquizada interinstitucional, podendo, a médio prazo, interferir mais fortemente na graduação universitária.

2.3.2 – Modelos, Metodologia e Conteúdo

Os programas de educação continuada, logicamente estão condicionados a realidades diversas e seus pressupostos dependem dos objetivos que se quer alcançar, da clientela abrangida, área geográfica, nível de atenção a saúde e outras variáveis. Por isso é que somente quando houver clareza da estratégia a ser adotada é que se definirão métodos e conteúdos os quais concretizarão os modelos de atuação.

De qualquer modo, dadas as experiências já em andamento levanta-se aqui um rol de questões apenas a título de indicação:

a) os conteúdos podem ser técnicos, políticos, institucionais e organizacionais, e podem ou não serem trabalhados em módulos;

b) identifica-se a possibilidade de introduzir os estágios ou cursos externos como parte do processo de educação continuada, mas pode-se levar em conta o limite dessas ações, muitas vezes incompatíveis e inadequadas aos serviços prestados;

c) o núcleo responsável pela educação continuada deve fazer um balanço crítico e definir conteúdos que levem em conta: interesse dos usuários; interesse de instituições; interesse de profissionais;

d) o conteúdo deve contemplar questões técnicas para categorias profissionais específicas e questões gerais para as equipes de saúde;

e) devem ser utilizados todos os veículos de divulgação disponíveis, desde o material escrito até a comunicação verbal. Deve haver uma preocupação com a credibilidade e qualidade das informações veiculadas, devendo estas estarem calcadas nas experiências práticas dos serviços;

f) vale para o nível superior, as mesmas recomendações a respeito do papel da supervisão, sistema de referência e articulação com as instituições de ensino expressadas para o nível médio e elementar.

2.3.3 – Estratégias e Propostas

Há necessidade de pensar estratégias nacionais, estaduais e municipais, visando à reforma sanitária. Nesse sentido, propõe-se:

– ações mais localizadas onde hajam condições institucionais mais favoráveis;

– maior envolvimento das entidades da sociedade civil e das instituições neste processo, comprometendo as CIS, CRIS, CIMS e CLIS, na perspectiva do Sistema Único de Saúde;

– criação de grupos interinstitucionais de RH nos Estados em que ainda não existam, a fim de que incentivem ou dêem continuidade a processos de educação continuada;

– os processos de educação continuada poderão ser facilitados através de autonomia administrativa e financeira de nível local, descentralizando o poder de decisão;

– criação de órgão de referência localizado no Ministério da Saúde e/ou CIPLAN como um núcleo armazenador de informações sobre as ações de educação continuada, promovendo intercâmbio dos mesmos;

– vincular a educação continuada a planos de cargos e salários, garantindo o registro e a incorporação dos benefícios para os profissionais envolvidos neste processo e visando à ascensão funcional;

– programas específicos de educação continuada para categorias profissionais e programas multiprofissionais para a equipe de saúde devem ser de competência dos níveis local e regional.

2.4 – Capacitação de Recursos Humanos para a Saúde após a Graduação

2.4.1 – Introdução

A formação de recursos humanos para a saúde deve ser pensada como um todo, em que as características dos diversos níveis e as especificidades profissionais e multiprofissionais sejam estabelecidas em conjunto, tomando por referência a implantação de um Sistema Único de Saúde com as características definidas pela 8.^a Conferência Nacional de Saúde.

As diretrizes a serem propostas para a capacitação após a graduação pressupõem que os profissionais egressos dos cursos de graduação tenham explicitado um padrão de terminalidade que os capacite ao exercício das atividades básicas, em todo território brasileiro e ao reconhecimento permanente das necessidades de saúde da população. A obtenção desse produto deve estar embasada na integração das atividades profissionalizantes com as instituições prestadoras de serviços de saúde. Este padrão de terminalidade, por sua vez, deve significar o início de um processo permanente de educação continuada e conter os pré-requisitos necessários à formação pós-graduada.

Dado um produto dos cursos de graduação com essas características gerais, a formação ulterior deve ser definida em função das necessidades do Sistema Único de Saúde de dispor de profissionais e equipes qualificadas para dar conta, de modo eficiente (em termos de custos) e eficaz (em termos de resultados), de questões específicas referentes a problemas menos frequentes. A estruturação do Sistema em níveis hierarquizados de atenção à saúde deve fornecer, os critérios, conforme os quais as necessidades quantitativas e qualitativas de formação posterior à graduação devem ser conhecidas e atendidas.

Essas necessidades de formação ulterior são distintas das necessidades permanentes de atualização dos profissionais em serviço, que são atendidas através dos programas de educação continuada.

A formação ulterior prioritariamente dita deve contemplar dois níveis de necessidades:

a) em primeiro lugar, o aprofundamento predominantemente vertical de conhecimentos e competências técnicas a que se chamará genericamente Especialização, orientado para o atendimento de necessidades diretas de prestação de serviços;

b) em segundo lugar, o aprofundamento simetricamente vertical e horizontal de conhecimentos e competências técnicas a que se chamará genericamente Pós-graduação, orientado para o atendimento de necessidades indiretas da prestação de serviços, pesquisa e docência.

É fundamental que estes níveis de capacitação estejam orientados e integrados, guardando, porém, as especificidades decorrentes de sua relação direta ou indireta, com a estrutura de produção de serviços.

2.4.2 – A Especialização

A especialização deve atender os seguintes pressupostos gerais, corres-

pondentes a suas funções e à sua integração no Sistema Único de Saúde:

a) a quantidade e a qualidade de profissionais, a serem especializados, devem obedecer antes às necessidades de prestação de serviços do sistema como um todo do que à diversificação do desenvolvimento científico, da produção de equipamentos, ou à demanda dos profissionais isoladamente. Essas outras esferas de geração de demandas devem ser atendidas à medida em que não impliquem em perda da efetividade ou da eficiência do sistema como um todo;

b) compreendendo-se que as necessidades do Sistema Único se diferenciam regionalmente, assim também deve diferenciar-se a quantidade e a qualidade de especialistas a serem formados conforme essas particularidades regionais;

c) a duração da formação especializada deve diferenciar-se conforme a complexidade dos conhecimentos e técnicos de cada área específica de especialização. Deve também adequar-se prioritariamente às necessidades do Sistema Único, devendo ser continuamente reavaliada em função da dinâmica dessas necessidades. Deve evitar-se, desta maneira, a fixação de critérios permanentes referentes à qualidade, à quantidade e à duração dos Cursos de Especialização. A flexibilidade necessária desses critérios deve estar vinculada à dinâmica do Sistema Único de Saúde, e em última instância à dinâmica das necessidades de saúde da população;

d) a especialização não deve associar-se a diferenças de remuneração, com o que se manteriam os estímulos à sua multiplicação indiscriminada. O princípio da isonomia salarial deve ser utilizado para remunerar a força de trabalho especializada e não especializada. Desta forma, se promove o desenvolvimento das especificidades e complexidades do trabalho não especializado e a manutenção dos profissionais neste nível de prática, à medida em que corresponde às necessidades mais importantes do Sistema Único de Saúde;

