

Gestão e Organização do Trabalho na Rede SUS

Produto 5 - Relatório das entrevistas com dirigentes sindicais sobre a gestão do trabalho no SUS

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

Dezembro de 2024



Escritório Nacional: Rua Aurora, 957 – 1º andar
CEP 05001-900 São Paulo, SP
Telefone (11) 3874-5366 / fax (11) 3874-5394
E-mail: en@dieese.org.br
www.dieese.org.br

Presidente – Maria Aparecida Faria
Sindicato dos Trabalhadores Públicos da Saúde no Estado de São Paulo – SP
Vice-presidente – José Gonzaga da Cruz
Sindicato dos Comerciantes de São Paulo – SP
Secretário Nacional – Paulo Roberto dos Santos Pissinini Junior
Sindicato dos Trabalhadores nas Indústrias Metalúrgicas de Máquinas Mecânicas de Material Elétrico de Veículos e Peças Automotivas da Grande Curitiba - PR
Diretor Executivo – Alex Sandro Ferreira da Silva
Sindicato dos Trabalhadores nas Indústrias Metalúrgicas Mecânicas e de Material Elétrico de Osasco e Região – SP
Diretor Executivo – Carlos Andreu Ortiz
CNTM – Confederação Nacional dos Trabalhadores Metalúrgicos
Diretora Executiva – Cecília Margarida Bernardi
Sindicato dos Empregados em Empresas de Assessoramentos Perícias Informações Pesquisas e de Fundações Estaduais do Rio Grande do Sul - RS
Diretor Executivo – Claudionor Vieira do Nascimento
Sindicato dos Metalúrgicos do ABC – SP
Diretora Executiva – Elna Maria de Barros Melo
Sindicato dos Servidores Públicos Federais do Estado de Pernambuco - PE
Diretor Executivo – Gabriel Cesar Anselmo Soares
Sindicato dos Trabalhadores nas Indústrias de Energia Elétrica de São Paulo – SP
Diretor Executivo – José Carlos Santos Oliveira
Sindicato dos Trabalhadores nas Indústrias Metalúrgicas Mecânicas e de Materiais Elétricos de Guarulhos Arujá Mairiporã e Santa Isabel - SP
Diretora Executiva – Marta Soares dos Santos
Sindicato dos Empregados em Estabelecimentos Bancários de São Paulo Osasco e Região - SP
Diretor Executivo – Paulo de Tarso Guedes de Brito Costa
Sindicato dos Eletricistas da Bahia - BA
Diretora Executiva – Zenaide Honório
Sindicato dos Professores do Ensino Oficial do Estado de São Paulo – SP

Direção Técnica

Adriana Marcolino – Diretora Técnica
Victor Gnecco Pagani – Diretor Adjunto
Patrícia Pelatieri – Diretora Adjunta
Elisana Elias – Diretora da Escola DIEESE de Ciências do Trabalho

Ficha Técnica

Equipe executora

Equipe técnica do DIEESE

Apoio

Equipe administrativa do DIEESE

Entidade executora

Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos -
DIEESE

SUMÁRIO

| | |
|--|-----------|
| APRESENTAÇÃO..... | 5 |
| ASPECTOS METODOLÓGICOS | 5 |
| Procedimentos metodológicos | 5 |
| O painel composto..... | 6 |
| RESULTADOS DAS ENTREVISTAS..... | 8 |
| As declarações sobre a NOB/RH-SUS | 8 |
| Gestão e relações de trabalho no SUS..... | 10 |
| A gestão do SUS | 11 |
| A municipalização dos serviços do SUS..... | 17 |
| A contratação da força de trabalho no SUS | 21 |
| Concurso Público..... | 21 |
| Contratos de Trabalho | 25 |
| As condições de trabalho no SUS..... | 31 |
| A infraestrutura dos equipamentos..... | 31 |
| Dimensionamento da força de trabalho | 35 |
| Jornada de trabalho | 37 |
| Remuneração e número de vínculos | 38 |
| Assédio moral | 40 |
| Saúde dos trabalhadores da saúde..... | 41 |
| Questões específicas de algumas profissões da saúde | 44 |
| A organização sindical dos trabalhadores do SUS e a atuação das entidades..... | 52 |
| Depoimentos sobre os demais princípios da NOB/RH-SUS..... | 73 |
| Plano de Cargos, Carreiras e Remuneração - PCCR..... | 73 |
| Planejamento Estratégico da Gestão do Trabalho | 76 |
| Educação Permanente | 77 |
| Mesas de negociação do SUS..... | 79 |
| Financiamento para o trabalho no SUS..... | 82 |
| Participação dos trabalhadores no Controle Social | 84 |
| Declarações dos entrevistados sobre outros temas importantes | 88 |
| Impactos da introdução de novas tecnologias no SUS..... | 88 |
| Fixação dos trabalhadores nos interiores do país..... | 90 |
| Sugestões dos entrevistados para a 4ª Conferência Nacional da Saúde..... | 91 |
| CONSIDERAÇÕES FINAIS | 93 |
| RECOMENDAÇÕES LEVANTADAS A PARTIR DOS RESULTADOS DO PROJETO | 94 |
| ANEXO 1 - ROTEIRO DE ENTREVISTA..... | 97 |

APRESENTAÇÃO

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

Trata-se da pesquisa realizada junto a dirigentes sindicais representativos de trabalhadores da saúde, cujo objetivo era levantar informações, opiniões e posicionamentos sobre gestão do trabalho e educação em saúde, além de fornecer elementos que possibilitassem traçar um panorama das condições e relações de trabalho no SUS, para subsidiar os debates que ocorrerão na 4ª Conferência Nacional sobre o tema.

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

ASPECTOS METODOLÓGICOS

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

Procedimentos metodológicos

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

Nos diálogos com as representantes do CNS, que haviam apontado que a pesquisa seria desenvolvida junto a conselheiras(os) estaduais de saúde e dirigentes sindicais do setor¹, decidiu-se que a apuração teria caráter exploratório e buscaria

¹ Foram desenvolvidas duas pesquisas, uma junto a conselheiras(os) de saúde, cujos resultados foram apresentados em relatório específico e outra junto a dirigentes sindicais representantes dos trabalhadores do setor, objeto do presente

averiguar o grau de conhecimento das(os) entrevistadas(os) sobre a NOB/RH-SUS e a avaliação que fazem de seus dispositivos. Também se deliberou que deveriam ser captadas informações sobre a realidade das relações e das condições de trabalho no SUS para as diversas categorias profissionais representadas pelos dirigentes entrevistados.

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

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

Determinou-se que deveriam ser entrevistados(as) dirigentes sindicais de entidades representativas de categorias profissionais diversas e de diferentes graus, a saber; Sindicatos, Federações e Confederações, além de contemplar as diferentes regiões geográficas do país. O CNS responsabilizou-se pela indicação e contato com as entidades sindicais para participação na pesquisa.

Definidos o método e a técnica para a aplicação da pesquisa, iniciou-se a elaboração da primeira versão do roteiro de perguntas, composto por dois blocos², além de uma introdução sobre o histórico dos entrevistados no que se refere à atuação no movimento sindical. No primeiro bloco, indagava-se sobre o conhecimento dos dirigentes a respeito da NOB/RH-SUS. No segundo bloco, solicitava-se que discorressem sobre as relações e condições de trabalho no SUS.

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

O painel composto

Deve-se ressaltar que o processo de contato com as (os) entrevistados e agendamento das entrevistas apresentou certa dificuldade, uma vez que as(os)

estudo. Recomenda-se que a leitura deste relatório seja precedida pela leitura do relatório das entrevistas com os conselheiros estaduais, dado que várias serão as referências aqui feitas a ele.

² Ver Anexo 1

³ MAXQDA

dirigentes sindicais costumam ter muitos compromissos. Em alguns casos, inclusive, apesar de todos os esforços empreendidos pelo CNS, não foi possível marcar entrevista.

No total, foram realizadas nove entrevistas, todas online, entre 22 de maio e 07 de junho, que possibilitaram a composição de um painel contemplando dirigentes de entidades de trabalhadores públicos e privados, de abrangência nacional e estadual, representando trabalhadores de toda a área da saúde, enfermeiros, médicos, agentes comunitários de saúde, agentes de combate a endemias, trabalhadores em segurança social e trabalhadores em saúde indígena.

Quadro 1 - Participantes das entrevistas por Entidades Sindicais

| Entidade Sindical | Dirigente Sindical | Data da entrevista |
|---|---------------------------|---------------------------|
| Confederação Nacional dos Trabalhadores da Saúde – CNTS | Lucimary Santos Pinto | 05/06/2024 |
| Confederação Nacional dos Trabalhadores em Segurança Social - CNTSS-CUT | Júlia Reis Nogueira | 22/05/2024 |
| Confederação dos Trabalhadores no Serviço Público Municipal - Confetam | Jucélia Vargas de Jesus | 27/05/2024 |
| Confederação Nacional dos Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate às Endemias - Conacs | Ilda Angelica Correia | 29/05/2024 |
| Federação Nacional dos Enfermeiros - FNE | Solange Caetano | 22/05/2024 |
| Sindicato Nacional dos Trabalhadores e das Trabalhadoras da Saúde Indígena – SindCopsi | Carmem Pankararu | 28/06/2024 |
| Sindicato dos Médicos de São Paulo – Simesp | Augusto Ribeiro Silva | 28/05/2024 |
| Sindicato dos Trabalhadores em Combate as Endemias e Saúde Preventiva no Estado do Rio de Janeiro – SINTSAÚDERJ | Sandro Cézar | 24/05/2024 |
| Sindicato dos Trabalhadores Públicos da Saúde no Estado de São Paulo - SindSaúdeSP | Cleonice Ribeiro | 07/06/2024 |

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

RESULTADOS DAS ENTREVISTAS

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

Cabe ainda destacar que só serão identificadas as entidades sindicais nas declarações referentes a alguma profissão específica.

As declarações sobre a NOB/RH-SUS

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

Tal como ocorreu com os conselheiros estaduais, alguns dos entrevistados julgavam que o domínio que têm da Norma não era suficiente para avaliá-la, porém a valorizam, a têm como referência, ressaltam a importância de seus dispositivos e querem vê-la aplicada:

“[sobre a NOB] o que a gente sabe é muito superficial... nas Conferências, às vezes, nos faltam informação precisas pra gente colocar uma determinada resolução que a gente quer pra melhorar a ponta - desde quem faz o serviço como onde quem recebe o serviço... a gente não tem muito que se preocupar com criar nova lei, a gente precisa se apropriar do que a gente tem, das normas que a gente tem [...] porque, muitas vezes, ali no papel ela é muito bonita, trata da questão de cuidados, de acesso, de prevenção, de tratamento, trata do todo... mas na hora da resolução de fato, daquilo acontecer, não se materializa - ou por falta de investimento ou por escolha de aonde investir, como investir [...] a gente fica criando, muitas vezes, perdendo muito tempo para criar novas normas, para criar novos registros burocráticos e, de fato, a gente não vai na

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

raiz do que a gente já tem para poder se efetivar [...] a gente precisa... não é materializar, é divulgar mesmo, é transformar, massificar essa informação do que a gente tem, pra que a gente possa depois, nos espaços de disputa e de debate, a gente ter argumento suficiente para efetivar esses sistemas em si.”

“ nós temos alguns entraves... falar em dimensionamento, falar em melhoria, em contratação, falar em capacitação - porque você tem que capacitar também esses profissionais - também demanda discutir orçamento... a NOB tem tudo pra ser aplicada, ela continua atualíssima, a gente tem trabalhado pra isso, em conjunto: governo, gestor e trabalhador, mas se não tiver orçamento para isso, a gente não avança... e também há de se discutir um pacto entre os entes federados, porque o Ministério da Saúde pode determinar as diretrizes junto conosco, traçar estratégias, mas depende do governo estadual, depende do governo federal fazer essas implementações e a autonomia dos entes federados muitas vezes impede que a gente consiga avançar, porque nem sempre o gestor local tá com vontade ou quer ou vê que realmente essa é uma política que tem que ser implementada pra melhorar a qualidade da assistência, a qualidade do atendimento do Sistema Único de Saúde... e muitas vezes a política local, os interesses individuais dos partidos políticos, e dos próprios governos locais, impede que a gente consiga fazer essa implementação na proteção dos profissionais.”

“[a NOB] tem muito a ver com o que a gente entende de saúde de qualidade, de saúde pública de qualidade porque trata de concurso público, trata de plano de carreira, de formação continuada... e se for vista como um fio, você vai achar que você está falando apenas do direito do servidor e da servidora enquanto trabalhador e trabalhadora, que vende a sua força de trabalho... mas no caso da saúde, a gente precisa puxar esse fio... claro que é um fio importantíssimo o olhar do servidor e da servidora que presta a sua força de trabalho porque ele materializa o papel do estado enquanto direito... está lá na Constituição: ‘todas as pessoas têm direito à saúde de qualidade...’ quem é que materializa isso?... quem vende a sua força de trabalho e realiza a saúde [...]”

“A NOB RH é fruto de uma luta política, que conseguiu, na verdade, estabelecer alguns debates... polêmicos, inclusive, desde a época da sua implantação... a terceira conferência de Saúde, em 2006, teve como resultado muitas proposições aprovadas e conclusões, que devem ser traduzidas em práticas [...] mas a gente ainda tem muitos problemas para que essas políticas sejam efetivas, que resolvam, mesmo, a situação do trabalho em saúde no SUS.”

Em uma das entrevistas, o depoente comentou três dos dispositivos previstos na NOB/RH-SUS referentes especificamente ao Plano de Cargos e Carreira (PCCR), ao Planejamento Estratégico da Gestão do Trabalho e ao concurso público, mostrando concordância em relação ao conteúdo e desaprovação por sua não operacionalização:

“o dispositivo [sobre a criação de PCCR] visa ser uma orientação para que possa ser implantado pelos estados e municípios e até na própria União [...]”

“A gente tem bastante avanço pelo tratamento que a NOB dá ao planejamento estratégico e gestão do trabalho, entretanto, a gente tem uma dificuldade tremenda para que isso tenha concretude [...]”

O dispositivo [da NOB sobre a contratação por concursos públicos] é altamente útil e em total consonância com a Constituição da República do Brasil, que prevê a contratação por meio de concursos públicos... entretanto, na prática, isso não acontece, a gente tem hoje um grave problema de vínculo na administração pública, no âmbito do Sistema Único de Saúde... tem todas as formas de contratação e a que menos é empregada hoje, infelizmente, é exatamente essa forma que é a que está em total consonância com a Constituição, que é o concurso público, a contratação por Regime Jurídico Único de cargos públicos... essa é a que é menos praticada hoje, infelizmente.”

Ainda um dos entrevistados ponderou que a NOB/RH-SUS relativa ao concurso público está em desacordo com os dispositivos legais que regem os gastos públicos:

“A gente vê que a Norma [NOB/RH-SUS referente a concurso público] não tem sido seguida, até porque ela está em dissonância com outros dispositivos legais, como a Lei de Responsabilidade Fiscal, como um novo arcabouço fiscal, teto de gastos, enfim, isso basicamente torna inviável [...] haver uma maioria de contratados, pelo menos dentro da lei, de servidores públicos dentro dos aparelhos de saúde... a gente sabe que os aparelhos de saúde têm uma boa parte de seus gastos com pessoal, com folha de pagamento e a tendência, ao contrário de outros setores, é que isso não diminua.”