e) a prática do especialista deve dar-se, em graus variáveis conforme a especificidade de cada área, através do desempenho em equipes multiprofissionais. Visa-se, deste modo, corresponder às múltiplas dimensões dos problemas a partir dos quais é gerada a necessidade de especialização;

f) a especialização deve dar-se através de práticas integradas nos dispositivos institucionais do Sistema Único de Saúde. A participação dos profissionais dos serviços nessas práticas – do nível auxiliar ao nível de execução – deve ser motivada e estimulada em termos efetivos;

g) a especialização deve atender todas as necessidades da estrutura de serviços do Sistema Único de Saúde. Por isso deve ser compreendida em função dessas necessidades e não apenas em função de demandas profissionais. Desta forma, a identificação de um problema que demande trabalhos especializados deve permitir discriminar quais profissionais devem ser especializados e a quais tarefas devem ser capacitados. Deve incluir-se, nesta ordem de idéias, a especialização de profissionais de atuação indireta nos serviços, como os que atuam no apoio técnico (farmacêuticos, por exemplo) e administrativo (profissionais da área de recursos humanos, por exemplo) de nível superior;

h) a realidade dos cursos de especialização, que atendem os pressupostos

aqui enunciados, pressupõe a efetiva integração dos órgãos formadores aos serviços, da mesma forma que para a formação em nível de graduação;

i) especificamente na área médica, a especialização através de cursos de dedicação exclusiva que adotam o treinamento em serviços como atividade predominante, e obedecendo ao conjunto de regulamentos que se associe ao termo "Residência" deve ser mantida como forma de especialização, ainda que a duração global dos cursos deva ser continuamente reavaliada em função das necessidades do Sistema Único de Saúde. A extensão desta forma de especialização – a Residência – a outros profissionais deve ser utilizada sempre que suas características sejam adequadas à obtenção do produto final desejado. Enfatiza-se a inadequação de cursos destituídos das características da "Residência" como forma de especialização de profissionais médicos das áreas clínicas.

2.4.3 – A Pós-graduação

A pós-graduação deve flexibilizar-se em termos de conteúdos e direção, de modo a permitir atender adequada e simultaneamente às especificidades das demandas originadas no Sistema Único de Saúde e que dizem respeito à capacitação para docência e pesquisa. Três tipos gerais de demanda devem ser atendidos prioritariamente como estratégia de desenvolvimento do Sistema:

1º) a formação dos quadros das instituições, encarregados da formação de novos profissionais nos níveis de graduação, especialização e pós-graduação;

2º) a formação dos profissionais que compõem os quadros das instituições prestadoras de serviços, encarregadas da realização da pesquisa intermediária que permita a reavaliação e a readequação contínuas dos serviços, e a disseminação do conhecimento crítico que dê ao Sistema o dinamismo que corresponda às necessidades de saúde da população;

3º) a formação de quadros de instituições de pesquisa, envolvidos indiretamente com a docência e a execução dos serviços.

Ficam em aberto, para estudos posteriores, as questões referentes à titulação, recomendando-se que as denominações atuais, Mestrado e Doutorado, devam ser mantidas ou diversificadas em função do atendimento a estes pressupostos e, ao mesmo tempo, da necessidade premente de qualificação acelerada como estratégia inicial do desenvolvimento do Sistema Único de Saúde.

Por último, deve-se criar formas de estímulo e condições para que os profissionais oriundos dos serviços se interessem e possam fazer estudos de especialização e pós-graduação.

2.4.4 – Os Docentes das Instituições Formadoras

Especificamente em relação aos professores universitários, os seguintes pressupostos foram identificados como necessários à sua formação pós-graduada:

a) a construção de um compromisso efetivo com as necessidades de saúde da população através de sua integração mais direta no Sistema Único de Saúde.

Não se deve compreender esta recomendação como de natureza moral, mas como referida a um conjunto de condições de trabalho e de estímulos que efetivamente geram e mantenham aquele compromisso;

b) a necessidade de compatibilizar abrangência de conhecimento com profundidade em áreas específicas, de tal forma a dar conta da formação em nível de graduação que atenda às características descritas no subtema 2.2 deste relatório. A visão integral do objeto da prática em suas múltiplas dimensões deve ser o critério que orienta a formação pós-graduada;

c) a necessidade de abrangência não deve ser compreendida como simplificação técnica, mas pelo contrário, deve ser garantida à formação pós-graduada a excelência técnica, através de dedicação exclusiva para docentes e pós-graduados e da dotação das universidades de bibliotecas, laboratórios e instrumentos, capazes de contribuir para o alcance dessa excelência. Em nenhum momento, contudo, deve-se deixar de tomar as necessidades do Sistema Único de Saúde como critério que defina a quantidade e a qualidade desses equipamentos;

d) é absolutamente necessária para a viabilização desta estratégia a remuneração condigna de docentes e pós-graduandos;

e) as necessidades qualitativas e quantitativas do Sistema Único de Saúde devem definir as dimensões e as características do processo de formação de docentes. Por outro lado, é necessário contar com uma política de incorporação dos egressos às instituições formadoras;

f) implementar em todas as áreas de formação pós-graduada de docentes, mecanismos de qualificação pedagógica que os capacitem ao exercício eficaz da docência;

g) contar com uma política explícita de fomento da pesquisa orientada para as necessidades do Sistema Único de Saúde, como forma de vincular e integrar também a formação pós-graduada de docentes àquele Sistema. Esta deve ocorrer na medida em que se entende que a realização de pesquisa é atividade fundamentalmente necessária à formação e à execução de tarefas docentes em nível superior.

2.4.5 – Os Docentes das Instituições de Serviços

Especificamente em relação ao profissional das instituições de serviços que devem ser formados para atender às necessidades de pesquisa e docência de suas instituições, identificaram-se os seguintes pressupostos:

a) o acesso aos cursos de pós-graduação deve ser definido a nível dos próprios serviços, em função de suas necessidades, ressalvados pré-requisitos mínimos a serem definidos pela universidade;

b) a formação pedagógica necessária deve levar em consideração as peculiaridades do tipo de necessidade docente dos serviços, referidas à atualização permanente de conhecimentos a profissionais já formados e à reavaliação contínua da qualidade dos serviços produzidos.

2.5 – Integração Docente – Assistencial, Hospitais de Ensino/Centros de Saúde/Distritos – Escola

2.5.1 – Conceituação

Historicamente a Integração Docente – Assistencial (IDA), tem se apresentado como parte dos movimentos de reforma do ensino médico, como projeto de racionalização de recursos na área de ensino e prestação de serviços na saúde e como experiências de extensão ou extramuro das universidades.

Não há consenso acerca do conceito de IDA, porém as concepções, que emanam das experiências realizadas, apontam para:

- práticas extramuro dos Departamentos de Medicina Preventiva/Saúde Pública, com a intenção de reforçar ações de prevenção e de saúde pública;
- experiências de aprendizagem mais amplas que os estágios curriculares dos alunos;
- integração entre ensino e assistência no interior do próprio hospital de ensino;
- processo de transformação comportamental de docentes e alunos, que rejeitam as práticas assistenciais, principalmente ao nível primário;
- alternativa de atendimento da demanda dos serviços de saúde sem ampliação dos recursos das instituições públicas prestadoras de serviços;
- mecanismos de controle dos recursos destinados à assistência secundária e terciária;
- estratégia de transformação das práticas em saúde no que diz respeito as ações de ensino de aluno, reciclagem de profissionais, pesquisa e encaminhamento de pacientes, procurando, portanto, trocas reais de poder e saber entre docentes e profissionais;
- superação do caráter periférico dos projetos de Medicina Preventiva para populações de baixo poder aquisitivo.

2.5.2 – Dados de Diagnóstico das Propostas de IDA

Entre os problemas e dificuldades identificados na concretização das propostas de IDA estão as seguintes:

- desintegração intra e interinstitucional, entre os serviços de saúde e entre serviços de saúde e escolas;
- alienação da escola no que diz respeito à realidade social;
- não discussão das propostas com docentes, alunos e profissionais;
- conflitos entre as propostas do Sistema Único de Saúde e a estrutura autoritária das escolas.

2.5.3 – Hospitais de Ensino

Analisando o papel que o hospital de ensino tem desempenhado na assistência e no ensino, constata-se que ele tem freqüentemente atendido pacientes que não interessam ao setor privado.

Além disso, os hospitais de ensino são mantidos por recursos públicos, mas acabam preparando profissionais para a rede privada de serviços de saúde, processo este muitas vezes sustentado pela maneira como se organizam os departamentos das escolas da área de saúde.

Para que esses hospitais assumam o papel que lhes cabe o Sistema Único de Saúde, algumas transformações se fazem necessárias. É sabido que essas transformações dependem de mudanças políticas que levem à priorização dos setores sociais na destinação de recursos orçamentários, superando a situação atual de insuficiência e concentração dos recursos públicos no setor privado de assistência. Dependem também de uma reforma tributária que contemple mais adequadamente as necessidades dos municípios e penalize mais o capital do que o trabalho.

2.5.4 – Proposições

A estratégia de integração docente assistencial, também denominada integração ensino-serviço, pode se constituir num importante mecanismo de reorganização dos serviços, vindo a contribuir de forma efetiva para a implantação e consolidação do novo sistema de saúde, principalmente tendo em vista suas prioridades de aproximar o ensino da realidade social, transformando, por um lado, a forma de prestar serviços de saúde, e por outro, as práticas das instituições de ensino.

Para o desempenho deste papel, os hospitais de ensino, os centros de saúde escola, distritos-escolas e outras formas de integração ensino-serviço terão que necessariamente estar representados nas Comissões interinstitucionais de Saúde em seu diversos níveis (CIS, CRIS, CIMS e CLIS).

Além disso, para a operacionalização desta função transformadora das estratégias de IDA, identifica-se algumas diretrizes:

- transformação dos serviços de saúde para que também façam pesquisa e ensino;
- inclusão do hospital de ensino no Sistema Único de Saúde;
- emprego único para profissionais dos serviços de saúde e das escolas da área de saúde;
- democratização das estruturas dos serviços de saúde e das instituições de ensino;
- discussão do Sistema Único de Saúde e da questão de recursos humanos nos serviços de saúde e nas instituições de ensino;
- uniformização das condutas na assistência à saúde;
- reforma curricular e implantação de novas práticas pedagógicas nas instituições de ensino;
- participação das instituições de ensino nas CIS, CRID, CIMS e CLIS, no planejamento da assistência e na definição dos mecanismos de financiamento do Sistema Único de Saúde, onde se inclui o hospital de ensino;
- estabelecimento de convênios definindo as obrigações de cada instituição;

– definição das condições de trabalho e das carreiras de docentes e profissionais de saúde, permitindo competitividade de trabalho de docência e de assistência do setor público com o setor privado.

3 – ÓRGÃOS DE DESENVOLVIMENTO DE RECURSOS HUMANOS PARA A SAÚDE – AS ESTRATÉGIAS DE INTEGRAÇÃO INTERINSTITUCIONAL

3.1 – Análise da Situação Atual

A política norteadora do Desenvolvimento de Recursos Humanos para a Saúde não é explicitada, nem sistematizada, em relação a ingresso, administração, avaliação de desempenho, plano de cargos e salários, estratégias de formação e de educação continuada e pesquisas. Cada instituição do setor obedece a normas, diretrizes e estratégias diferentes, decorrentes do caráter disperso e dicotomizado do atual modelo de assistência a saúde.

Outro aspecto que torna a política de RH ineficaz são as decisões de gabinete não enquadradas na política geral de saúde. O setor de RH torna-se assim marginalizado do processo, atendendo basicamente as demandas do poder decisório, em detrimento de uma atuação mais global na instituição e comprometida com a transformação da realidade dos serviços.

Os órgãos de Recursos Humanos nem sempre estão articulados à CIS e também não atuam comprometidamente com a proposta de integração interinstitucional. Apesar dessa dificuldade, já foram implantadas Comissões interinstitucionais de RH em alguns estados brasileiros.

As discussões e decisões das comissões interinstitucionais a nível federal, estadual e municipal não chegam ao todo das instituições de saúde. Os órgãos de RH permanecem marginalizados do processo de integração e os treinamentos realizados não preenchem esta lacuna, restringindo-se a capacitação para preenchimento de faturas.

A desarticulação dos órgãos de RH não é, no entanto, um fato específico desta área, mas reflete a desintegração do setor saúde como um todo. Além da questão de desintegração interinstitucional, há sérios problemas a nível da integração intra-institucional.

Grande parte dos profissionais que atuam na área de RH não tiveram a oportunidade de se capacitarem adequadamente e não têm clareza do papel que devem desempenhar os órgãos de RH no processo de reformulação do sistema de saúde.

As funções de competência da área de RH estão freqüentemente dispersas em distintos departamentos dentro de uma mesma instituição. Várias instituições não contam sequer com um órgão de RH.

A ênfase das ações relacionadas à RH está centrada na administração de pessoal e se realizam de forma dissociada das demais ações que constituem o universo do Desenvolvimento de Recursos Humanos.

Em alguns locais, o processo de integração a nível de planejamento – viabilizado pela POI – se constitui em simples suposição de programas já elaborados de forma isolada pelos técnicos das instituições. Em outros, se observa um avanço na participação de órgãos de RH no planejamento conjunto e na formulação de algumas diretrizes, não se limitando apenas à execução das ações programadas.