Gestão e relações de trabalho no SUS

Neste tópico, serão apresentadas as informações levantadas sobre a gestão do Sistema Único de Saúde e as relações de trabalho que se estabelecem no interior do Sistema. Antes, porém, é da maior importância destacar que, assim como os conselheiros estaduais, os dirigentes sindicais são ardorosos defensores do SUS. Foi unânime entre os entrevistados falar sobre a importância do Sistema, resumidas nos seguintes destaques:

“eu sou uma entusiasta do SUS, eu sou uma defensora do SUS... o SUS que nós temos, é um presente de Deus, das forças encantadas... principalmente para os menos favorecidos... eu posso falar [mal] do SUS, mas eu não quero que ninguém fale... eu sou uma defensora que sempre vou estar disponível para defender esse SUS que nós conquistamos, que o povo brasileiro conquistou... precisa de financiamento, precisa de adaptações, precisa de atualização, mas ele é um sistema que funciona.”

“[O SUS] funciona, sempre funcionou... eu sou uma defensora do SUS, acho o SUS um sistema maravilhoso... agora, é preciso investir nas pessoas que estão dentro do SUS... é preciso investir nos trabalhadores para que o SUS aconteça

com mais assertividade... é preciso que os gestores municipais, estaduais, enfim, percebam que, quando eles gastam com os trabalhadores, eles não estão gastando, estão investindo para prestar uma saúde de mais qualidade para a população...”

“ A saúde da população é algo importante e estratégico para qualquer país do mundo... a saúde é importante porque o principal capital que um país pode ter é o seu capital humano, a sua população, o seu povo... a pandemia trouxe bastante disso, demonstrou qual a importância de termos os sistemas universais de saúde [...] embora a gente estivesse com uma anomalia na presidência da República, uma anomalia no serviço público federal, na chefia, na coordenação do serviço público federal, o SUS respondeu porque ele vive, ele tem vida própria, é um sistema que tem vida própria, que vai funcionar independente de quem esteja no governo [...]

A gestão do SUS

Uma das questões mais abordadas pelos depoentes no decorrer das entrevistas foi a atual gestão do SUS, alvo de críticas veementes, sobretudo em relação ao processo de terceirização dos serviços e seus impactos sobre as condições de trabalho e a saúde dos trabalhadores:

“[...] o número de terceirizações, de privatizações, as OSSs avançou demais na saúde como um todo [...] a gente tem muita terceirização, muito Organização Social irresponsável assumindo hospitais, assumindo as Unidades de Pronto Atendimento [...] um dos primeiros resultados disso é a alta rotatividade de profissionais [...] isso leva, além de uma desestruturação da equipe, a um adoecimento dos profissionais que ficam sobrecarregados e, lógico, à [...] precarização do serviço de saúde... e aí a gente tem, por sua vez, cada vez mais a utilização dos políticos que dizem que o serviço público é ruim, então, vamos precisar terceirizar... pra melhorar... e infelizmente a gente não consegue muito apoio e a consciência do nosso cidadão, cidadã comum que precisa do serviço, porque quem tá doente, quem tá com uma dor [...] quer alguém que tire a sua dor imediatamente... não importa se ela vai ser atendida por um terceirizado ou por um concursado [...] agora, pra gente que sabe o que significa o trabalho em rede, que sabe o que significa um trabalho de saúde com continuidade, e que a prevenção é tão importante quanto o tratamento... porque o tratamento é que você já chegou num grau e você tá doente e precisa tratar a doença e, muitas vezes, não precisaria ter chegado na doença, se você tivesse feito uma série de outras coisas anteriormente [...] infelizmente o retrato, de trabalhador da saúde hoje é um retrato de adoecimento, de descontentamento por uma série de coisas e, principalmente, do nível assustador de terceirização e de ampliação das Organizações Sociais, das Parcerias Público-Privadas ou da área da filantropia, que recebe muito, muito, muito dinheiro, porque são hospitais privados, com caráter filantrópico... e pela filantropia, recebe um número bastante grande de

verbas, seja elas por parlamentar, seja uma série de coisas, mas na hora de investir e criar, vão criando estruturas cada vez mais magníficas para atender o privado e medianas ou razoáveis para atender o setor público [...] o resultado é esse, de adoecimento, de alta rotatividade dos profissionais, do adoecimento por conta das sobrecargas, dos baixos salários e por ter que fazer vários serviços... e a população, por sua vez, também deixando de ser atendida.”

“a atenção básica [...] em São Paulo está totalmente nas mãos de Organizações Sociais [...] mas não só as unidades individualmente, como a gestão dos territórios é feita pelas organizações sociais, ao ponto de eles participarem da gestão ativamente... eles têm órgãos de gestão que são redundantes em relação aos órgãos de gestão da própria Secretaria Municipal de Saúde e acabam curto-circuitando a Secretaria Municipal de Saúde...”

“Os contratos de gestão impõem metas e é até salutar que ocorra dessa maneira, porque a gente tá vendo, inclusive, contratos de gestão sendo propostos - por exemplo, no serviço estadual para o serviço de regulação - que é outra prerrogativa que o estado cede à iniciativa privada sem nenhuma contrapartida e que distorce totalmente a lógica do SUS... a regulação é um controle das vagas [que é colocado] totalmente na mão de terceiro [...] - então é até salutar que haja metas... o problema é que as metas acabam definindo matematicamente como será o serviço, um serviço que implica complexidade, um serviço que vai cuidar de vidas humanas, que dificilmente terá nos números um bom parâmetro de funcionamento... mas ainda assim as metas são muito ruins, elas poderiam ser melhores, ainda que numéricas...”

“A gente tem em São Paulo esse nível maior de organização do trabalho, mas na Grande São Paulo já começa a haver muitas irregularidades... a gente está acompanhando um caso de Embu-Guaçu, por exemplo, que já é a terceira empresa que é contratada por contrato de emergência... isso inclusive está na introdução da NOB: ‘empresas que são contratadas por contrato de emergência...’ isso é normalizado e vem um contrato de emergência depois do outro, com CNPJ diferente que fazem contratações PJ ou caixa 2 e não pagam o que é devido para os médicos... os médicos já estão na terceira rodada de calote em três anos... a situação [é] meio precária aí pelos interiores, ao ponto que você dificulta, inclusive, a fixação de médicos no interior... os médicos não têm segurança que eles vão ser remunerados... O médico sabe ele que ele recebeu o primeiro salário, o segundo ele não tem certeza.

“A gente vem lutando há anos e anos em defesa do SUS, em defesa de um serviço de qualidade, no qual os trabalhadores pudessem ter, pelo menos, um salário digno, formas de atender melhor a população... mas, infelizmente, a gente depara hoje com uma mudança brusca dentro da prestação de serviço e, assim, a gente sente uma ineficiência, primeiro do Estado, porque... joga a responsabilidade pras Organizações Sociais, essa gestão que eles fazem e não

tem uma fiscalização... as pessoas não estão sendo tratadas adequadamente...” falta medicamentos, falta condições mínimas nos locais de trabalho para dar um atendimento de qualidade... não tem um atendimento adequado para a população, não tem medicamentos, não tem insumos básicos, muitas vezes, nos locais de trabalho... não tem um lençol pra cobrir o paciente, não tem fralda para colocar no paciente... e não há uma fiscalização, do poder público... o governo faz o contrato, joga a responsabilidade para uma Organização Social com um tipo de gestão... o governo se exime das suas responsabilidades [...] e as coisas vão acontecendo dessa forma, com descaso total com a população e com os trabalhadores, porque esses trabalhadores não têm pra quem reclamar... a gente fala de nós pra nós mesmos...

“O modelo de gestão coloca a assistência à saúde à população numa situação precária, o que não é novidade falando de SUS subfinanciado desde a sua criação, mas cria desvios assistencialistas, desvios que pervertem os princípios do SUS... coloca um agente respondendo emergencialmente a cada contingência, seja ela pandemia de covid, seja ela epidemia de dengue, demandas geradas por eventos climáticos e não permite que haja um nível de longitudinalidade, de prevenção, de planejamento da assistência, de controle, de vigilância, tudo isso fica prejudicado...”

“o aumento da terceirização é um grande entrave... isso coloca dificuldade numa boa gestão [...] você não tem uma uniformidade... nós estamos falando de um país continental, que é o Brasil: se você olha para o norte, é uma realidade... se você vai ver no extremo sul é outra realidade... então, você não pode ter um sistema que seja igual em todo o país, tem diferenciação... [ainda] tem a questão do gestor, cada gestor pelo entendimento, pela sua ideologia, ele aplica e aponta, implementa e implementa de uma forma diferente de outro... o Sistema é único, mas a aplicação desse Sistema Único no país, ele não é igual, ele é totalmente diferente... [tem] as condições climáticas, tem uma série de fatores que vai influenciar nessa implantação...”

“Como é que está a situação da contratação de pessoas para trabalharem no sistema?... nós temos déficit de pessoal no sistema ou não... nós temos equipamentos suficientes para dar cobertura ao SUS?... essas são questões que têm uma repercussão muito grande na forma da eficiência - ou não - do sistema [...] nós temos que pensar que o SUS pretende ser um sistema universal e gratuito, então, teria que dar cobertura para toda a população... junto com isso, nós temos o sistema de saúde privado que disputa não só recursos, mas disputa também até equipamentos com o SUS, para poder atender as pessoas que são beneficiárias dos planos de saúde... essa é uma equação que precisa ser equilibrada... hoje, todo mundo que não tem um sistema de saúde que lhe dê proteção tem necessariamente que se reportar ao sistema público de saúde... nós temos que pensar que os procedimentos de alta complexidade são bancados pelo SUS e isso faz com que, inclusive, essa disputa se torne muito desigual: os planos de saúde oferecem cobertura para determinados

procedimentos, mas tem outros procedimentos que o usuário só vai encontrar se for no sistema público de saúde.”

“Nós temos um quadro pequeno de trabalhadores, com uma sobrecarga muito grande e quando chega a Organização Social, eles não completam o quadro de trabalhadores... eles trazem o mínimo de trabalhadores da OSS, dos hospitais, das unidades, dependendo de onde esteja, e, assim, são pessoas que, infelizmente, não estão qualificadas... são pessoas que estão... nada contra os recém-formados, eu acho que todo mundo já foi recém-formado um dia e precisa mesmo de orientação... mas o governo não pode ter essa irresponsabilidade de colocar essas pessoas nesse serviço, principalmente, que são serviços de extrema urgência e emergência, porque aí você põe em risco a população... põe na mão de pessoas que não entendem do que estão fazendo... quando não há fiscalização, quando não tem a vontade política do poder público, a população fica à deriva... e a culpa vem sempre pro trabalhador e nunca vai pro governo... quando não tem o serviço, quando não tem a marcação da consulta, quando não tem a cirurgia, quando não tem os serviços prestados que são necessários [...] a população culpa o trabalhador, porque não tem esse entendimento... nós, como trabalhadores públicos, somos tachados de vagabundos, de que não tá nem aí com nada, e não é verdade, a gente trabalha e muito...”

“a gente luta muito pela prevenção e hoje não existe isso... falando um pouco da Norma [NOB/RH-SUS], tem verbas específicas pra fazer muitas coisas boas pra população, mas não chega, os municípios recebem as verbas, mas não [se] sabe pra onde vai... poderia estar fazendo ali vários programas pra prevenção, principalmente da população, das doenças, e a gente não vê isso acontecer... a verba chega, não sabemos o que é feito... hoje, os conselhos, a grande maioria, eles têm mudado toda a legislação deles, que é pra isso mesmo, pra não ter esse tipo de fiscalização, inclusive do próprio conselho... nós estamos vivendo atualmente uma conjuntura muito ruim, péssima... precisava ter alguma coisa pra mudar a consciência da própria população, que tem que pôr governantes que tenham um olhar mais voltado pra população, para os trabalhadores, porque, afinal de contas, todos os trabalhadores, toda a população são trabalhadores que necessitam da saúde, que necessitam dos serviços públicos, da saúde, da educação.”

“O mínimo que a gente tem que ter em contratos de gestão, se a gente for trabalhar nesse modelo, que é a realidade hoje, é que a gente tenha metas adequadas, metas qualitativas, que sejam, de fato, fiscalizadas, cumpridas porque o que acaba sendo é que os governos agem em parceria e essas empresas não têm o menor interesse de cobrar o seu devido funcionamento... e os tribunais de conta atuam de uma forma precária... a gente já recebeu respostas do tribunal de conta de município dizendo ‘a gente não dá conta de gerir esse tanto de contrato da saúde’... teve um dado recentemente que o repasse para as organizações sociais aqui no município [de São Paulo] chegou a 18 bilhões... é uma quantia assombrosa de dinheiro sobre o qual há pouca

fiscalização, há pouca transparência... a gente, no máximo, consegue acesso aos contratos de gestão... e às vezes falta um anexo ou outro no Portal da Transparência... isso é importante também na nossa participação nos Conselhos, pra gente ter acesso às informações.”

[...] O que a gente sente é que querem acabar com o funcionário público - não com o serviço público - mas com os funcionários públicos e privatizar tudo... eu acho que é isso que o governo pretende fazer: acabar com o funcionalismo e privatizar tudo...”

Ainda em relação à gestão do SUS, alguns entrevistados defenderam estratégias de atuação muito distintas das que vigoram atualmente:

“[é necessário] melhorar a capacidade da gestão, melhorar mesmo... eu estou falando de secretarias municipais, de diretoria de hospitais, de aonde o trabalhador do SUS atua... precisa melhorar a capacidade da gestão para conduzir questões que envolvem o trabalhador... que envolvem o usuário, mas que envolvem o trabalhador... muitas vezes, o trabalhador fica sem condições de dar resposta [...] por causa da estrutura de trabalho que não permite dar resposta... eu tenho certeza que o desejo de um trabalhador é... um paciente chegar, você atender o paciente, conseguir integrá-lo à rede e dar uma resposta a esse paciente... é bom para o trabalhador, é melhor ainda para o paciente... a gente precisa pensar muito na melhoria da capacidade da gestão do SUS pra melhorar as questões que envolvem o trabalhador diretamente, a gente precisa contribuir, e aí são todos: é o gestor, é o trabalhador... o trabalhador precisa contribuir para o aumento da qualidade do atendimento prestado ao SUS [...] a gente precisa contribuir para a humanização do trabalho do SUS, o SUS humanizado, o SUS equânime, aquele SUS que realmente faz aquilo que está dito nos princípios, que é muito importante, os princípios do SUS... essa humanização do SUS, da gestão do trabalho no SUS é extremamente importante [...] [é necessário] um aumento de corresponsabilização na execução da política, tendo um trabalhador motivado, financeiramente atendido, condições de trabalho adequada, horas de trabalho factível... [assim, o trabalhador] acaba assumindo a responsabilidade e sendo um corresponsável pelo SUS que nós temos [...] precisa se pensar pra fortalecer a gestão do trabalho dentro da estrutura do SUS [...]”

“[é necessário um diagnóstico em rede, que é] o estudo da saúde desde [questões] geracionais até questões de população... população indígena tem predominância de um determinado tipo de doença, de adoecimento, uma série de coisas até mesmo psicológicas [...] a população afrodescendente é outra completamente diferente [...] e é assim, porque nós somos seres biologicamente constituídos com as nossas diferenças... esse trabalho em rede [...] como equipe, e em rede com continuidade, consegue fazer uma grade genealógica para além de composição familiar, a partir de adoecimento ou de aparecimento de

adoecimento [...] eu tenho brigado muito para trabalhar em redes, porque não adianta ter uma unidade de saúde em cada bairro, em cada vila, se não conseguir fazer o link da complexidade... eu vou ter a mesma pessoa 10 vezes no ano na unidade de saúde se eu não tiver um atendimento de rede familiar e de rede hospitalar como um todo... e eu acho que é isso que tá faltando pra gente [além] do que a gente já produziu até aqui em termos de conhecimento em relação à saúde, de códigos, de sistemas, de protocolos... é a gente construir essa rede.”

“Nós precisamos de um olhar que se volte um pouco mais para uma parcela da sociedade que está naquele intermediário entre a atenção básica e a integralidade das ações na rede... eu vou dar um exemplo: ontem que eu visitei uma creche, porque eu queria ver dentro da creche o público que mais depende do serviço de uma creche e quais eram as dificuldades dele... eu estou falando de uma área indígena... e eu me deparei com um público de várias crianças com deficiência, que estão nessa creche, fazem parte dessa creche e que eles estão se adequando pra essa creche fazer a educação na formação desses trabalhadores... mas a diretora falou da dificuldade que se tem: todos os dias chega alguém que não conseguiu adquirir a medicação de alto custo - e são pessoas com deficiências que carecem da medicação de alto custo - que para aquisição dessa medicação, na maioria das vezes precisa judicializar por meio da promotoria pública do estado, do município, precisa judicializar para esse paciente acessar uma medicação de alto custo... então, aí eu começo a avaliar: aonde a gente está errando que não está conseguindo adaptar o SUS para essa prática?... me deparo também com a necessidade de muitos desses pacientes de conseguir um exame específico, até uma consulta com um neurologista, por exemplo [...] o nosso SUS precisa entender que o paciente não fica na atenção básica, não fica na atenção primária... o paciente precisa se integrar, essa rede precisa ser integrada para melhorar a condição de atendimento a esse paciente que carece da atenção básica, da atenção secundária e terciária do SUS.”

“O ideal é que a gente possibilite a administração direta em termos orçamentários legais, em termos de RH, de concurso público, pra que a gente possa remontar a questão do SUS pra dentro do Estado”

Houve ainda uma fala da dirigente sindical dos trabalhadores e trabalhadoras da saúde indígena sobre a gestão do trabalho nesse segmento:

“Nosso grande dificultador hoje está na área meio da gestão, porque nós não temos servidores públicos... é preciso fazer o concurso público para a área meio, é preciso trazer, oxigenar a força de trabalho que estão dentro das estruturas administrativas dos DSEI [Distrito Sanitário Especial Indígena], trazer pessoas para o Selog [Serviço de Apoio Logístico], para o Seofi [Serviço de Orçamento e Finanças] [...] para os departamentos de gestão de política de saúde, que precisam ter profissionais concursados, que possam responder pela gestão dos

distritos... hoje, nós defendemos que seja feito um Regime Jurídico da União que possa melhorar a estrutura das áreas meio dos distritos... quanto à questão da área fim, dadas as complexidades de questões [como] difícil acesso, fixação de profissionais, remuneração justa, da necessidade de cargos... nós defendemos, que seja feito por meio de outros fins, e nós estamos defendendo o contrato de gestão que seja amplo, que contemple o plano distrital de saúde indígena, que contemple a própria força de trabalho centralizada em uma única instituição, porque hoje a pulverização que nós temos de 35 convênios diferentes, com oito conveniadas diferentes também é um dificultador para pensar nesse trabalhador e nas condições de trabalho para ele, de processos de trabalho, de planejamento estratégico, porque nós tratamos com pessoas que conhecem o SUS e com gente que não conhece e, às vezes o não conhecer torna-se um dificultador para as relações... hoje nós [SindCopsi] defendemos que o modelo, o contrato, seja um contrato mais específico, mais enxuto, dentro da estrutura do próprio Ministério da Saúde... estamos numa discussão ampliada sobre a chegada da Agência Brasileira de Apoio à Gestão do SUS... nós não estamos vendo outra saída porque são três opções que vêm à mesa: uma é o concurso público que nós defendemos para a área meio, mas não defendemos para a área fim; o outro é o modelo convenial que nós temos hoje, que está em uma ação civil pública tramitada em julgado, é uma decisão de não continuidade [...] não foi uma decisão nossa das Organizações não Governamentais de não continuar... tem uma ação civil pública tramitada em julgado na saúde indígena, que diz que as Organizações não governamentais não devem continuar, dado o modelo de contratação de pessoas e a forma que é feito o convênio... [com] uma ameaça de uma multa milionária da Sesai, se ela não apresentar o modelo... e agora, pra nós, chegou a discussão sobre essa agência... estamos estudando essa agência, estamos fazendo essa conversa com os usuários, com os trabalhadores... tem uma decisão de fazer cinco seminários regionais e consulta pública aos 34 conselhos distritais de saúde indígena que são deliberativos no âmbito da política... acontecendo essa consulta, acontecendo a deliberação do Condisi [Conselho Distrital de Saúde Indígena], a AgSUS [Agência Brasileira de Apoio à Gestão do Sistema Único de Saúde] é a agência que está se colocando com requisitos que podem adequar, sim, a esse momento, a essa necessidade do trabalhador e da trabalhadora da saúde indígena...

A municipalização dos serviços do SUS

Ainda no que se refere à gestão dos serviços do SUS, procurou-se levantar a opinião dos entrevistados sobre o processo de municipalização dos equipamentos de saúde e os impactos que causou sobre os trabalhadores.

Quanto ao processo em si, foram os seguintes os depoimentos registrados:

“O processo de municipalização dos serviços de saúde é próprio do nosso modelo que a Constituinte impôs e decidiu e é algo que tem muito a ver com a própria eficiência do sistema, a necessidade de ser descentralizado o sistema de saúde e estar mais perto da população... isso não tem nenhum problema, ao

contrário, isso é algo benéfico e bem-vindo porque as ações dos serviços de saúde preconizam o nosso sistema que tem que ser efetivamente descentralizadas, com papel bem definido entre cada esfera de governo... descentralizar não é se desresponsabilizar, é descentralizar as ações, mas os outros atores do sistema continuam tendo papel... a descentralização não significa se desfazer das suas responsabilidades, se desligar das suas responsabilidades.. conforme a gente tem visto muito aqui no Brasil, há sempre uma tentativa de fuga quando um serviço não funciona... quando um serviço não funciona, alguém é culpado e aí, no SUS, é de todo mundo ou não é de ninguém [...] a gente passa anos discutindo... de quem é o mosquito, se ele é federal, se é estadual ou municipal, e a dengue está aí, esse é um exemplo claro da falta de integração, desse compartilhamento de responsabilidades, porque descentralizar [...] quer dizer compartilhar responsabilidades, você descentraliza para os municípios o trabalho, mas você deve compartilhar, por exemplo, as diretrizes para que esse trabalho municipalizado tenha uma eficiência e uma equidade na prestação do serviço para o país inteiro... precisa ter uma diretriz para que isso aconteça de forma igual, para todos os brasileiros... a gente não pode fazer como acontece hoje, de ter bolsões de serviços públicos ótimos, são verdadeiros oásis, sistemas públicos municipais de saúde bons e uma parte péssimo [...] a descentralização não pode seguir por aí.”

“Quando a gente passou a trabalhar de forma que os serviços foram municipalizados - e eu entendo isso como um avanço porque as coisas acontecem, de fato, na base dos municípios... ninguém mora no estado, ninguém mora na União... a gente mora, vive, trabalha, estuda no município - vi isso como um avanço, em âmbito geral... porém, no momento em que eu transfiro a responsabilidade que era da União para o município diretamente, ou eu, estado, transfiro essa responsabilidade para o município, eu acho que precisava ter tido um preparo melhor, porque nos municípios, o serviço é muito volante, porque a questão política interfere diretamente... pra se ter uma ideia, no meu município, nós vamos fechar agora uma gestão [...] nesses quatro anos, se mudou sete vezes o Secretário Municipal... e vai mudar agora novamente, porque o secretário é candidato em outro município, vai ter que se afastar, então vai pra oito... como que essa saúde funciona se eu não tenho o gestor maior da pasta, que vai definir, determinar tudo, [se ele] não para sentado nessa cadeira?... por esse lado, é muito prejudicial... nós temos técnicos dentro da Secretaria de Saúde dos municípios que são show, que dão show de bola, mas eles não têm a segurança que eles vão ficar quando muda o secretário, porque o secretário que vem vai trazer a equipe dele... então aquele profissional preparado, eficiente que tá ali, dando conta e fazendo as coisas acontecer, ele vai sair... e não importa quem é que vai sentar lá, porque vai ser um indicado político... pode ser um outro técnico, que seja tão bom quanto, mas pode ser uma pessoa que não tem nada a ver, mas vai estar ali...” houve uma falta de continuidade [e] agora a União não pode resolver nada, porque tá interferindo no pacto federativo e a saúde é municipalizada, você vai ter que dialogar com o município, e ninguém sabe mais como vai resolver essas questões... eu achei que a gente teve um avanço, sim,

porque as coisas acontecem no município, mas por outro lado a gente ficou totalmente prejudicado na questão de saúde... a União manda recurso, manda recurso e o município faz o que com esse recurso... ah! tem os Conselhos Municipais de Saúde, que existem para fiscalizar, acompanhar... [mas] na grande maioria, são conselheiros que têm vínculos políticos com a gestão... você vai fiscalizar alguém que você 'deve algum favor?'...

“Essas municipalizações elas nunca são de entrega do filé, elas sempre são dos problemas, e esses problemas não são entregues com soluções, eles são só entregues e aí cria um outro problema que é: como fica o trabalhador que é contratado aqui e vai estar agora em um outro local desenvolvendo a mesma função, mas ganhando salário diferente, carreira diferente, fazendo atendimento para as mesmas pessoas?... aí que estão os conflitos que a gente tem... e a gente tem lidado, enquanto sindicatos, de se tu vai fazer a municipalização, primeiro, é preciso municipalizar quem é que vai assumir também a parte dos trabalhadores e das trabalhadoras... como é que vão ficar as contratações... é nisso que a gente tem tido as divergências [que] acabam acontecendo entre entidades e entre os próprios trabalhadores e trabalhadoras [...] se a gente tivesse um estudo de rede de saúde e um atendimento de responsabilidade social dos entes federados, esses problemas nós reduziríamos [...] é o que o piso nacional da enfermagem tenta fazer, moralizar o trabalhador da saúde, porque se você tem um piso inicial de carreiras, e tu tem nacionalmente diretrizes de carreira e isso é implementado de norte a sul do país, você não vai ter problemas em quem vai assumir o prédio, a estrutura física para administrar, se ela for mais benéfica para esse prédio estar aqui na prefeitura, então ele é um hospital que era administrado pelo estado, mas pode ser administrado pela prefeitura... então, aqui tem alguns funcionários do estado, mas eles passam pra cá com a garantia de piso salarial e de readequação nas suas carreiras... é trabalhar em rede e trabalhar com corresponsabilidade social dos entes federados, que é o que a gente não faz.. a gente tem jogado responsabilidade de um pro outro, daí faz a negociata de algo que ganha ou o prefeito atual na prefeitura, ou o governador ganha alguma coisa, mas isso não se reflete no aparelho, em si, na estrutura em si que vai servir pra população... [as municipalizações] não têm sido boas, porque não fazem parte de uma rede, não fazem parte de corresponsabilidade em saúde dos entes federados... elas têm feito parte apenas de negociatas, de que um assume algo do outro e ganha algo naquele momento, momentaneamente, não pra cidade ou pra melhorar aquele lugar, mas em benefício individual de alguns, infelizmente.”

“Com o SUS, boa parte da questão da saúde foi municipalizada... e nós estamos falando de mais de 5000 municípios... de mais de 5000 gestores... então ... não é uma realidade uniforme em todo o país, tem altos e baixos... tem situações de municípios onde a gestão consegue profissionalizar os serviços e dar uma boa resposta para a população e tem outras situações em que, infelizmente, não se consegue avançar... e é triste a realidade que a saúde pública vive nesses municípios... essa é uma questão que demandaria uma grande reflexão dos gestores, de quem está no comando da pasta que trata da política, para que a

gente possa minimamente tentar ter uma realidade mais equânime em todo o país.”

“Após a municipalização, o maior problema foi exatamente a questão dos pagamentos, porque é o município que recebe os recursos e ali, às vezes, acaba parando, demora muito aquele processo de transferência dos recursos para o prestador de serviço, ele é muito moroso e geralmente quem presta serviço pro SUS e que recebe os recursos via município alega que tem dificuldade no recebimento desses recursos, por conta de questões burocráticas geradas pelo próprio município... esse é um dos grandes problemas que são enfrentados hoje pelas entidades, principalmente filantrópicas, que prestam serviço para o SUS e que têm que receber recursos via municípios.”

Em relação às consequências da municipalização sobre os trabalhadores, os entrevistados declararam:

“Os trabalhadores não entendiam o que significava essa municipalização, foi pouco discutida com o gestor, e foi pouco discutida com os conselheiros de saúde, com o controle social... os debates que foram feitos, foram feitos em mesas de negociação, de como seria essa implementação, de como seria a proteção desses trabalhadores, de como ficaria, inclusive, a questão dos vencimentos, por quanto tempo esses trabalhadores ficariam municipalizados... se eles quisessem retornar ao vínculo anterior, se eles poderiam ou não... essa falta de discussão pra fora das mesas de negociação gerou muito conflito e muita dúvida... e [gera] até hoje, porque tem muitos trabalhadores municipalizados que ainda não têm conhecimento se eles podem retornar ou não... e a maior parte dos trabalhadores que estão hoje atuando não sabem o que é municipalização, o que é municipalização do serviço, o que é municipalização do próprio trabalhador... lá atrás foi feito um debate com todo mundo e aí pronto, acabou, não se falou mais sobre municipalização da assistência, sobre a municipalização do serviço, a municipalização do trabalhador...”

“Essa questão é prejudicial pra nós, agentes comunitários de saúde... algum tempo atrás, quando a saúde não era municipalizada, dentro do Ministério da Saúde, a gente tinha uma coordenação exclusiva dos agentes comunitários de saúde, uma coordenação que a gente sabia que podia dialogar na dificuldade, nos problemas, apresentar soluções pra algumas questões que muitas vezes quem está de fora não enxerga, mas quem está dentro, percebe melhor... hoje, nós vamos a Brasília atrás de dialogar com o Ministério e vamos dialogar com quem?... quem é que tá ali pra responder por nós, pra nos orientar, pra nos ouvir?... não existe... no estado, menos ainda, não se fala mais em estado... se fala em União e município... e a responsabilidade do estado, onde fica?... o financiamento do agente comunitário de saúde, a atuação dele é tripartite, mas nós temos a responsabilidade da União e nós temos a responsabilidade do município... e qual é a participação do estado?... zero.

“A gente sempre lutou pra que tivesse a municipalização, que os trabalhadores tivessem melhores condições de trabalho... mas hoje, a maioria dos trabalhadores, estão jogados... o governo do estado não se responsabiliza por esses trabalhadores, e o município... também não é com eles, porque eles não são trabalhadores do município... então, a gente vem lutando, brigando com o governo para que tenha um olhar melhor para esses trabalhadores... e tudo o que a gente conquista pra esses trabalhadores é com muita luta... infelizmente é isso, o governo deixou de lado esses trabalhadores e o município também não está nem aí.”