Há uma grande carência de profissionais especializados em RH para o setor público de saúde, o que implica na dificuldade em identificar e dispor de profissionais para o suporte das atividades de RH tanto no órgão específico quanto nos demais setores da instituição.

Outro problema detectado se refere ao desvio de recursos em atividades paralelas voltadas a programas específicos que não atendem às necessidades identificadas e planejadas consensualmente na programação integrada.

Quase todos os órgãos de DRH têm se limitado, até agora, essencialmente a atividades de treinamentos momentâneos, advindos de programas verticais e da demanda de serviço. O sistema de informações em saúde, por outro lado, é precário e dificulta a atuação dos órgãos de RH.

Os servidores das instituições de saúde, em sua maioria, não conhecem as diretrizes e estratégias da política de saúde, a exemplo das Ações Integradas de Saúde. Em consequência disto a atuação dos órgãos de RH contribui mais para a manutenção do que para a transformação do atual sistema de saúde.

3.2 – Proposições

Que as propostas e recomendações votadas e aprovadas nesta Conferência constituam os pressupostos básicos da Política de Recursos Humanos Rumo à Reforma Sanitária, e que a Secretaria de Recursos Humanos do Ministério da Saúde apóie de forma efetiva o desenvolvimento de RH a nível das unidades federadas, para que se respeite as deliberações desta Conferência, em função das mudanças de governo.

Que a Secretaria de Recursos Humanos assuma a coordenação de todas as atividades de RH desenvolvidas dentro do Ministério da Saúde. Para isso é necessário que se transforme sua estrutura e atribuições constituindo-se em Secretaria Nacional de Recursos Humanos do Ministério da Saúde.

Que sejam criados grupos Interinstitucionais de RH ligados as Secretarias Técnicas das CIS, onde ainda não existem. Para a composição desses grupos, é indispensável que sejam indicados profissionais que estejam efetivamente trabalhando nos órgãos de RH das instituições. Um dos componentes do grupo interinstitucional de RH deverá ser membro participante da Secretaria Técnica e o responsável pelo encaminhamento das propostas de RH a nível desta Secretaria.

O grupo interinstitucional de RH deverá ter claro o seu papel predominantemente integrador.

Para garantir os encaminhamentos e as deliberações das proposições da Secretaria Técnica é necessário reivindicar que um dos seus membros seja participante da CIS, com direito a voz e voto. Esta proposta estende-se também à Comissão Interministerial de Planejamento para a Saúde – CIPLAN.

Que se crie órgãos de RH nas instituições que ainda não os possuem, e onde existem, buscar estruturá-los de forma adequada a atender a todas as funções que são da competência da área.

Que na estruturação do órgão de RH, seja considerado, tanto a locação de pessoal especializado e multiprofissional em tempo integral, quanto a participação de pessoal de outros setores, com conhecimento sobre RH.

Que os órgãos de DRH tenham autonomia para a administração do quadro de pessoal, utilizando-se os recursos da informática para agilizar fluxos, coleta de dados etc.

Que a direção e/ou chefia dos órgãos de RH sejam exercidas por profissionais da área de saúde, preferencialmente especializado em RH.

Que sejam criados Centros Regionais de Treinamento Integrados, compostos pelas diversas instituições de saúde (inclusive FSESP, SUCAM, laboratórios etc.). Onde já existem Centros de Treinamento, que sejam transformados em Centros Regionais de Treinamentos integrados.

Que seja aprovada uma linha de atuação única para as atividades integradas, que unifique as normas e condições para a execução das ações (hora-aula, bolsa etc.).

Que todas as ações (planejamento, supervisão, recrutamento e seleção, avaliação, administração de pessoal etc.) estejam integradas num único órgão de RH.

Que o planejamento seja deslocado para o nível local, para que se planeje para atender as necessidades de saúde, ao invés de planejar a partir dos recursos disponíveis, como vem acontecendo.

Que as ações de RH sejam desenvolvidas de forma interligada não somente entre as instituições de saúde, mas também entre as Secretarias de Educação e Universidade. Nesse sentido, propõe-se o estabelecimento de mecanismos imediatos de integração intra e interinstitucional.

Que se busque mecanismos de atuação conjunta, a nível dos estados, investindo na programação integrada das ações, racionalizando e potencializando a utilização dos recursos.

Que a Universidade e o setor educacional como um todo cumpram seu papel na formação e aprimoramento dos RH para os serviços de saúde.

Que se analise outros aspectos ligados às condições de trabalho que possam estar impedindo o bom desempenho, entendendo que treinamento não representa o único fator para melhorar a qualidade e a produção dos serviços de saúde.

Que se estabeleça critérios que atendam as necessidades dos servidores em atividades de capacitação.

Que incorporem as atividades de estudos e pesquisas no trabalho dos órgãos de RH.

Que sejam implantados e implementados os Centros de Informação e Documentação Científica, com o setor de editoração, e com núcleo de pesquisa em RH, o qual deve articular-se com o CNPq e outros organismos financiadores de pesquisas para obtenção de recursos para desenvolvimento de pesquisa em RH.

Que se criem equipes capacitadas para desenvolvimento de supervisões integradas e descentralizadas, visando a realimentação e atualização das informações a serem trabalhadas pelos órgãos de RH. Esta função de supervisão deve assessorar o diagnóstico das necessidades de treinamento, reciclagens, cursos, etc., considerando os fatores epidemiológicos de necessidades e outros dando apoio na elaboração do projeto, na execução e avaliação do processo. Essas atividades devem estar contidas em um plano de acompanhamento das ações do órgão, contempladas de forma planejada e sistemática.

Que se aprimore a capacitação dos profissionais que atuam na área de RH. Propõe-se, de imediato, a regionalização do "Curso de Especialização em Desenvolvimento de Recursos Humanos", nos moldes dos que já foram realizados, sendo necessário avaliá-los e adaptá-los a realidade de cada região, procurando aproveitar os recursos docentes disponíveis localmente, quando houver. Devem ser consideradas, na programação, as necessidades locais, na presente conjuntura.

Que se aumente os investimentos e busque mecanismos que racionalizem os gastos em RH das diversas instituições.

Que se busque ativamente a descentralização, tanto das atribuições quanto das decisões.

Que reformulem os órgãos de informação atualmente existentes nas instituições, ou implantem onde não existem, com incorporação de banco de dados referentes a RH, garantindo a descentralização e o acesso dessas informações para os diversos setores das instituições e instâncias gestoras das AIS, de forma a assegurar o planejamento integrado e regionalizado.

Onde não for possível a utilização de computadores, deve ser instalado um sistema de cadastro por funcionários e por regionais para que se tenha conhecimento e se possa fazer acompanhamento da distribuição, qualificação e necessidades de pessoal e de desenvolvimento (para todas as instituições de saúde).

Que o ODRH seja ordenador de suas despesas, constituindo uma unidade orçamentária, com recursos orçados na POI.

Que se viabilizem ações que levem à democratização das informações sobre a política de saúde e sobre a saúde da população, visando os servidores e os usuários.