“Toda vez que você descentraliza alguém, o vínculo dele não muda, o que muda é o gerenciamento do trabalho... gera conflito, mas não gera conflito ao ponto de haver perdas de direitos dos trabalhadores, os direitos são mantidos, porque o vínculo continua com seu gestor... se você é servidor estadual cedido para o município, o vínculo continua com o governo estadual, se você é servidor federal e é descentralizado, continua... mas você tem um conflito na novidade, tudo que é novidade, é estranho para o homem, e tudo que é estranho para o homem e para a mulher gera um conflito natural de adaptação, de pertencimento... o servidor federal, na década de 80, 90 foi descentralizado, estranhou ao chegar no município e ver a bagunça que era aquilo lá, ou a inexistência de serviço...”

A contratação da força de trabalho no SUS

Neste tópico, serão destacadas as falas relativas aos tipos de contratação dos trabalhadores que atuam hoje no SUS.

Concurso Público

Primeiramente, deve-se registrar que a importância dos concursos públicos foi reconhecida por todos os entrevistados, conforme resumem os depoimentos a seguir. Várias foram as justificativas para a defesa do concurso público, como a independência dos trabalhadores e trabalhadoras em relação aos governos, a melhoria da qualidade do serviço prestado e a garantia de igualdade nas condições de acesso e progressão na carreira.

“Eu sou defensora do concurso público, eu acho que tem que ter... não dá para se pensar em qualificação do serviço de saúde no SUS, se não tem um ingresso pela forma correta, pela forma que está lá, estabelecida na Constituição Federal... essa precarização, ela gera muita insegurança, ela gera insegurança dentro do ambiente de trabalho, considerando as múltiplas formas de contratação, gera conflito entre aquele que é servidor, aquele que é terceirizado, aquele que é contrato precário... porque a execução do trabalho é a mesma, mas a forma de tratamento, de salário, de condições é diferente... e acaba gerando um conflito dentro próprio ambiente de trabalho do SUS...”

“Uma contratação que não permita um vínculo perene e permanente leva à rotatividade, à alta rotatividade da mão de obra, e em qualquer setor que exista alta rotatividade de mão de obra, a tendência é cair a qualidade do serviço prestado... na saúde não é diferente [...] quando o sistema de saúde é público, por contrato direto, com forma de contratação por concurso público, você normalmente encontra um profissional mais bem preparado [...] concurso público é a forma mais correta de se contratar pelo fato de que você contrata os melhores que existem na profissão para exercer uma atividade pública, como tem que ser [...] essa garantia da forma de contratação por concurso público é o que permite, por exemplo, vários servidores públicos contrariarem o interesse do gestor do momento... a estabilidade no serviço foi fundamental pro enfrentamento da pandemia no Brasil, porque os técnicos e especialistas, em via de regra, eram servidores públicos e vinham a público colocar a posição técnica sobre o caso [...] o serviço público existe não para servir o servidor, mas para servir o povo... nós, servidores públicos, existimos para servir o povo, a população, para trabalhar para a população... esse é o conceito que nós temos que ter... quando você é servidor público, você está lá não apenas para ganhar seu salário no fim do mês - como boa parte de nós temos essa consciência -, nós estamos lá para atuar em defesa de um bem público, de um bem da sociedade inestimável, que é a saúde, é a própria vida...”

“Essa questão do concurso público é de extrema importância, porque, na realidade, quem fiscaliza, quem acaba fiscalizando o próprio serviço público são os próprios trabalhadores... se acontece alguma coisa fora do normal, eu não tenho dúvidas que os trabalhadores mesmo vão lá e denunciam... denunciam primeiro para o sindicato, o sindicato vai lá pra saber se realmente isso está acontecendo... a partir do momento que não tiver mais concurso público e for só o serviço privatizado, tá na mão do lobo... o lobo tomando conta do galinheiro... eles vão fazer o que quiser, eu acho que nós vamos voltar à década de 70, 80 que as pessoas não tinham saúde, não tinham como cuidar da sua saúde, a prevenção...”

“Quando a gente fala em concurso público, a gente fala de um trabalho contínuo, de formação acadêmica e de formação em serviço... se se prioriza concurso público, você vai ter numa determinada unidade, trabalhadores e trabalhadoras que vão poder fazer um diagnóstico em rede... o concurso público, para mim, dá essa possibilidade, porque quando tem servidores concursados, se tu aplica uma formação em um ano, o ano que vem tu não vai precisar fazer a mesma formação, tu vai já ter um outro patamar, e outro, outro e outro... então, ao final de dez anos, por exemplo [...] olha a qualificação para a população que tu vai ter... então, eu acho que a gente tem que defender o concurso público, mais do que ‘ah, tem que ter estabilidade porque entra outro prefeito e tira, bota outro grupo’... é mais do que isso, é muito mais do que isso, é trabalhar economicamente a questão de saúde.”

“Antes o processo de contratação nos serviços públicos era basicamente pelo QI - por quem indica, e nós defendemos e continuamos defendendo que o ingresso seja através de concurso público... essa é a forma de assegurar o ingresso nos serviços públicos por quem, de fato, tenha o conhecimento, tenha as condições ideais para desempenhar o trabalho e, principalmente, acima de tudo, não estejam vinculados a este ou àquele gestor.”

“A gente sente uma destruição do SUS... não tem concurso público, nós temos um quadro muito grande de trabalhadores que estão em vias de aposentadoria, e não se repõe trabalhador... então, existe uma sobrecarga muito grande de trabalho, você imagina 20 anos sem concurso público, o quadro continua o mesmo... aliás, cada dia diminui mais, porque as pessoas vão se aposentando, morrendo... infelizmente, não se repõe trabalhadores [...] e cada dia mais avançando as Organizações Sociais, que também não resolvem nada.”

“A gente tem discutido na Mesa Nacional de Negociação Permanente a retomada do debate da carreira no SUS [...] uma das coisas que nós colocamos foi, inclusive, que o protocolo que foi estabelecido na Mesa Nacional de Negociação Permanente, há muito tempo atrás, continua atualíssimo, que é a questão de a gente debater a contratação por concurso público, que é a forma mais viável pra os trabalhadores terem segurança de poder atuar sem nenhuma interferência política local... e isso a gente vê muito no nosso dia a dia, principalmente, nos pequenos municípios [...] nós [do Sindicato] chegamos, inclusive, a passar por municípios que [na] Unidade Básica de Saúde só estava a enfermeira e a escriturária, porque o resto, tinha saído para fazer campanha política para o prefeito que estava se candidatando, sob pena de serem demitidos se o prefeito não fosse reeleito, porque não tinha um vínculo de concurso público... [na UBS] era um vínculo precário via contratação de emergência ou vínculo através de organização social, que, óbvio, o contrato dependia de quem fosse o gestor que fosse eleito [...] o município é pequeno... a prefeitura é o principal empregador, e essa é a imposição que é feita... os agentes comunitários de saúde, que são os que têm mais contato com a população [...] é que estavam na rua fazendo campanha... óbvio que o concurso público para nós é fundamental, no sentido dos trabalhadores terem tranquilidade, terem segurança, e terem inclusive saúde mental para continuar atuando... e também... de não ter o prejuízo na assistência, porque é isso: você encontra unidades de saúde sobrecarregadas e esvaziadas porque os profissionais não estão, estão em desvio de função... o concurso público é fundamental...”

“Eu acho que é fundamental que a NOB traga [o concurso público] como um ponto prioritário, porque, infelizmente, a gente tem visto no Brasil, em todos os municípios uma opção equivocada por organizações sociais, por PPPs [Parcerias Público Privadas] que estão levando a gente a ter uma série de contratações diferenciadas num mesmo local e isso não resulta em qualidade, por vários motivos... um deles é a questão salarial, que acaba sendo diferente,

dependendo de quem está administrando... um segundo ponto é a formação continuada... quando a gente fala em concurso público, a gente fala de um trabalho contínuo, de formação acadêmica e de formação em serviço... se se prioriza concurso público, você vai ter numa determinada unidade, trabalhadores e trabalhadoras que vão poder fazer um diagnóstico em rede...”

“Contratação por concurso público seria o ideal... a gente pensa muito na fixação do trabalho, na estabilidade [...] também pela questão operacional, [pela] necessidade que tem de ter servidores em cada um desses espaços para fazer a gestão, principalmente, pra fazer a gestão da saúde...”

A dirigente sindical das trabalhadoras e trabalhadores da saúde indígena apresentou elementos importantes para a reflexão sobre as especificidades dos territórios em que atuam esses profissionais e as dificuldades para a aplicação de concursos públicos:

“A saúde indígena hoje vive esse drama: não dá para fazer o concurso público porque as especificidades de um território indígena, ele não comporta determinadas decisões governamentais, por ser população de contato recente, de barreiras linguísticas, seja linguística, seja geográfica, seja cultural... tem barreira na relação sociopolítica com outras entidades ou com outras pessoas, então, não tem como você pegar um profissional e implantar ou fixar esse profissional dentro de um território, de um público que não fala uma palavra em português... ele precisa de adaptações, precisa que a equipe vá lá, faça o que tem que fazer e seja tirada dessa aldeia... precisa melhorar as logísticas para melhorar a estrutura de trabalho para essa equipe, mas a gente sabe que não tem como fixar esse profissional dentro da área pela especificidade que se tem... e também se pensar em um concurso público, eu sei que não tem como mexer agora [...] que não tem como alterar a Constituição Federal, não tem como alterar o artigo 37 da Constituição Federal... o concurso público é aberto, é pra todos os brasileiros, ou até não brasileiro, disputar e conseguir adentrar o serviço público...”

E ainda apontou os obstáculos que impedem grande parte da população brasileira de acessar os concursos públicos:

“Ainda para a maioria dos brasileiros, principalmente quem vive nos fundões mesmo, nas áreas remotas, áreas de difícil acesso, nos municípios pequenos, ainda é muito desafiador [...] o concurso público alcança uma parcela muito pequena da população brasileira, principalmente aonde atinge as populações mais carentes [...] as áreas rurais, dos ribeirinhos, das áreas indígenas, de quilombolas, do pessoal das grandes favelas... pessoas que são marcadas também pela dificuldade de acesso à educação... então, às vezes, a gente termina o estudo, termina uma faculdade já muito tardiamente e a gente também

enfrenta muita dificuldade para a disputa [...] quando se abre um concurso público, o maior número de pessoas [inscritas] está centrado em capitais ou em regiões de mais fácil acesso, de mais fácil acesso às universidades... para quem vive no interior, como nós vivemos aqui no interior do Nordeste, no Sertão Nordestino, por exemplo, tem muita dificuldade ainda... o concurso público é o ideal... mas, para quem tem o sonho de fazer saúde indígena e de ter estabilidade no emprego, ainda está muito distante essa realidade de nós... é necessário se pensar em formas de maior número de pessoas ter condições de acessar e passar em um concurso público para ser efetivo da saúde.”

Contratos de Trabalho

Os contratos de trabalho atualmente vigentes no SUS foram alvo de inúmeros depoimentos dos entrevistados. Assim como se observou nas entrevistas dos conselheiros estaduais, houve consenso entre os depoentes que os diversos tipos de contratação impostas aos profissionais da saúde implicam precarização das relações de trabalho e estabelecem distinções expressivas entre as condições de trabalho e de remuneração de trabalhadores que exercem as mesmas funções. Foram frequentes falas que associaram a precarização do trabalho e a queda da qualidade dos serviços.

“A NOB de Recursos Humanos foi importante, entretanto, nós ainda experimentamos uma forte desregulamentação das relações de trabalho no âmbito do Sistema Único de Saúde, o nível de precarização é horroroso... precisa ser repensado, precisa ser tratado.”

“[...] A contratação do serviço público tem sido ínfima... hoje - na verdade, a partir do início dos anos 90 - o que se verifica na prática é a contratação por meio de terceirização, Organizações Sociais [...] você mais contrata por meio da terceirização... do que o ingresso tem se dado pelo concurso público... e isso tem trazido um problema muito grande para os trabalhadores em saúde do SUS, porque não tem igualdade, não tem um Plano de Cargos e Carreiras...”

“Infelizmente, nas prefeituras e nos estados o número de concursados é muito pequeno... os terceirizados e os contratos temporários são bastante grandes [...] hoje você tem uma colega, amanhã você tem outra e daí você nunca consegue fazer um procedimento contínuo para que toda equipe tenha conhecimento do que funciona, porque depois você vai ter sempre que estar ensinando alguém que tá chegando.”

“Hoje tem local que nós temos Organização Social que quarteiriza o serviço, que contrata como PJ e temos os nossos trabalhadores que são trabalhadores públicos e tem os celetistas... algum ou outro são celetistas... a convivência dentro do local de trabalho, [os trabalhadores] tentam ser a melhor possível...”

“Dentro de uma unidade de saúde, tu tá ali com um profissional terceirizado, tem o contrato temporário e tem o estatutário, e essa situação acaba gerando conflitos dentro do próprio ambiente de trabalho, tipo, alguém acha ‘eu não vou fazer porque eu sou contratado... o concursado que ganha melhor, que tem melhores condições, ele que tem que fazer’...”

“A gente tem o contrato temporário, a gente tem as organizações sociais, a terceirização do serviço, a gente tem o profissional que está inserido por força das questões políticas, que são os apadrinhados políticos... a gente vê tanta coisa [...] e é uma forma de contratação totalmente precária... se é uma indicação política, mudando a gestão, com certeza, esses não vão ficar e vão vir outros e isso deixa o trabalhador vulnerável, mas, principalmente, compromete o resultado do trabalho desse profissional... e isso [...] é com todos que fazem parte, que são profissionais de saúde, que estão desenvolvendo seus trabalhos no Sistema Único de Saúde, médicos, enfermeiros, enfim, tantos outros [...] tem que haver uma definição para os trabalhadores do Sistema Único de Saúde para que eles se sintam seguros em desenvolver o seu trabalho e desenvolver cada vez melhor.”

“[A terceirização] tem trazido um problema muito grande para os trabalhadores em saúde do SUS, porque não tem igualdade, não tem um Plano de Cargos e Carreiras... os terceirizados, eles são completamente alijados desse processo alguns trabalhadores, por exemplo, os que são concursados, os que estão ali no regime jurídico de servidor público, no vínculo estatutário, o tratamento é um com relação a condições de trabalho, com relação a condições salariais, com relação a jornada de trabalho, enquanto os terceirizados, eles são completamente alijados desse processo [...] inclusive de formação também... a formação não chega, porque, como a contratação não é da administração direta, ou melhor, a prestação de serviço não é da administração direta, ela é terceirizada, então o processo de formação desses trabalhadores fica muito prejudicado... e [...] esse trabalhador tem uma rotatividade muito grande... os poucos que investem em formação, em qualificação... quando acaba o contrato de uma organização social com um ente público, todos aqueles trabalhadores saem e são substituídos por outros... essa situação de terceirização parece que tem um viés muito político, ou seja, a contratação se dá por indicação política, não há uma preocupação na formação, na qualificação e na permanência daquele trabalhador no âmbito do SUS e isso é um grande problema que ainda precisa ser resolvido... eles alegam que essa situação se dá em razão da Lei de Responsabilidade Fiscal, que limita gastos com a contratação de pessoal na área da saúde, mas, por outro lado, isso tem sido um prejuízo muito grande, não só para a mão de obra do SUS, como também, o resultado disso para usuário do serviço implica em risco para a segurança do paciente, compromete uma assistência de qualidade... são questões que precisam ser revistas, precisam ser avaliadas [...]

“Com os vínculos precarizados, o trabalhador fica sujeito ao governante do momento, a exemplo do que acontece com as organizações sociais, que de

sociais não têm nada, só o nome... são organizações que têm um nome, que custam caro [...] o que tem acontecido no sistema de saúde é isso: tem uma multiplicidade de vínculos, gigante, que tem impactado a qualidade do serviço para a população... tem reduzido a qualidade de prestação de serviço à população, [por]que [...] o grau de consciência [sobre o que é o serviço público] não consegue se incutir em alguém extremamente mal remunerado, com essas formas de trabalho terceirizado, quarteirizado... é tudo quanto é coisa: RPA – Recibo de Pagamento Autônomo, pejetização... isso certamente cria uma instabilidade na vida das pessoas... o trabalhador gosta de ter previsibilidade, quem trabalha quer ter previsibilidade do que vai receber no fim do mês, quer ter garantia no seu emprego, e no setor privado não se tem isso... e o SUS está altamente privatizado na sua estrutura de mão de obra... infelizmente, a regra prevista na Constituição, que é contratar de forma permanente, é a menos utilizada... o Brasil hoje perde espaço para essas formas híbridas de contratação que advêm lá da Reforma Administrativa feita na década de 90 e, de lá pra cá, muita coisa se aprofundou no sentido de destruir esses empregos... essas relações de trabalho de índole pública têm sido destruídas ao longo do tempo, e sempre em nome de um pseudo novo momento, de apresentar uma gestão eficiente... a gente tem visto o que essas gestões eficientes do setor privado têm ocasionado no Brasil, a gente tem vários exemplos dessa gestão eficiente, o que ela tem levado a acontecer...”

“Essa multiplicidade de vínculos [tem como] resultado essa insatisfação dos trabalhadores, o adoecimento dos trabalhadores, e, portanto, o resultado disso [...] é repassado aos usuários de serviço do SUS [...] na região Nordeste tem o contratado, tem o terceirizado [...] você não terceiriza por uma calamidade, por uma crise, hoje você terceiriza como regra e um número muito pequeno de trabalhadores concursados... [tem] o contrato temporário, tem o terceirizado e tem o efetivo, que é o servidor... que é uma minoria, bem ínfima mesmo ...”

“Em muitos lugares, a gente vê que a qualidade da assistência prestada ela vai declinando, dependendo do tipo de contratação que o trabalhador está submetido [...] em termos de contratação, o que é ruim começa por São Paulo: as Organizações Sociais começaram por aqui e acabaram tomando praticamente o estado todo, a contratação via cooperativas começou por aqui [e] nós [do Sindicato] fomos extremamente contra, batemos muito em cima... a gente não deixou ter cooperativa por conta da questão dos vínculos empregatícios... elas saíram de São Paulo, migraram para outros estados e continuam atuando em outros estados... aqui no estado, nós temos problema da contratação via consórcios intermunicipais, que tem sido um dos meios utilizados para descaracterizar qualquer vínculo trabalhista, em que eles contratam os profissionais via PJ [Pessoa Jurídica]... estão tentando pejetizar os nossos profissionais e ao mesmo tempo que eles contratam via PJ, eles vão precarizando o trabalho desses profissionais... para se ter uma ideia, durante a pandemia, tivemos casos em que o enfermeiro era contratado PJ para atender no covid, ele adquiria a doença, tinha que se afastar, e durante o período que

ele estava afastado, que ele estava doente - porque se contaminou na linha de frente prestando assistência - ele não tinha o direito a recebimento nenhum... [estava] completamente desprotegido, sem nenhum tipo de assistência à saúde, e muito menos sem nenhum tipo de ganho financeiro... como é que um trabalhador que presta assistência à população, vai ter condições físicas e mentais, sem qualidade de vida, para prestar uma assistência com qualidade?... é impossível... a cabeça do trabalhador é uma só... ele tá ali tentando fazer o melhor, mas quer queira ou não, ele desvia, ele começa a pensar nos problemas, nas contas que estão chegando, como ele vai sobreviver... se não tiver qualidade de vida para esse profissional, ele jamais vai conseguir prestar uma assistência com qualidade... ele não vai ter paciência na hora que a Unidade Básica de Saúde estiver lotada [...] ele vai responder ríspidamente porque, é óbvio, ele tá submetido a uma pressão psicológica, emocional e uma sobrecarga de trabalho enorme... o tipo de contratação e a proteção desse profissional, no meu ponto de vista, tá diretamente relacionada ao tipo de assistência, ao tipo de atendimento que esse trabalhador vai dar para a população brasileira... e essa diversidade de contratação só tem precarizado as relações de trabalho dos profissionais [...]"

"Esses contratos, por meio das Organizações Sociais, são contratos de gestão feitos com o ente público... não é uma política de Estado, não, é uma política, entre aspas, 'de governo'... quando sai aquele governo, ele encerra aquele contrato com aquela Organização Social, o governo que entra já contrata outra, e aquela que saiu acaba saindo sem dar quitação às verbas rescisórias daqueles trabalhadores... isso tem sido objeto de inúmeras demandas judiciais, onde a gente busca responsabilizar o Estado para que os trabalhadores possam estar recebendo as verbas rescisórias... na grande maioria, a gente acaba perdendo... isso tem se traduzido numa insegurança muito grande desse trabalhador que é contratado nesse modelo... se eu ingresso no trabalho do serviço do SUS nesse modelo de contratação precária, eu não vou render, eu não tenho nenhuma perspectiva de crescimento naquele trabalho... não tenho nenhuma perspectiva que se traduza como um ambiente ou como um trabalho realizado com segurança, onde eu também possa dar o melhor de mim pra aquela prestação de serviço ao usuário do Sistema Único de Saúde."

"na contratação emergencial ou na contratação temporária... [o trabalhador] nem sabe que não vai ter um Fundo de Garantia, que não vai ter um seguro-desemprego, aí ele presta o serviço um ano, dois anos, renovável por mais dois e quando ele sai, ele vai se dar conta de que aquele período se refletiu pra sua vida..."

"Essa terceirização que nós temos hoje e principalmente por parte das organizações não governamentais, não é de tudo ruim... quando vem e traz uma CLT para contratos que eram precarizados, e depois, com a CLT, experimentou dias mais tranquilos... mas essa rotatividade é prejudicial... essa questão de ter que renovar o contrato a cada ano e não poder passar de cinco anos, finalizar

todo o vínculo que tem com a instituição, [a instituição] precisa finalizar e renovar o seu quadro, fazer um novo seletivo... isso é adoecedor... chega ao final de cada ano, a gente já fica na expectativa: 'não sei se eu vou estar dentro do processo ou se eu vou estar fora em primeiro de janeiro [...]' a própria política não permite um duplo vínculo profissional e também não tem remuneração que contemple o trabalhador em um vínculo só... é complexo, precisa de uma discussão mais ampliada para que esse trabalhador tenha condições de se manter e de continuar na saúde."

"Essa relação de trabalho dos trabalhadores do SUS ela é - não vou dizer precária - mas é muito frágil [...] nós temos profissionais com grandes potenciais, extremamente dedicados, mas os profissionais ficam sensíveis porque não têm a segurança no seu trabalho, por conta do vínculo, eu vejo que o próprio Ministério da Saúde faz muito investimento na questão da educação, da qualificação, da atualização, mas [não] no profissional que não tem um vínculo de trabalho regularizado... e isso deixa a gente extremamente vulnerável."

Alguns dos dirigentes sindicais entrevistados referiram-se especificamente aos contratos de trabalho aplicados às categorias profissionais que representam:

"[Entre os médicos] a gente quase não tem servidores públicos de carreira mais... a gente já foi um Sindicato de Servidores, passou a ser um sindicato que atuava, principalmente, com celetistas [...] a realidade é que uma boa parte da nossa base é, inclusive, PJ hoje... a gente tem uma situação particular dentro da saúde, em que a nossa atuação se dá, principalmente, sob a gestão de terceiros dentro do SUS, de particulares..."

"Médico que não está na atenção básica é PJ, via de regra... por mais que a nossa categoria não seja mais o profissional liberal de 50 anos atrás, ainda assim nos hospitais, a regra é a contratação por prestação de serviço e não como trabalho, não como trabalhador, com vínculo de trabalho... tem uma vantagem em São Paulo [...] e algum nível de civilidade nos contratos de gestão, é que ainda predomina na atenção básica a contratação [de médicos, por] CLT..."

"Eu posso falar dos motoristas, dos plantonistas, do segurança, dos auxiliares de serviços gerais... eu posso falar aí das pessoas que fazem toda aquela parte de logística dentro das estruturas, que são contratados por empresas terceirizadas, que é uma vergonha o salário... é uma vergonha você ter um motorista como nós temos aqui, ganhando 1400 reais, com uma diária de 60 reais num deslocamento... ele tem que escolher se ele toma café ou se ele almoça... ele, que foi levar um paciente durante a noite, [tem que] encostar no posto de gasolina pra dormir, porque a diária não dá pra pagar uma pousada [...] são trabalhadores que estão lidando com a vida das pessoas [...] os vínculos são bem precários... eu entendo as especificidades, que não dá para ter o concurso

público, mas ele também não precisa ser o pior vínculo... precisa se pensar nessa estrutura”

Eu estive agora, há pouco tempo, visitando o interior do Estado... nas ILPs, Instituições de Longa Permanência, que são prestadoras de serviço para o SUS que recebem dinheiro federal, que recebem dinheiro estadual...a gente viu unidades com 50 idosos, idosos acabados, idosos dependentes... e diversas delas, por conta da questão da aprovação do piso salarial da enfermagem, demitiram os técnicos de enfermagem e recontrataram esses mesmos técnicos como cuidadores, com salário como cuidadores [...] e não foi uma ou duas... foram diversas [...] que estão indo na mesma linha... enfermeiro, ou não existe ou não está na ILP ou, se está, é um enfermeiro para cuidar e dar assistência para todos esses idosos... a gente precisa rever não só a atenção básica, não só a atenção hospitalar, mas também as ILPs na assistência aos idosos [...] tratar esses trabalhadores desta forma é escravizar, é colocar o trabalhador numa escravidão moderna, porque o trabalhador não tem opção, ele tá numa cidade pequena e que, muitas vezes, aquele pode ser o único emprego que ele tem e ele se submete a esse tipo de contratação... deixa de ser técnico para ser cuidador, continua executando a mesma função, mas ganhando metade do que ganhava... porque ele precisa se manter...”

“Nós [Agentes Comunitários de Saúde] temos um investimento muito alto de recursos do Ministério da Saúde pra capacitação, qualificação como cursos técnicos dos agentes de saúde e combate às endemias, mas na grande maioria são vínculos precários, que amanhã esse profissional vai estar totalmente qualificado, totalmente preparado, mas ele não vai estar mais exercendo a sua função do seu trabalho... eu faço essa crítica ao nosso sistema de saúde, porque a gente precisava definir esse vínculo pra fazer os investimentos, pra preparar esse profissional cada vez melhor, pra atualizar esse profissional... mas ele tinha que permanecer na rede... eu não posso imaginar que eu, agente comunitário de saúde, que terminei o curso técnico agora, amanhã eu possa não estar mais e aí vai vir um outro agente comunitário de saúde que vai novamente requerer a qualificação pra ele... tem todo um esforço... e é muito triste o que a gente vive, a gente vê médicos da saúde da família das nossas equipes extremamente comprometidas, desenvolvendo um trabalho lindo com a sua equipe e amanhã ele recebe a sua cartinha de exoneração e ele vai ser substituído por um outro profissional... e isso é em todas as profissões que fazem o SUS... essa falha, deixa a gente inseguro, o profissional trabalha inseguro se amanhã realmente ele continua ou não [e]... isso é extremamente prejudicial para o profissional em si, mas, principalmente, para as pessoas que estão assistidas, acompanhadas por esse profissional... a gente precisa definir o vínculo de trabalho de todos os profissionais que fazem o Sistema Único de Saúde, para a gente ter um SUS cada vez mais forte.”

As condições de trabalho no SUS

Várias foram as falas sobre os mais diversos aspectos das condições de trabalho no SUS, como, entre outros, salários, jornada de trabalho, sobrecarga, dimensionamento de pessoal e infraestrutura dos equipamentos. Todos os entrevistados referiram-se à sobrecarga de trabalho e ao adoecimento dos profissionais da área da saúde.

“No setor da saúde hoje, no geral - englobando o Sistema Único de Saúde, o setor filantrópico, o setor privado - o profissional da saúde está extremamente desgastado, sobrecarregado, adoecido física e mentalmente, e desvalorizado economicamente...”

“[...] você não fica bem quando você tem funções a desempenhar e você não tem a devida estrutura imagina o psicológico desse trabalhador que tem uma carga, uma sobrecarga de trabalho e ele precisa passar a noite inteira acordado ali, imagine no final do expediente, como está a saúde mental desse trabalhador por causa da sobrecarga... e a gente sabe que precisa desse cuidado na prevenção... na prevenção... não é só na recuperação dele não, a gente, sobretudo, precisa da prevenção, dos cuidados com esse trabalhador...”

Embora, no geral, essas questões tenham sido abordadas de forma interligada, procurou-se itemizá-las de acordo com o tema predominante em cada fala, de modo a facilitar a leitura do material.

A infraestrutura dos equipamentos

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

“Faltam condições mínimas nos locais de trabalho para dar um atendimento de qualidade... não tem um atendimento adequado para a população, não tem medicamentos, não tem insumos básicos [...] tem dias que falta muita coisa: quando não é um medicamento, é uma agulha até pra dar uma injeção... quando não é um lençol ou cobertor pra cobrir o paciente, não tem fralda pra colocar no paciente, falta medicamento, faltam insumos básicos... isso é o dia a dia do trabalhador...”

“[há] necessidade de melhoria nas estruturas [...] um hospital antigo tem muita necessidade de melhorias físicas... nós ainda trabalhamos em muitos lugares insalubres... as condições gerais das unidades do SUS, principalmente nos grandes hospitais, precisam melhorar... uma crítica que eu faço, apesar da tentativa de modernização, de adequação, é do modelo, principalmente na questão dos agendamentos de especialidades, que ainda é muito moroso [...]”

nós não temos profissionais suficientes para responder à demanda... ainda tem muito desvio de documentos que estão na fila, de pacientes que estão na fila de espera... já está na hora do SUS estar melhor adequado, informatizado... eu sei que tem muitas unidades já vivendo isso, mas a gente ainda tem muito serviço manual e isso é um dificultador, essa questão estrutural... essa questão dos espaços de trabalho, das salas de trabalho, seja de estabilização de paciente, seja sala de curativo, ainda é muito precária... muitas vezes a gente vê o paciente em uma cadeira ali tomando soro e o acompanhante em pé do lado, porque não tem duas cadeiras para o paciente e o acompanhante sentar... isso é comum ainda nas estruturas do SUS [...]