Que se gestione os órgãos regionais de comunicação social para a divulgação da Reforma Sanitária, através dos meios de comunicação de massa.

4 – A ORGANIZAÇÃO DOS TRABALHADORES DE SAÚDE

4.1 – AS ENTIDADES PROFISSIONAIS E AS ENTIDADES DE SERVIDORES

As formas de organização dos trabalhadores de saúde e sua ação provocam repercussões na administração de recursos humanos das instituições públicas prestadoras de serviços. A abordagem desta questão aponta para dois referenciais básicos:

- os princípios da política de saúde para a sociedade brasileira definida na 8ª Conferência Nacional de Saúde, especificamente a reforma sanitária enquanto o instrumento de encaminhamento das propostas dessa política;

- a participação dos setores organizados da população nesse processo constitui fator fundamental. Isto como forma de contrapor esforços aos limites e ao conservadorismo das organizações burocráticas nas lutas pelas transformações como esta a qual nos propomos.

A conjuntura deste momento, marcada pelo esforço de transformação do setor saúde, define o papel significativo que os trabalhadores do setor desempenharão na sua viabilização, através das suas formas de organização, sejam aquelas denominadas "entidades profissionais" (sindicatos, associações específicas de categorias profissionais), sejam aquelas denominadas "entidades de servidores" (que englobam todos os servidores de uma instituição).

As instituições públicas prestadoras de serviços de saúde não estimulam a mobilização dos seus trabalhadores em torno dessas questões políticas, nas quais estão presentes os interesses mais diretos destes mesmos trabalhadores.

Por outro lado, as formas de organização dos trabalhadores de saúde constituem o elo deste contingente com o conjunto dos trabalhadores brasileiros, os quais não se diferenciam quando consideramos a exploração de que são objeto nos processos de produção (de trabalho) e de construção da sociedade.

Os trabalhadores de saúde, em decorrência, precisam debater propostas a respeito de como se tornarem orgânicos àqueles grupos sociais a quem se destinam os precários serviços que prestam. Isto é, toma-se necessário desvendar nestes grupos a questão da precariedade de saúde e de vida que se lhe tornaram

características, bem como desvendar os limites dos serviços de saúde para solucionar essas questões.

Concretamente, tudo isso indica a necessidade urgente de inclusão das entidades representativas dos trabalhadores de saúde e dos usuários nos processos de discussão e de decisão da reforma sanitária, assegurando, inclusive, que a esta reforma seja atrelado o processo de reforma administrativa e das próprias recomendações e definições rumo à Nova Constituinte.

Entendemos que esse espaço nas discussões constituem muito mais uma questão de negociação e confronto com as instituições do que um produto da boa vontade delas, visto que isto implica um movimento rumo a um processo de transformação das relações de trabalho no âmbito destas mesmas instituições e na transformação da prestação de serviços à população. Assim tem sido nos processos de luta pela qualidade das condições de trabalho, pela remuneração e pela crítica às atenções a saúde prestada na rede pública de saúde.

Observa-se que o processo de organização, articulação e luta dos servidores é respondido pelas instituições governamentais (a nível federal, estadual e municipal) com uma política deliberada de enfraquecimento dos movimentos:

- com a utilização de repressão inclusive com prisões, demissões e afastamento da função de servidores eleitos para seu exercício;
- através de repasses ou via de concessão e benefícios parciais àquelas categorias profissionais consideradas com maior força de barganha, levando ao histórico e clássico divisionismo;
- com o não reconhecimento das entidades de servidores como interlocutoras;
- com o não atendimento das reivindicações dos trabalhadores, levando à mobilização para a greve que é usada então como argumento para a não negociação.

A este problema acrescenta-se o enclausuramento daqueles que decidem no campo da saúde acarretando uma grande ausência de participação daqueles a quem essas políticas se destinam: usuários e trabalhadores de saúde que assim permanecem na condição de objeto destas políticas.

Sem considerar que ainda acontecem atuações corporativistas, a organização dos trabalhadores de saúde tem mostrado nas suas mobilizações um salto qualitativo das suas práticas, o que se expressa, por exemplo, na proposta a nível de municípios, estados e da federação, de um Plano de Carreira Multiprofissional. Este plano, abrangendo todos os trabalhadores que atuam na área de saúde, desenvolve um sentimento de equipe, pelos vários trabalhadores com funções específicas, complementares e igualmente importantes, merecedores de uma remuneração do seu trabalho digna e compatível com suas práticas frente a uma população em processo de empobrecimento.

A discussão de variáveis que definem a prática dos trabalhadores do setor saúde, abrange questionamentos como:

- a adoção de medidas governamentais específicas por categorias em detrimento da proposta de plano de carreira de caráter geral, favorecendo determinadas categorias em relação às demais;

- a utilização das verbas das Ações Integradas de Saúde para a contratação de servidores;
- a melhoria das condições de trabalho x insalubridade;
- revisão das diferenças salariais entre os servidores que estão no início e os que estão no final da carreira.

Cabe considerar, aqui, que a estrutura sindical brasileira ainda é baseada no modelo fascista, fazendo com que haja a organização dos sindicatos por categoria, levando as negociações em separado, o que compromete o poder das entidades nas negociações e na consecução das conquistas esperadas.

Isto indica a necessidade de uma imediata reformulação de estrutura sindical brasileira, que aponte para os direitos de sindicalização, de greve e de liberdade e autonomia sindical de todos os trabalhadores em relação ao Estado Brasileiro.

Da mesma forma, não poderão cessar os esforços dos trabalhadores da saúde para que as suas associações e entidades pré-sindicais sejam reconhecidas pelos órgãos governamentais como as instâncias de discussão das propostas apresentadas pelos trabalhadores do setor saúde neste país. É nesse sentido que o fortalecimento das associações dos servidores torna-se base imprescindível para garantir o avanço na luta pela sindicalização.

Em função deste quadro, e para o encaminhamento da sua transformação, propõe-se:

- o esclarecimento sobre a Política Nacional de Saúde e reforma sanitária a todos os trabalhadores do setor saúde e todos os setores da sociedade brasileira;
- o encaminhamento dos relatórios da 8ª Conferência Nacional de Saúde, das Conferências Específicas, das discussões sobre as Ações Integradas de Saúde e dos relatórios da Comissão de Reforma Sanitária a todos os sindicatos, associações e centrais sindicais do país, para possibilitar discussão e encaminhamento de propostas para reformulação do Sistema de Saúde;
- a articulação de uma frente popular, organizada nos estados pelas entidades sindicais, partidos políticos e setores organizados da população em defesa do Sistema Único de Saúde;
- a participação dos trabalhadores através de suas entidades organizadas (sindicais e associações de bairros, de favelas etc.) na gestão do sistema de saúde em todos os níveis para assegurar que de fato ela esteja voltada para seus reais interesses.