“As condições de trabalho são as que mais angustiam porque, muitas vezes, falta equipamentos básicos, seringa, medidor de pressão, salas adequadas para atendimento... muitas vezes, tu tens um atendimento de psicologia, ou de fonoaudiologia, que tu precisa material específico para um atendimento e a gente não tem... a gente tem uma precarização muito grande nas condições de trabalho, desde a questão estrutural que são unidades de saúde sem ambientes climatizados, sem salas específicas para determinado atendimento... muitas vezes, um gasto do dinheiro público exorbitante que fazem para as construções e não demora, chovendo dentro, caindo isso, caindo aquilo... essa é a realidade das nossas estruturas em saúde e de material e equipamento tecnológico... sem contar a própria medicação... e aí o servidor fica igual um marisco, entre a pedra e a água, porque ele tá entre a população, que quer o serviço público, quer o atendimento, e ele tem que dizer que não tem o remédio, que aquela vacina faltou, que não tem o medidor de pressão, que quebrou e ainda não veio outro... e os gestores que cobram que ele tem que fazer o serviço, que ele tem que dar jeito, que justificar de outra maneira, sem dizer... então, é essa pressão diária... ou o trabalhador adocece, ou o trabalhador desiste ou ele fica e faz como pode o seu trabalho...”

“Apesar do Ministério da Saúde ter um padrão para as Unidades Básicas de Saúde, nem todos os municípios conseguem colocar as suas unidades básicas de saúde no padrão Ministério [...] a gente precisa mudar muito, muito mesmo, essa questão da estrutura ou da infraestrutura dos trabalhadores ter dignidade pra trabalharem... na maioria, essa estrutura deixa tudo a desejar... e uma pouca minoria [...] está no padrão... se todas fossem padrão, a gente tinha uma qualidade de serviço muito, muito bom, porque esse time do SUS, esse trabalhador do SUS, quando ele de fato tem a responsabilidade, ele é vocacionado, ele se entrega totalmente, mas ele precisa ter, minimamente, as condições pra entregar o serviço de qualidade, e isso nós não estamos tendo, na grande maioria.

“Nossos profissionais em saúde fazem, como diz o ditado, das tripas, coração, pra fazer o atendimento, muitas vezes sem instrumentalização correta, sem condições de trabalho, porque as estruturas físicas, em muitas das unidades, dos hospitais, das clínicas não são as melhores, falta investimento muito

grande... a aparelhagem que a gente utiliza falta, muitas vezes, para atendimento individual ou mesmo coletivo e a gente vê a angústia de nossos profissionais que não têm essa instrumentalização..."

"As condições de trabalho no SUS não são boas, falta equipamento de proteção, de proteção individual, falta EPI, as estruturas físicas do local de trabalho, nem sempre são satisfatórias... sempre é notícia a superlotação das unidades de saúde no Brasil e isso é uma coisa que permeia o próprio SUS, a imagem que se tem é que é um lugar sempre lotado, as unidades públicas são sempre lotadas, sempre muito cheias..."

"quem tá na ponta, no atendimento, na atividade fim, digamos, pegando como referência um hospital, tem toda uma demanda e ele tem toda uma pressão e ele tem todo o estresse pela falta de condições dignas de trabalho, pela falta de condições dos equipamentos, muitas vezes os equipamentos que são fornecidos já não condizem com o avanço da medicina e não ajudam a melhorar essa situação, mas também quem está na área meio, às vezes, sofre a pressão e os impactos de também não ter condições de trabalho e nem de salários adequadas para o desenvolvimento de suas funções."

Houve depoimentos em que os entrevistados ressaltaram as diferenças entre as condições dos equipamentos a depender de sua localização geográfica:

"As condições variam muito de região pra região, o que não era pra acontecer... a gente tem situações muito precárias no extremo leste de São Paulo, ao passo que a gente tem regiões da zona sul que funcionam como um brinco em termos de infraestrutura... a gente tem hospitais que têm funcionado com um grande problema de insumos, de infraestrutura etc... a gente vê isso porque muitas desses hospitais são entidades filantrópicas que prestam serviços ao SUS, entidades que estão em crise, endividadas como a Santa Casa de São Paulo... é uma situação que é muito complexa, muito variada, não é um cenário só para toda a região de São Paulo..."

"Nós temos locais [de atendimento] que, de fato, correspondem ao que o usuário necessita na questão de estrutura e atendimento, mas na grande maioria existe uma precariedade muito grande... nós temos Unidades Básicas de Saúde que mais parecem depósitos do que Unidade Básica de Saúde... nós temos hospitais totalmente sucateados, que precisam urgente passar por uma grande reforma..."

"Vamos pensar no trabalhador das áreas remotas, trabalhadores que dependem de transportes inseguros, transportes que não dá nenhuma garantia [...] sem manutenção... mas nós estamos lá, a equipe toda está lá dentro de um espaço, que às vezes é uma viatura só para levar cinco, seis trabalhadores, de forma totalmente desconfortável e aí atinge ergonomicamente o físico desse trabalhador... quantas vezes a gente chega para trabalhar e eu vejo dentista

nosso botar o paciente, acomodar a cabeça do paciente nas pernas, porque o consultório está quebrado... às vezes, o consultório está lá, mas está quebrado, não tem motor... à vezes tem o consultório, tem o motor, mas não tem água... às vezes tem as duas coisas, mas não tem energia elétrica... só que esse trabalhador, ele precisa dar o resultado em números no final de cada produção... e quantas vezes ele precisa colocar um paciente no colo?... eu estou falando de um dentista... em condições totalmente inadequadas... no interior do Brasil, nas visitas domiciliares das unidades de saúde, às vezes, as nossas enfermeiras precisam acomodar uma gestante em uma esteira, em um tapete no chão para fazer o exame, para fazer um pré-natal, por exemplo... isso é real... tem unidade básica que não tem nada de estrutura... e esses trabalhadores estão lá, eles estão na escala, eles estão cumprindo a escala... então, pra ter cuidado do trabalhador, sobretudo, primeiro precisa repensar a jornada de um trabalhador da saúde indígena; segundo, olhar as condições de trabalho a que ele está submetido, considerar a logística que é dispensada a esse trabalhador, levar em consideração os riscos, sejam mecânicos, sejam biológicos, sejam ergonômicos, sejam psicológicos... “

Também foram feitas menções à situação enfrentada pelos trabalhadores da saúde durante a pandemia de covid-19, quando a precariedade das condições em que atuam se evidenciou:

“[na pandemia], a gente tinha vários problemas, as pessoas com comorbidade, tinha mulheres grávidas que não podiam ficar em casa, tinha que estar trabalhando... nós tivemos uma infinidade de problemas, problemas com EPIs... e o mais difícil não foi lidar com a doença em si, porque a gente não tinha o que fazer, mas pelo menos a vontade política que a gente sentiu muita falha... de resolver a questão dos EPIs, principalmente... não tinha máscara, não tinha aventais, as pessoas usavam saco de lixo para se proteger, chegou ao cúmulo de as pessoas usarem saco de lixo para proteção... e foi uma vivência muito triste, uma passagem muito triste porque nós perdemos muitos trabalhadores, muitos trabalhadores mesmo... e sem contar que eles levavam a doença para a família, teve famílias inteiras, que infelizmente, morreram por conta do trabalhador estar lá no dia a dia e ter que lidar com essa situação [...] e, de lá pra cá, continua...”

“A gente precisa estar revertendo esse quadro, no sentido de valorizar os trabalhadores e trabalhadoras do setor público, que são verdadeiros heróis e heroínas... a gente viu quantos trabalhadores nós perdemos durante a pandemia, da saúde... o Brasil foi o país em que mais morreu trabalhador da saúde no mundo, porque era levado a atuar sem as proteções mínimas necessárias, sem equipamento de proteção individual e nós perdemos muitas vidas, de muitos trabalhadores e trabalhadoras abnegados que estavam aí na linha de frente do combate ao covid-19...”

“[...] o sofrimento que os nossos trabalhadores passaram na pandemia... de queimar o rosto todinho pra usar duas, três máscaras ao mesmo tempo, pra proteção porque não estava usando a máscara adequada... você imagina o que é o psicológico de um trabalhador que sabe que está em um lugar insalubre, que está em um lugar exposto ao risco e ele ficar fazendo adaptações para se proteger... imagina o psicológico desse trabalhador...”

“no auge da pandemia, trabalhadores da saúde cobravam a disponibilização de equipamentos de proteção individual e muitos profissionais foram contaminados e faleceram por falta desses equipamentos... vieram a óbito... passou a pandemia, mas essa realidade permanece... deveria ter um olhar mais direcionado na questão das condições de trabalho, no sentido de que os profissionais do setor pudessem ter asseguradas as condições de trabalho e segurança... para trabalhar bem, você precisa ter a segurança de que você não vai se contaminar ou você não vai contaminar outro em razão da falta de condições desse trabalho.”

“[houve] problema do afastamento das gestantes, lactantes, ou aqueles que tinham comorbidades na linha de frente, porque as instituições teimavam em manter os trabalhadores na linha de frente, independente de como eles estavam... nós tivemos que entrar com liminar, inclusive, para liberar trabalhador, porque teve instituição que fez cárcere privado de trabalhador, não permitia que os trabalhadores fossem embora para suas casas, porque eles poderiam se contaminar e trazer contaminação para os pacientes [...]”

Dimensionamento da força de trabalho

Questões referentes ao dimensionamento da força de trabalho, que impõe jornadas exaustivas e sobrecarga aos profissionais foram comentadas por muitos entrevistados, em especial em relação à enfermagem:

“[...] o número de profissionais que nós temos é menor do que a necessidade que se tem, então um trabalhador fica sempre sobrecarregado... as divisões de trabalho nem sempre são adequadas para quem recebe o cronograma, pra quem recebe a lista de atividades que ele precisa desenvolver em um plantão”

“a questão a estratégia da saúde da família veio como uma alternativa, como uma forma de construir um processo de trabalho em saúde de uma forma diferente, que não fosse médico centrado... e muitas dessas estratégias da saúde da família hoje funcionam como unidades básicas, em que o profissional não sai para visitar, não faz o estudo na comunidade porque não tem ninguém, se ele sair, fica sem ninguém [...] e muitas vezes, o enfermeiro, por exemplo, ele é do estratégias da saúde da família, ele é da unidade básica e ele é da vigilância epidemiológica... um enfermeiro só... como esse cara vai fazer processo de

trabalho? [...] pra resolver esta questão [...] nós temos que repensar o redimensionamento de pessoal.

“Não existe processo de trabalho na grande maioria, porque não existe equipe... muitas vezes [...] o que tinha que ser uma equipe tem um enfermeiro e um técnico só [...] por mais que as pessoas queiram se dedicar, se você não coloca um número adequado de trabalhadores, eles só vão apagando fogo... de acordo com o que a demanda vai vindo, eles vão resolvendo, não dá pra planejar, pra colocar, pra estruturar o processo de trabalho porque você não tem mão-de-obra suficiente, muitas vezes você não tem material para prestar essa assistência...”

“o trabalhador é aquela pessoa que precisa sempre ser auxiliado para o alcance das metas pactuadas, e aí envolve todo o contexto onde ele está envolvido: o companheiro do lado, a equipe, a equipe completa... muitas vezes a equipe fica tapando buraco mas às vezes está faltando peças importantes numa equipe multiprofissional, numa equipe multidisciplinar e aí, o trabalhador que está disponível fica se virando para tapar essa ausência dos trabalhadores, que acontece por causa da rotatividade de trabalhadores, por causa [da dificuldade] do acesso de muitos desses trabalhadores, acaba tendo vazio dentro das equipes e precisa ser compensadas ou por horas ou por número ou por pessoas...”

“a gente trata muito do dimensionamento do pessoal de enfermagem [...] depois da pandemia e com o alto índice de adoecimento de trabalhadores, a gente percebe que tem um afastamento por doença e esse afastado não tem uma reposição de outro profissional ou uma contratação de outro profissional para suprir aquele espaço [...] quem está, acaba tendo que se desdobrar para cumprir mais jornadas, mais plantões, pra que ele possa cobrir aquele trabalhador que está afastado por doença... a gente tem um problema do dimensionamento [...] e não tenha nenhuma legislação que regule isso”

“Em termos de condições de trabalho, dá pra gente falar que é regra e que é um modelo que é reproduzido é a superexploração... por mais que a remuneração de algumas categorias seja boa, adequada, em termos humanitários, a gente vê que são pessoas que estão sobrecarregadas, porque... o dimensionamento das equipes não é adequado... eles vão usar o mínimo de profissionais necessários para cumprir a meta, então, as pessoas estão trabalhando sempre no limite, no limite da cobrança, e a cobrança vem de todos os lados... você trabalha com o público, você tem que lidar com a cobrança do público também, um público que tem demandas urgentes, que tem demandas importantes, que dizem respeito à sua saúde, à sua vida, então, o desgaste [vem] de cima e de baixo... isso produz adoecimento”

“Uma dificuldade é o dimensionamento da força de trabalho, dada a ausência de concursos públicos, que possa, realmente, fortalecer e fixar profissionais nos

territórios... a gente sabe da rotatividade de trabalhadores dentro do Sistema Único de Saúde e também da precarização do trabalho que muitos trabalhadores enfrentam... precisamos de uma política de despreciação desse trabalho das Unidades Básicas de Saúde, dos programas, do programa de saúde da família, que ainda tem carência de profissionais, principalmente de plantonistas nos hospitais...”

“A grande maioria das instituições, tanto públicas quanto privadas, mas que estão no contexto do Sistema Único de Saúde, não têm número de profissionais suficiente para cuidar da população brasileira [os profissionais] estão sobrecarregados, estão adoecidos por conta da sobrecarga de trabalho [...] essa situação na pandemia piorou muito e ela se arrastou no pós-pandemia porque vieram outros problemas, vieram a Chikungunya, a dengue, e os profissionais continuaram sobrecarregados [os profissionais estão] sem concurso público ou sem contratação mesmo por organizações sociais ou terceirizações, enfim, e com vínculos muito precários [...] hoje, tem um grupo de trabalho que está discutindo dimensionamento [composto por] Ministério Público do Trabalho; Federação Nacional dos Enfermeiros; Confederação Nacional dos Trabalhadores da Saúde; setor privado, [representado pela] CN SAÚDE [Confederação Nacional da Saúde]; Ministério da Saúde; ANVISA; e Ministério do Trabalho, todos juntos para tentar chegar num protocolo... pensar uma medida, um acordo técnico de qual é o número ideal de profissionais para prestar serviço para a população... A Anvisa tem alguns dados que são número de enfermeiros por paciente em UTI, número de técnicos, tem a normatização da hemodiálise, número de enfermeiros para pacientes (é um enfermeiro para cada 50 pacientes, que a gente discorda e que a Anvisa, inclusive, disse que está revendo)... para nós é fundamental discutir essa quantidade...”

Jornada de trabalho

A extensão e distribuição da jornada de trabalho também foi citada por vários entrevistados como fator que contribui para a sobrecarga do trabalho.

“.. a gente tem dentro da estrutura de trabalho do SUS, muitos trabalhadores que fazem jornadas que [...] estão fora da realidade ou da legislação do trabalho... nós temos escalas que são abusivas para trabalhadores [...] a maioria dos trabalhadores que trabalham nas grandes unidades, talvez pelo número reduzido de pessoas, têm escalas de trabalho são abusivas...”

A jornada é complexa, porque, pela falta do quadro preenchido, quem acaba suprimindo esse vazio assistencial é outro profissional que, às vezes, acaba tendo a sobrecarga [...] o trabalhador entra numa roda viva, um processo vivo de escalas, de plantões, que acaba também sendo adoecedor para esse trabalhador... a jornada precisa ser redefinida, que tenha critérios, que considere não só o tempo de permanência desse profissional dentro das unidades, mas

também seja garantido a ele o tempo de descanso, seja garantido a esse profissional um lugar onde ele possa descansar [...]

“A situação dos médicos não é ruim... mas uma situação que a gente vem enfrentando, principalmente agora ao longo da epidemia de dengue, é que a carga horária excedeu muito, inclusive do que é previsto por lei, porque o médico tem uma responsabilidade jurídica... uma unidade de atendimento não pode estar aberta sem um médico... a gente via que os médicos estavam se queixando que terminavam a jornada às 19h e as fichas de atendimento eram abertas até às 19h, então, ele não saía de lá enquanto o último paciente não fosse atendido... e se ele saísse, poderia ser denunciado eticamente aos conselhos... e aí eles ficavam lá até 8, 9 horas da noite, alguns se queixavam de sair às 10 da noite... isso produz um adoecimento porque são horas extras que não serão pagas, porque isso tudo funciona num sistema de banco de horas [...] e é possível que você seja questionado, inclusive, porque você fez hora extra naquele dia, sendo que você foi obrigado pela gestão... e aí você não vai ser pago por essas horas extras, você não tem nenhum nível de planejamento da sua jornada de trabalho, você não sabe quando você vai sair da unidade de trabalho... isso produz adoecimento, com certeza... e enquanto o médico está passando por isso, tem outros membros da equipe que também estão participando da assistência neste momento, provavelmente também trabalhando com banco de horas, não conseguindo cumprir seus compromissos fora do trabalho ou, inclusive, em outros trabalhos...”

Remuneração e número de vínculos

Uma das questões levantadas com frequência pelos entrevistados é a necessidade de os trabalhadores manterem mais de um vínculo de trabalho em função da baixa remuneração vigente no setor da saúde. Isso, segundo os depoimentos, é uma das principais causas de adoecimento dos profissionais e da queda da qualidade dos serviços prestados.

[...] os trabalhadores estão muito adoecidos e, mentalmente também... não só adoecidos porque são vários os problemas que eles têm de saúde, mas o mental acho que é o pior que eles estão sentindo hoje... a gente vive com um salário muito ruim, pra poder sobreviver tem que trabalhar em dois vínculos, se não é o plantão extra, às vezes trabalha numa Organização Social ou na prefeitura... ele tem outro vínculo, independente do que seja... as pessoas estão sendo obrigadas a trabalhar pra sobreviver porque o salário, infelizmente, não compensa...”

“Algo que é lamentável no âmbito do sistema de saúde são os salários, que são baixíssimos, a gente tem uma baixa remuneração no sistema de saúde, que faz com que, certamente, as pessoas tenham dois, três vínculos e isso faz cair a

qualidade na prestação de serviços, por uma questão simples, as pessoas não têm o descanso necessário entre jornada, como deveria ter... é uma verdadeira correria que os trabalhadores de saúde têm e isso faz muito mal à saúde deles, isso causa muito dano à saúde, porque um trabalhador trabalha de dia numa unidade, sai pra outra no plantão e vai... a vida é corrida, sobra pouquíssimo tempo para descanso [...] a gente está agora experimentando um novo momento, com essa coisa de fixar piso... com a fixação de alguns pisos na área da saúde, é uma experiência nova, mas que ainda não está consolidada... nós temos aí o piso da enfermagem e o piso dos agentes comunitários de saúde e agentes de combate às endemias..."

"[o trabalhador] tem mais de dois vínculos pela questão da remuneração... melhorou agora um pouquinho com a questão do piso salarial da enfermagem, inclusive... quem tinha três, agora só tem dois, porque a questão do excedente de jornada é um limitador... tem a cartilha do Ministério da Saúde, que estabeleceu um limite de até 180 horas para que a pessoa faça jus à percepção do complemento do piso... então, quem tinha três, hoje só tem dois... tem melhorado, inclusive, nesse sentido... eu acho que a remuneração e o Plano de Cargos, Carreiras e Salários vai ajudar, inclusive, na questão da própria saúde do trabalhador, porque ele vai começar a compreender que ele não vai precisar estar se desgastando em três postos de trabalho, porque quando ele faz isso [...] ele já não está ali com a sua capacidade plena... acaba sendo uma questão que ele pode estar observando pelo ponto de vista financeiro para ele, mas que acaba sendo um complicador para o serviço de saúde, no que diz respeito a uma assistência de qualidade."

"[...] chega a um ponto que [...] os trabalhadores estão muito adoecidos e, mentalmente também... não só adoecidos porque são vários os problemas que eles têm de saúde, mas o mental acho que é o pior que eles estão sentindo hoje... a gente vive com um salário muito ruim, pra poder sobreviver tem que trabalhar em dois vínculos, se não é o plantão extra, às vezes trabalha numa Organização Social ou na prefeitura... ele tem outro vínculo, independente do que seja..."

"a gente tem hoje uma situação de superexploração do trabalho dos trabalhadores na saúde... a gente vê profissionais de enfermagem sendo explorados não só em um vínculo, mas dois, três... não conseguem viver só com um..."

"Os profissionais da saúde às vezes necessitam de mais de um vínculo pra poder fazerem jus às demandas familiares que têm [...] como é que o trabalhador pode ter tranquilidade no desempenho de suas funções [...] se ele tem que se preocupar com mais de um vínculo que ele precisa atender pra fazer jus a um salário mínimo? [...] se ele sabe que ele tem uma demanda familiar que necessita de respostas do trabalho que ele desenvolve?... isso, por si só, impacta na saúde

física, mas principalmente na saúde mental desses trabalhadores e trabalhadoras.”

Assédio moral

O assédio moral é um dos graves problemas enfrentados pelos trabalhadores da saúde, prática que tem desencadeado transtornos mentais. Alguns dos entrevistados relataram – além do assédio das chefias -, assédio pelos próprios colegas e casos de violência por parte de usuários do SUS.

“O assédio moral no local de trabalho é gritante, porque o servidor que é contratado, ele não pode falar nada porque ele perde o emprego, o servidor que é concursado, ao mesmo tempo ele fala, mas ele tem uma chefia imediata que assedia ‘olha, vou te trocar de lugar... vou te tirar daqui e botar pra outro lado, vou te botar mais longe da tua casa’... o assédio moral no local de trabalho é outro ponto que os nossos trabalhadores em saúde têm enfrentado muito, muito, em todos os nossos municípios e que não é diferente quando se trata de os trabalhadores ligados aos estados, que são os hospitais, as clínicas e os atendimentos que a gente tem.”

“O que [os trabalhadores] mais reclamam são as condições de trabalho... a pressão do trabalho, existe uma pressão muito grande, existe assédio moral... nós conseguimos [SindSaúde SP] o primeiro Nexo Causal sobre o assédio... nós conseguimos pela primeira vez... a gente não conseguia isso, era muito difícil provar como nexo causal, principalmente da saúde mental das pessoas, pelo assédio que ela sofre no dia a dia, a pressão do dia a dia do trabalho que causa tudo isso [...] as pessoas, principalmente os mais jovens, quando são formados, até fazem concurso público, mas eles vão embora porque não dá pra você ganhar salários muito pequenos, sofrer a pressão que sofrem, e ficar ali... não aguenta, vai embora... o jovem quer saber de expandir seu conhecimento e tá certo, tá correto... governo não dá condições para que as pessoas façam e prestem um bom trabalho.”

“Os trabalhadores vivem em um silenciamento forçado [...] embora seja o estado democrático de direito, não é bem assim pro trabalhador... a gente sabe o quanto os nossos trabalhadores sofrem dentro das estruturas, sobretudo o assédio... uma das causas do adoecimento dos trabalhadores é o assédio... seja pelo gestor, seja pelo usuário, seja pelo colega que senta do lado, a gente ainda enfrenta o assédio como um problema de adoecimento dos trabalhadores...”

“Nós temos um grande problema, que é o assédio moral que os trabalhadores sofrem no local de trabalho e que é enorme por conta da pressão que esses trabalhadores sofrem, por conta dessa engrenagem que não está funcionando, dessa sobrecarga... eles são cobrados diuturnamente a prestarem assistência

com qualidade, na medida certa, não errarem... essa prática de assédio moral tem se enraizado por dentro da saúde em todos os setores... e a violência laboral que os trabalhadores têm vivido, principalmente as mulheres - porque nós somos o grande número dentro dos profissionais da saúde - e principalmente, as trabalhadoras da enfermagem porque estão na linha de frente... quando chega alguém, seja no hospital, seja no pronto-socorro [...] você passa pela triagem e é ali que, muitas vezes, o profissional é agredido porque quem tá chegando não quer saber, quer ser atendido imediatamente... às vezes, não tem médico, às vezes, não tem o exame que ele quer fazer, que ele precisa fazer e quem dá essa notícia, somos nós, infelizes da enfermagem... e aí acaba acontecendo casos de agressão, não só verbal, mas de agressão física... nós tivemos um caso, inclusive, de um enfermeiro que chegou a ir pra UTI porque foi agredido por um acompanhante na periferia aqui de São Paulo... ficou entubado e tal [...] é isso que o trabalhador está submetido hoje... a violência laboral e o assédio moral têm sido enorme dentro da nossa profissão...

Saúde dos trabalhadores da saúde

Muitas das declarações sobre a saúde dos trabalhadores da área de saúde foram apresentadas anteriormente, quando expostos os diversos aspectos das condições de trabalho sobre os quais os depoentes se manifestaram. Aqui, serão transcritas as falas que descrevem os tipos de problemas que vêm sendo enfrentados pelos trabalhadores em decorrência de sua atuação profissional. Note-se, mais uma vez, que a pandemia de covid-19 foi citada em diversos depoimentos.

"[...] é alto o nível de adoecimento dos trabalhadores, seja físico, psicológico [...] a carga sobre eles precisa ser tolerável, precisa ser dentro da estrutura física e emocional de cada trabalhador [...] tem que levar em consideração o conforto desse trabalhador na execução da política de saúde, porque, afinal, precisa se pensar que o cuidador precisa de cuidados também... o que ocorre hoje dentro das estruturas de trabalho é a finalização de uma carreira profissional, o trabalhador entrar em um processo de afastamento por causa de problemas sérios de saúde, por ações repetitivas, por peso, por uma série de problemas de saúde que vêm sobre um trabalhador que perde a oportunidade de cuidar da saúde enquanto está fazendo a sua jornada de trabalho e acaba se afastando mais cedo das atividades, por causa das sobrecargas, e isso é muito prejudicial para o trabalhador da saúde..."

[...] os nossos profissionais de saúde estão doentes... antes da pandemia [já estavam], depois da pandemia, então, a piora [...] o uso de remédios para dormir, para depressão, os problemas de saúde mental dos nossos trabalhadores em saúde têm sido e devem ser um dos pontos que a gente precisa debruçar sobre isso em todos os espaços... não é possível cuidar de alguém, quem não tá conseguindo cuidar de si mesmo [...] e o porquê do adoecimento... a jornada

excessiva de trabalho e, além da jornada excessiva, do número de profissionais da saúde, que muitas vezes o profissional da saúde precisa fazer o seu trabalho e o do outro porque falta profissional... e muitas vezes do salário... muitas vezes, nós trabalhadores e trabalhadoras da saúde, precisamos trabalhar em dois ou três locais, fazendo num 12 por 36, ou trabalho um dia em um [local] e no dia da sua folga trabalha no outro [...] “

“O movimento sindical já tirou até campanhas com o título ‘é preciso cuidar de quem cuida’... nós temos muitos problemas ainda com relação a saúde [do trabalhador da saúde]... isso foi muito verificado durante a pandemia, que os profissionais de enfermagem que adoeciam, não conseguiam nem se afastar dos postos de trabalho... em algumas situações, os sindicatos precisaram ingressar com medidas liminares, pra afastar os trabalhadores que têm comorbidades, as gestantes, as lactantes... a gente sabe que o problema era crítico naquele momento, mas o trabalhador também não é máquina, ele é ser humano e, como ser humano, ele também tem as suas fragilidades, as suas comorbidades... e hoje, a questão da saúde do trabalhador, no meu ponto de vista, está mais no papel do que na prática, porque os trabalhadores têm trabalhado adoecidos, tem sido verificado um avanço muito grande de transtornos mentais, do tipo ansiedade, depressão... isso tudo tem sido fruto da sobrecarga de trabalho, da insatisfação pelos salários recebidos... no que pesem as políticas que já existem voltadas para a saúde do trabalhador, isso não chega muito lá na ponta...”

“Nós temos profissionais que estão totalmente adoecidos, adoecidos no físico, no emocional, no psicológico... e não têm uma assistência... e fica a pergunta: 'e quem cuida do cuidador?' [...] temos um número enorme de profissionais que estão com problemas psicológicos graves... agentes comunitários de saúde que são usuários do CAPS [Centro de Atenção Psicossocial], tomando medicação controlada pra poder continuar vivendo, e são essas pessoas que levam a primeira presença do Sistema Único de Saúde dentro das casas, para as famílias... com qual condição eu vou falar de saúde, se eu mesmo não estou com a minha saúde ok?... essa é a nossa realidade hoje, que se agravou muito mais depois da covid... acho que veio à tona um número muito maior de profissionais com problemas psicológicos, com síndrome do pânico, com depressão, com depressão grave, e nós estamos aí, sem nenhuma assistência, sem nenhum cuidado com esse profissional... eu tô falando dos agentes de saúde, mas nós estamos no dia a dia das equipes de saúde da família, e a gente percebe isso nos enfermeiros, nos médicos... nós não temos ninguém cuidando do cuidador... e o cuidador tá aí de qualquer jeito...”

“Nós não podemos cuidar da saúde dos outros se não cuidarmos da nossa saúde... quem opera o sistema precisa também ter a assistência necessária... e aí, por exemplo, se a gente pega a situação do covid-19 recentemente, da qual fomos vítimas, a gente vê que várias situações, principalmente a saúde mental desses trabalhadores não era considerada... para que o trabalhador da saúde possa prestar um bom trabalho, ele precisa também ser cuidado, ter sua situação

física e mental avaliada pra que ele possa desempenhar a contento o seu trabalho.”

“[O trabalhador] sofre muito com problema de saúde, já que não tem um programa de acompanhamento da saúde do trabalhador em saúde... não há o cuidado com quem cuida, inexistente praticamente essa política de proteção à saúde daquele que cuida do outro, daquele que cuida da sociedade.”

“Quando tem a oportunidade de sentar com o governo, a gente tem colocado isso, incisivamente, mas não avança... nós temos vários problemas da saúde do trabalhador, por excesso de trabalho... temos problemas sérios da saúde mental desses trabalhadores, até porque temos várias sequelas da própria covid, e até agora o governo não tá nem aí com os trabalhadores, com a saúde dos trabalhadores, infelizmente... então, quando a gente vê casos gritantes e que não conseguimos dialogar com o governo, nós procuramos o recurso jurídico, infelizmente... é dessa forma que a gente tem sido tratado e tratamos os nossos trabalhadores, infelizmente.”