Finalmente, merece endosso a totalidade das propostas formuladas pelo Centro dos Servidores da Secretaria de Saúde e do Meio Ambiente do Estado do Rio Grande do Sul (Anexo 1).

4.2 – Direitos Trabalhistas do Servidor Público

Os agentes públicos têm sob sua responsabilidade a prestação dos serviços públicos, constituindo dessa forma elemento meio para a viabilidade das propostas de reorganização deste setor.

As discussões sobre os direitos trabalhistas do servidor público têm que buscar a relação entre a questão do interesse público sem ferir os direitos que devem ser assegurados a todos os trabalhadores, dentre esses, ressaltam-se:

- o direito à liberdade e autonomia sindical em relação ao Estado e o direito irrestrito de greve;
- o reconhecimento, por parte do Estado, das entidades representativas dos trabalhadores em saúde, com garantia de desconto das contribuições em folhas de pagamento, com repasse imediato para as entidades;
- direito à liberdade do ponto à diretoria das associações;
- direito à participação na formulação, implantação e gestão da política de recursos humanos;
- direito de remuneração condigna e isonômica entre as mesmas categorias profissionais a nível federal, estadual e municipal. Oportunidade igualitária de aperfeiçoamento e atualização profissional a todos os trabalhadores com garantia de progressão dentro dos serviços;
- estabilidade no emprego com admissão mediante concurso público como forma única de seleção, o que favorece a administração dos recursos humanos do setor público;
- a criação de creches, com quadro de pessoal próprio, garantida a todos os trabalhadores, próximos ao local de trabalho ou moradia até a idade pré-escolar, mantidas pelo Estado e empresas;
- 13º salário, indistintamente do regime de emprego;
- observância do cronograma de pagamento dos salários;
- unificação das diárias para todas as categorias profissionais, assegurando instalação e alimentação digna indistintamente;
- o pagamento das gratificações de direitos (adicional noturno, adicional de fim de semana, feriados etc.);
- independentemente do número e tipos de gratificações recebidas pelo trabalhador, estas serão incorporadas ao total do salário recebido, sem diferenciação enquanto elemento de despesa, incorporando-se definitivamente à remuneração (2).

No que se refere ao Direito Previdenciário, propõe-se que:

- a) o valor da pensão paga aos dependentes de segurado falecido (trabalhador urbano ou rural) será sempre igual aos proventos da aposentadoria percebida ou que teria direito de perceber na data do falecimento (pensão integral);
- b) a aposentadoria da mulher em caso de morte desta seja estendida também ao companheiro;
- c) quando da morte do beneficiário (viúvo ou viúva) seja sua cota-parte redistribuída aos demais beneficiários;

(2) – Esta proposição é contraditória com outra feita no Tema 1 (pág. 17, último parágrafo) que limita a incorporação ao salário, somente a gratificação por dedicação exclusiva. Não tendo sido solucionada, esta contradição na plenária final, foram mantidas as duas propostas neste relatório.

d) em caso de filho ou filha, quando por ter atingido a idade limite ou por morte ou por qualquer outro motivo que o desvincule de benefício, que sua cota parte seja redistribuída aos demais beneficiários em quotas iguais;

e) a aposentadoria por tempo de serviço será aos 25 anos, independentemente de sexo, e aos 55 por idade.

Há a necessidade de amadurecer a criação de representações estaduais e de uma entidade nacional como forma de organização dos trabalhadores no Sistema Único de Saúde. Tal proposta, passa neste momento por uma articulação a nível estadual e nacional das entidades, no sentido de viabilizar essa organização. Passa ainda pela necessidade de organização dos trabalhadores em associações ou sindicatos que mantenham representantes legítimos nas instâncias gestoras das AIS.

Propõe-se que as entidades presentes nesta Conferência se constituam num grupo executivo que viabilize um Encontro Nacional de Entidades de Trabalhadores de Saúde.

4.3 – Isonomia Salarial

Dentre os fatores relativos a remuneração do trabalhador de saúde, a isonomia salarial coloca-se como um dos mais importantes, na perspectiva do novo sistema de saúde e da sociedade democrática pela qual nos mobilizamos.

O Sistema Único de Saúde implicará no desenho de modelos assistenciais e modelos de organização dos serviços, onde serão operacionalizados os seus princípios básicos de universalização, equidade e integralidade da atenção.

Independentemente, porém, da conformação definitiva do novo sistema de saúde, a reforma sanitária está a indicar o encaminhamento da isonomia salarial, que deve ser feita tendo como referência os maiores salários de cada nível e mesma carga horária. Nessa medida, as únicas deferenças admissíveis seriam aquelas determinadas pela complexidade das funções desenvolvidas pelo tempo de permanência no exercício dessas funções e pelo processo de ascensão e progressão funcional fundamentado em critérios de mérito justos e objetivos.

Sabe-se, no entanto, que para a viabilização destes pressupostos, deverão se aprofundar estudos sobre este tema e, principalmente, serem revistas as formas de financiamento do setor.

Relacionado à isonomia, considera-se importante definir uma jornada de trabalho para todos os trabalhadores de saúde que permita, simultaneamente, manter uma boa qualidade de atendimento e um maior período de atendimento à população, sugerindo-se, para tanto, a jornada de 30 horas semanais, com a criação do terceiro turno, nas unidades ambulatoriais.

4.4 – Condições de Trabalho

Sobre as condições em que se dá a prestação de serviços na rede pública de serviços de saúde, entendemos que a precariedade que lhe é característica

constitui um dado que diz respeito e atinge tanto àqueles que a prestam como àqueles que a buscam.

Nesta perspectiva, a superação do conjunto das deficiências existentes supõe um processo, que, no mínimo, envolvem as seguintes questões a serem enfrentadas:

- adoção e aprofundamento de tecnologias necessárias ao atendimento das necessidades de saúde da população de cada localidade como forma de melhor instrumentar os trabalhadores dos serviços no exercício das suas funções, visando à elevação do padrão de resolutividade das suas práticas;

- desenvolvimento de normas e procedimentos na prestação de serviços à saúde, que levem em conta a dignidade do usuário na busca da atenção em saúde e a daqueles que a prestam;

- melhor administração dos gastos com a rede de serviços visando melhores soluções nos seus aspectos instrumentais e físicos;

- provimento de condições necessárias e paralelas àquelas denominadas salariais que se referem a: creche, transporte, alimentação, segurança e higiene no trabalho;

- elaboração de cronogramas de reuniões sistemáticas com todos os trabalhadores da Unidade de Serviço de Saúde que contemplem reflexões críticas das suas práticas, das suas condições de trabalho e das condições de vida, trabalho e saúde da população, garantindo a participação na discussão, dos grupos sociais aos quais essas práticas se destinam. Entende-se que a participação desses grupos supõe a sua ingerência na programação, decisão e controle.

5 – A RELAÇÃO DO TRABALHADOR DE SAÚDE COM O USUÁRIO DOS SERVIÇOS

5.1 – Introdução

Devido à metodologia adotada pelos participantes da Conferência que discutiram este tema, o presente capítulo do relatório apresenta-se dividido em três sub-itens. Os dois primeiros correspondem aos subgrupos dos trabalhadores de saúde e o dos usuários, o terceiro à síntese feita entre os dois subgrupos.

5.2 – Os Trabalhadores de Saúde

Para que se discuta o papel do trabalhador de saúde, a preciso que se explicitie alguns princípios quanto ao serviço público. São eles:

- devem garantir o acesso aos serviços de saúde em quantidade e qualidade a toda a população, indiscriminadamente, sem distinção de previdenciário/não previdenciário, preventivo/curativo etc. Deve inclusive, submeter o serviço privado à consecução desta garantia;

- devem ser organizados de acordo com as instâncias de poder, desde o município até a União, constituindo-se num Sistema Único, que respeite peculiaridades regionais e locais, sem, contudo, negligenciar os princípios de isonomia para os servidores e equidade para os usuários.

5.2.1 – Diagnóstico

Os profissionais de saúde são responsáveis e sempre responsabilizados pela atual qualidade dos serviços públicos de saúde.

Disto decorre que o conceito de má qualidade dos serviços, formado pela população usuária, prevalece apesar de atitudes individuais dos trabalhadores de saúde.

O profissional de saúde não pode compreender seu papel de agente na relação entre os serviços públicos e as necessidades de saúde da população, na medida em que não é estimulado e não recebe informações. Assim, acaba por se in-

dispor com o usuário que na realidade está igualmente envolvido numa proposta de melhoria da qualidade dos serviços.

Há muita falta de confiança entre os usuários e os trabalhadores de saúde. Alguns exemplos de distorções que contribuem para esta falta de confiança foram citados:

- médicos que cobram ágio, fazem laqueadura em troca de votos ou anestesistas que se descredenciaram do INAMPS e cobram como particular ou serviço, estão rompendo o compromisso de respeito com a instituição e o usuário;
- há ainda, unidades de saúde, construídas por exigência da população, na periferia das grandes cidades e no interior, e que ainda não têm médicos. Tal fato decorre da distância geográfica destas unidades e dos níveis inadequados de remuneração.

5.2.2 – Proposições

Para se melhorar a situação propõe-se:

- que a instituição pública seja efetivamente um espaço a ser conquistado para o exercício profissional, digno e solidário para o atendimento dos interesses da comunidade. Nesse sentido, trabalhadores de saúde e usuários devem estar lado a lado na mesma luta;
- que a participação efetiva do usuário seja garantida no processo de decisão, visando à melhoria dos serviços, priorização de ações e a definição de diretrizes. Não deve se constituir apenas na simples presença nos órgãos e instituições;
- que o usuário não seja apenas o financiador, mas também o co-gestor dos serviços;
- uma vez que se defende como proposição a divisão técnica do trabalho, rever a questão do Agente Comunitário e sua inclusão, sem distorções, como articulador entre comunidade e os serviços de saúde, evitando o confuso repasse de responsabilidades. Recomenda-se a realização de reuniões estaduais dos Agentes Comunitários.

5.3 – Os Usuários dos Serviços

Para a discussão da relação do trabalhador de saúde com o usuário dos serviços, se fez necessária a abordagem dos conceitos de ética e cidadania. Identificou-se assim a necessidade de buscar uma nova ética para o sistema de saúde.

Nesta ótica, as responsabilidades devem ser co-repartidas entre os sujeitos envolvidos no processo, em que os serviços de saúde aparecem como epicentros.

A nova ética deve identificar os seguintes co-responsáveis:

- o Estado e suas Instituições;
- os trabalhadores de saúde;
- os Usuários e suas Organizações;

A co-responsabilidade, na prestação de serviços, deve objetivar a qualidade e a quantidade das ações de saúde realizadas.

5.3.1 – A Co-Responsabilidade do Estado e suas Instituições

É o co-participante da relação que aparece, como o principal responsável. A nova ética exige do Estado, no cumprimento dos seus deveres para o conjunto dos cidadãos, que se garanta como diretrizes:

- a efetivação, na prática, do compromisso social do Sistema de Saúde;
- a melhoria das condições de trabalho dos que executam esse compromisso, incluindo, aí, salários dignos e possibilidade de crescimento e desenvolvimento;
- informações suficientes que, colhidas adequadamente, circulem, estimulando melhor compreensão da realidade dos serviços;
- efetivação, na prática, dos canais de participação popular por ele mesmo criadas em suas propostas e em seus projetos.

Nesse sentido, coloca-se a necessidade de reestruturar a CIS, assegurando a participação de representantes da comunidade e dos trabalhadores de saúde. Por outro lado, a reforma tributária fiscal, indispensável à viabilidade do novo sistema de saúde, deve ensejar também um efetivo controle e fiscalização através de entidades sociais (trabalhadores de saúde e usuários), no que se refere aos orçamentos destinados ao setor nos níveis federal, estadual e municipal.

5.3.2 – A Co-Responsabilidade do Trabalhador de Saúde

Co-participante do qual se exige reformulação de comportamentos éticos, traduzidos nos seus deveres de cidadão e de profissional, cumprindo, condignamente esse compromisso no momento da prestação dos seus serviços.

5.3.3 – A Co-Responsabilidade dos Usuários dos Serviços

Cabe à população, através das suas instituições e das suas organizações, buscar, efetivamente, a participação no processo decisório e na co-gestão dos serviços, visando o estabelecimento de novas relações que concretizam essa co-responsabilidade ética. Neste sentido, deve questionar, denunciar, exigir a concretização dos planos nessa relação de co-responsabilidade, obrigando a cada um dos sujeitos já citados a uma mudança de comportamentos éticos e de cidadania.

Considerou-se oportuno que esta Conferência, dirigindo-se às instâncias organizadas da população, informe a respeito dos canais e mecanismos atualmente disponíveis, tais como os Conselhos Comunitários da Previdência Social.

5.4 – Comentário Final

Na tentativa de síntese do tema, verificou-se que é possível fundir subgrupos e fundir subtemas, mas é impossível fundir idéias e posições de indivíduos. A "fusão" é, portanto, o momento salutar da identidade em que a diferença aparece.

A solidariedade é possível, ficou claro que a possível. Mas ficou claro, também, que ela não ocorre sem tensões. A tensão reflete a permanente possibilidade de conflito. No instante do encontro, que é a prestação do serviço, o poder permeia a relação, mistura sujeitos, confunde papéis. Quem é trabalhador? Quem é usuário?

O poder que se reflete estampado em "quem serve" e em "quem é servido", é o mesmo poder que oprime a população.

Este capítulo do relatório é um consolidado tenso, que reflete a tensão entre dois sujeitos: trabalhadores de saúde de um lado, usuários do serviço do outro.

ANEXO I (TEMA 4)

Propostas Formuladas pelo Centro de Servidores da Secretaria de Saúde e Meio Ambiente do Estado do Rio Grande do Sul.

1 – Democratização do Sistema de Saúde

1.1 – Participação dos trabalhadores (usuários) na gestão dos serviços de saúde, em todos os níveis através das centrais sindicais e das entidades comunitárias.

1.2 – Participação dos trabalhadores da área de saúde na formulação, na implantação e na gestão da política de Recursos Humanos, através de Conselhos Paritários (Estado/Entidade(s) representativa(s) dos trabalhadores) de caráter deliberativo. Os representantes dos trabalhadores seriam escolhidos pelas agremiações sindicais. Enquanto não for implantado o Sistema Único de Saúde (SUS) tais agremiações seriam, no setor público, as associações ou similares, no setor privado, os sindicatos. Salienta-se que a viabilização dessa proposta, em termos concretos, requereria uma nova estrutura sindical desatrelada do Estado, organizada por ramo de produção, na qual os funcionários públicos tivessem direito de greve e de sindicalização.

2 – Formação de Recursos Humanos como Estratégia para Melhoria da Qualidade dos Serviços de Saúde

Uma vez que ocorra efetivamente a democratização, prevista no item 1, observar-se-á a adequação entre os serviços de saúde oferecidos e as necessidades de atendimento da população. Isto significará que:

2.1 – O número de profissionais requeridos em cada setor dos serviços de saúde deverá ser estimado a partir de critérios apropriados e não clientelistas e eleitoreiros, como usualmente tem sido.

2.2 – Os conteúdos ministrados nos cursos (aperfeiçoamento, habilitação, graduação, pós-graduação) deverão ser estabelecidos a partir das necessidades do Sistema Único de Saúde democratizado. O que implicará em uma substancial

alteração da estrutura de ensino brasileiro, no sentido de integrá-lo ao Sistema Único de Saúde (integração-docente-assistencial).

2.3 – Se estabeleçam oportunidades iguais de aperfeiçoamento e atualização profissional a todos os trabalhadores de saúde.

2.4 – A qualidade pedagógica do ensino usualmente ministrado deverá ser alterada visando buscar referências do processo de ensino aprendizagem na realidade do educando.

2.5 – O trabalhador dos serviços de saúde deverá ser preparado para reconhecer o direito e estimular a participação da população no desenvolvimento das atividades de saúde.

2.6 – Os centros formadores de recursos humanos para a saúde deverão ser recuperados, ampliados e integrados ao futuro Sistema Único de Saúde e à estrutura de ensino formal.

2.7 – As práticas alternativas deverão ser incluídas no ensino de saúde.

2.8 – Deverá ser incrementada a pesquisa na área biomédica de equipamentos e dos serviços de saúde.

Além disso: a admissão no serviço público deverá se realizar somente através de concurso público; a remuneração dos trabalhadores de saúde deverá ser condigna e isonômica entre as mesmas categorias profissionais dos níveis federal, estadual e municipal; deverão ser estabelecidos, urgentes, e imediatamente, planos de cargos e salários.

As propostas do CESMA, acima apresentadas, têm como pressuposto a alteração das condições de financiamento do setor saúde (reforma fiscal e tributária) retirando seus custos dos ombros dos trabalhadores.

Salienta-se que não será unicamente a formação de recursos humanos, ou melhor a habilitação da força de trabalho no setor saúde que alterará a qualidade da saúde dos trabalhadores brasileiros. Esta só será alterada substantivamente com o investimento público maciço em saneamento básico; na melhoria das condições de habitação e de abastecimento; através de aumentos substanciais nos níveis salariais, na realização urgente da reforma agrária; e principalmente através do aprofundamento do processo de democratização ora em curso no país.

ANEXO II (TEMA 5)

Recomendações do Fórum Intersindical Permanente de Reestruturação e Defesa da Previdência Social e Assistência Médica – RJ

1. As ações de assistência médica hospitalar, assim como as de proteção e promoção da saúde devem se reorganizar sob a conformação de um Sistema Único de Saúde (SUS), com comando único em cada esfera de governo.
2. O acesso aos serviços e ações de saúde deve ser universalizado e igualitário, sem separação de clientela: previdenciários ou não/e urbano e rural etc.
3. O Setor Saúde, assim organizado, deve ser de responsabilidade do Estado, separado da Previdência Social, a quem cabe o pagamento de benefícios, pensões e aposentadorias justos à população.
4. O financiamento do Setor Saúde deve ter como fonte de receitas fiscais da União, dos Estados e Municípios que substituirão, gradativa e progressivamente a fonte previdenciária, tendo como meta final um crescimento de recursos, alocados ao setor, até os níveis de 8 a 10% do PIB.
5. À medida em que forem recompostas as receitas e fontes de financiamento do Setor Saúde, o MPAS irá se retirando gradualmente de seu financiamento, porém, sem deixar de alocar recursos que somem percentuais necessários e indispensáveis a uma boa assistência à saúde da população previdenciária.
6. Os recursos do setor serão operados através de um Fundo Nacional de Saúde, gerenciados por um Colegiado onde esteja garantido o exercício do controle dos trabalhadores, inclusive os do próprio setor e da população usuária sobre o planejamento e execução dos serviços de saúde.
7. As AIS devem ser vistas como estratégia de transição para o SUS, tendo a finalidade de otimizar os recursos públicos aplicados no setor, devendo ter correções no seu curso para impedir o clientelismo e o desvio dos recursos previdenciários para ações não próprias do setor.
8. A unificação do setor saúde em nível federal deve se dar através de um novo órgão, redimensionado, que não se confunda com as estruturas do atual INAMPS e do atual Ministério da Saúde.
9. A descentralização, entendida como redistribuição de funções e atribuições entre as várias esferas do governo, deve ser outra diretriz essencial do SUS, ca-

bendo aos Municípios e Distritos submunicipais a execução das ações de saúde, observado o princípio entre a ação administrativa e o ato finalístico, assim como as autonomias estaduais e municipais.

10. Iniciar um processo efetivo de descentralização das unidades de atendimento do INAMPS, tendo como critérios de regionalização e localização administrativa o âmbito de atuação dos equipamentos (considerar hierarquia funcional, perfil epidemiológico, estruturas administrativas de Estados e Municípios, perfil socioeconômico da região, hierarquia urbana etc.).

11. Iniciar um processo efetivo de modernização gerencial que inclua o remanejamento de pessoal técnico e administrativo excedente do centro para a periferia do sistema e para funções de atendimento, como a informatização, procedimentos e mecanismos de controle operacional.

12. Recomendar que no processo de reforma tributária sejam transferidos mais recursos para os Estados e Municípios de modo a que estes possam co-participar do esforço de universalização do atendimento médico.

13. Estas recomendações devem ser encaminhadas à Comissão de Reforma Sanitária, como subsídio deste Grupo de Trabalho e fazerem parte do Relatório Final do G.T. da Reestruturação da Previdência Social.