“... o trabalhador da saúde é o sem-saúde... o trabalhador da saúde é da saúde dos outros, porque da dele, não tem... existe uma frouxidão muito grande por parte dos órgãos que deveriam fiscalizar a saúde dos trabalhadores do sistema de saúde, uma vez que [...] no setor privado, você tem - ainda que não seja grande - a fiscalização do Ministério do Trabalho e Emprego... e aqui, por tratar, muitas das vezes, do setor público, ninguém fiscaliza, ninguém vai lá fiscalizar o exercício desse direito importante que é o direito à vida, à vida desse trabalhador... o direito à saúde do trabalhador numa área que deveria ter, deveria haver assistência da saúde... sobretudo porque eles estão expostos a uma realidade muito triste, que é essa realidade de lidar com a dor humana, o sofrimento do outro, o sofrimento das pessoas físico e psíquicos... [eles] lidam com isso o tempo todo [...] deveria haver um maior empenho, sobretudo por parte do governo federal, dada essa característica do nosso sistema de saúde, de haver um forte repasse de recursos públicos do governo federal o tempo inteiro para o SUS, para financiar o SUS... deveria ter uma contrapartida imposta, que seria cuidar de alguns detalhes que são importantes, sobretudo esse que é a saúde do trabalhador que atua no sistema de saúde... deveria o governo federal exercer maior presença na realização do controle e do monitoramento da saúde dos trabalhadores e das trabalhadoras da saúde...”

“Um problema que a gente vem discutindo - isso de antes da pandemia - é o número de suicídios de trabalhadores, principalmente nos locais de trabalho... nós temos diversos casos... se você procurar as redes sociais das entidades e dos profissionais de enfermagem, você vai ver as postagens do pessoal, que eles fazem no Face, Instagram, de profissional que morreu, que se suicidou, que se suicidou dentro da instituição, durante o horário de trabalho... há pouquíssimo tempo, nós tivemos o caso de uma enfermeira aqui na cidade de Diadema, ela

chegou, pegou o plantão, dez minutos depois foi para o banheiro e se suicidou dentro da instituição que ela estava prestando serviço, porque no dia anterior ela tinha sofrido um ato de assédio moral por parte da sua chefia... esse é um dos problemas que os trabalhadores da saúde também têm enfrentado nesse último período.”

Questões específicas de algumas profissões da saúde

Como dirigentes sindicais representantes de diversas profissões que atuam na área da saúde, os entrevistados, em vários momentos das entrevistas, referiram-se, a características e problemas relativos especificamente aos trabalhadores que representam. Essas informações são da maior relevância para evidenciar a diversidade de situações do trabalho na área de saúde, bem como para identificar os problemas comuns partilhados pelas diversas profissões.

- Agentes comunitários de saúde e Agentes de Controle de Endemias

Em relação aos agentes comunitários de saúde e agentes de controle de endemias, os dirigentes sindicais discorreram sobre histórico, características a atuação da categoria, assim como sobre condições de trabalho específicas.

Sobre as características e o histórico da categoria, registraram-se os seguintes depoimentos:

“Entre agentes de saúde e agentes de endemias, nós temos aproximadamente 400.000 trabalhadores [no país].”

“A missão número 1 do agente comunitário de saúde é a visita casa a casa, que é levar informação e educação, que é prevenir... esse é o nosso papel, o papel primordial do agente é esse... educar as pessoas para as pessoas evitarem adoecer ou se agravarem as doenças [...] mas, em São Paulo, é diferente [dos estados do Nordeste]: agente comunitário de saúde em São Paulo [trabalha] na recepção das Unidades Básicas de Saúde sendo atendente, fazendo o administrativo, o que menos está sendo feito é a missão principal.”

“Os agentes comunitários de saúde estão inseridos dentro de uma equipe de saúde da família [...] geralmente, as equipes têm de quatro a seis agentes comunitários de saúde - algumas têm mais - mas geralmente vai de quatro a seis agentes... e o nosso vínculo é com esses da nossa equipe... na unidade que tem uma, duas, três equipes, então, a gente se reúne também enquanto um todo... a gente presta contas do nosso serviço para a enfermeira da nossa equipe porque ela é a nossa supervisora imediata... todo o nosso diálogo é com ela. E a gente traz as nossas demandas das nossas áreas também para apresentar a essa equipe... a equipe é composta de médico, enfermeiro, o agente comunitário de

saúde, o dentista, algumas têm as equipes multidisciplinares, mas nem todas têm... mas o nosso relacionamento frequente e direto é com a enfermeira... o médico nunca tem tempo, apesar de fazer parte da equipe, ele nunca tem tempo, ele não se sente [da equipe], o dentista também não... o nosso vínculo e a nossa relação direta é com nosso enfermeiro, é a ele que a gente presta conta e ele repassa o consolidado para o município, que repassa pra o estado, que repassa para o Ministério da Saúde.”

Quando nós iniciamos [a profissão], não existia cobrança nem de escolaridade, era saber escrever e assinar o nome, essa era a exigência... com o passar dos anos que a gente foi crescendo na questão do reconhecimento da profissão, a gente mesmo fez questão de colocar as exigências porque a gente ia brigar por questões que passavam por essa questão da escolaridade... em 2006, na Lei 11.350, a gente já colocou no texto da regulamentação [...] a exigência do ensino fundamental, e demos prazo pra todo mundo que estava no exercício da função chegar a ter o ser certificado do fundamental... em 2014, com a Lei 12.994, nós já aumentamos a nossa exigência da escolaridade, já passou para o Ensino Médio, e, em 2018, com a Lei 13.595, a gente colocou a proposta do Nível Técnico... a gente foi crescendo gradativamente... eu posso te afirmar, sem sombra de dúvida, que, hoje, desses 400 mil, aproximadamente 70% já tem o seu nível superior concluído, tem uma graduação, seja na área da saúde, seja na área da educação... nós temos muita gente formada em enfermagem, assistência social, muitos professores também [...] nós somos esse profissional que, por força de lei - a exigência hoje é nível médio, porque os técnicos ainda estão se formando - já formamos 50%, e vamos iniciar o curso para os outros 50%... economicamente falando, nós somos pessoas que temos uma condição razoável, nós já fomos bem a menos, mas hoje temos uma condição razoável economicamente falando, poder econômico já bem bom, vamos dizer assim... tanto que hoje, se você lançar um concurso público para agente comunitário de saúde, a concorrência é altíssima e todos que vêm, vêm com nível superior: é professor, enfermeiro, assistente social querendo vir fazer o concurso pra agente comunitário de saúde, porque já chama muito a atenção a questão financeira desse profissional... esse é o nosso perfil... em relação a questão do sindicalismo, nós estamos muito, muito organizados, nós somos referência pras demais categorias profissionais... nós somos uma categoria que hoje, de todas as demais categorias organizadas, somos a única que se mantém mobilizada constantemente, nós temos uma mobilização constante... temos uma agenda definida de presença em Brasília, pra avançar nas nossas pautas, temos mais de 150 projetos de lei tramitando na Câmara Federal que falam do direito do agente comunitário de saúde, a gente está acompanhando toda essa pauta... a gente é extremamente organizado e é por conta dessa organização que a gente avançou tanto, saindo dessa condição de programa de profissional que, sequer exigia escolaridade, para chegar onde chegou.”

[o curso técnico para ACS] é específico... a primeira turma foi 100% financiada pelo Ministério da Saúde, em parceria entre a Universidade Federal do Rio

Grande do Sul e Conasems [Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde... fizemos a primeira turma, fechamos agora no final do ano e já inicia as inscrições para nova turma [...] vamos formar mais 200 mil... [já] formamos 200 mil (187mil que conseguiram concluir no final) e vamos agora para o restante, mais 200 mil vagas, totalmente financiado, mais uma vez, pelo Ministério da Saúde... a instituição continua sendo a Universidade Federal do Rio Grande do Sul, foi a que ganhou o concurso [...] [do qual] nove entidades de educação participaram... e ele é híbrido, uma parte online e a outra parte presencial

Sobre a importância do trabalho e dos vínculos que esses profissionais estabelecem com a população das localidades onde atuam:

“uma mãezinha, quando ela quer parir (e geralmente é de madrugada que essa criança quer vir ao mundo... risos)... e quando tem um agente comunitário de saúde atuante naquela microárea, no território dele de atuação, a primeira coisa que vem na cabeça da mãezinha [é] ‘minha agente de saúde’... então, vai lá o paizinho ou alguém e bate na porta do agente de saúde de madrugada... e o agente de saúde está lá e vai com todo prazer resolver, encaminhar... muitas vezes até acompanhar, que não é o nosso papel, mas muitos fazem, pelo vínculo, o relacionamento que tem com aquela família... se alguém sofre um acidente - todo mundo sabe o número do Samu, mas procura o agente de saúde que é ele que vai fazer, a gente que vai ligar, a gente que vai encaminhar... se há uma briga entre o marido e a mulher... nós somos padres, psicólogos, enfermeiros, médicos, nós somos o delegado, o Conselho Tutelar, o que você puder imaginar, é o agente de saúde...”

“Pra você ter uma ideia, o médico muda a medicação do hipertenso, ou do diabético por qualquer coisa... aconteceu intercorrência... ele [o paciente] não toma aquela medicação enquanto o agente de saúde dele não chega, pra ele mostrar a receita e dizer ‘e aí, é assim mesmo?’... se o agente disser que é assim mesmo, que tem que trocar, aí ele toma, se não, não toma... e é um grau de relacionamento muito, muito forte [...] o agente de saúde conhece o território dele, ele sabe todo mundo por nome, sobrenome, endereço, a condição de vida, a condição social... eu digo até que ele sabe toda a intimidade, coisa até que o marido não sabe da mulher, que a mulher não sabe do marido ... sabe de tudo... por isso que eu digo que somos padres também, somos pastores... o que vocês imaginarem, nós somos.”

Sobre as condições em que trabalham os profissionais da categoria:

“tem vínculo que ainda é muito precário... tem vínculo aonde o trabalhador não é remunerado... nosso agente de saúde [em território indígena] ganha um salário mínimo... me diga qual é a motivação de um trabalhador que ganha um salário mínimo estar bem no seu local de trabalho?... às vezes, esse trabalhador, pra chegar no local de trabalho, precisa financiar o seu deslocamento, seu

combustível, se ele tiver veículo próprio ou pagar do próprio bolso, porque nem [em] todas as formas de contratação está contemplado o vale-transporte... às vezes [...] não está contemplado o auxílio-alimentação e esse trabalhador que está dentro das estruturas de trabalho, às vezes não tem nem a condição de providenciar o seu próprio alimento... porque o trabalhador, ele está se alimentando dentro da estrutura e está respondendo demanda e está sendo chamado para as emergências porque não tem outro para substituir... tudo isso impacta na saúde do trabalhador... a repetição da rotina desse trabalhador precisa ser vista com muito cuidado, porque a gente [...] já tem uma geração aí adoecida dentro da estrutura do SUS.”

“[...] os agentes de combate às endemias não têm sequer um local para se reunirem... nós temos agentes de combate às endemias que se reúnem para planejar suas atividades - ou para entregar seus relatórios debaixo de uma árvore, numa calçada, ou então num banheirinho de uma escola, que a escola cede o espaço para que eles se reúnam naquele momento... locais insalubres você exigir de um profissional que ele preste um bom serviço, porque essa é a nossa obrigação, você não dá o mínimo de condição para que ele tenha as condições pra prestar esse bom serviço e exige que tenha esse bom serviço prestado [...]

“A gente vê agentes de endemias que faz seis, sete anos que não recebem uma caneta pra trabalhar... trabalham totalmente sem a menor condição e não recebem Equipamentos de Proteção Individual e estão totalmente expostos a tudo o que você possa imaginar - desde as intempéries da natureza, com o sol escaldante do Nordeste a temperaturas abaixo de zero... nós temos profissionais que não têm um crachá de identificação - e a gente trabalha no campo, visitando as famílias... como chegar pra se apresentar?...”

“O incentivo que muitas vezes falta a um trabalhador é o reconhecimento da importância dele no papel que ele desenvolve [...] um agente de saúde comunitário, que eu considero um agente, uma autoridade, aquela pessoa que tem, que chega numa residência, que ela adentra uma casa de família, que ela conversa sobre a vida daquela pessoa, ele acaba sendo uma pessoa de referência para as famílias, então um agente de saúde tem um papel muito importante dentro da estrutura do SUS... ele precisa de ser realmente não só reconhecido, mas ser valorizado, e quando eu falo em valorização, eu incluo o financiamento, a melhoria salarial, as estruturas de trabalho, a aparência... é extremamente importante você se sentir bem e se vestir como um profissional de saúde que está chegando na comunidade, como uma autoridade... esse incentivo ele precisa chegar em todos os profissionais de saúde desse país.”

- Enfermagem

Sobre os profissionais da enfermagem, houve falas referentes às condições específicas do trabalho:

“Independente de setor público ou setor privado, nós temos hoje um problema crônico na enfermagem, que é o problema do dimensionamento de pessoal, todos os setores estão com número inadequado de trabalhadores, todos os setores estão com sobrecarga na assistência porque não contrata como deveria contratar... e não existe nenhuma norma, seja pela Anvisa, seja pelo Ministério da Saúde, seja uma lei federal, que diga qual é o número de pacientes, clientes, usuários, que o profissional tem que atender [e] isso tem feito com que cada instituição entenda que a necessidade do trabalhador é X... [se] eu acho que na minha instituição eu só tenho dinheiro para pagar um enfermeiro por plantão, eu vou pagar um enfermeiro por plantão e ele que se dane para dar conta do serviço [...] se ele vai ter que cuidar do pronto-socorro, do centro cirúrgico, da unidade de internação - e ele vai ter que dar conta porque não existe legislação, não existe regulamentação que diga ‘olha, esse trabalhador, para ele prestar uma assistência com qualidade, ele não pode estar no hospital todo, ele tem que estar fixo numa determinada unidade - e mais - fixo num determinado horário’... nesse último período temos encontrado, inclusive, instituições que têm contratado trabalhadores no sistema de rodízio: hoje você trabalha no plantão da manhã, amanhã você trabalha no plantão da tarde, o mês que vem você está no noturno A, no outro mês você está no noturno B... se fizesse isso, mas cumprisse o que está na Constituição, que diz que neste tipo de jornada você tem que trabalhar no máximo seis horas diárias ou 30 horas [semanais], limitar a jornada, tudo bem, mas não é isso que acontece... o trabalhador tem contrato de 36 e 40 horas, então, é claro que o trabalhador vai ficar adoecido [...]”

“Nós [da enfermagem] lutamos tantos anos para ter um piso salarial nacional e aí veio uma decisão do Supremo Tribunal Federal que descaracterizou a nossa luta, descaracterizou o nosso piso... então, nós aprovamos uma lei que desvinculava piso e jornada e o Supremo foi lá e decidiu que, para o profissional da enfermagem, o piso vale para uma jornada de 44 horas [semanais] e 220 horas [mensais] [...] o que existe de jornada de 44 horas hoje são poucos e é, principalmente, no setor privado, que é o setor lucrativo, ou seja, que trabalha na lógica do lucro e que trabalha na lógica da exploração da classe trabalhadora... quando o Supremo Tribunal decide, vinculando a jornada de enfermagem a 44, ele dá um presente para o setor privado, dá de bandeja o profissional de enfermagem, que já tá escravizado, diga-se de passagem, pra ser mais escravizado ainda...”

“O descanso da enfermagem, aquele intervalo entre a jornada, é tema de debate [na categoria]... a grande maioria dos trabalhadores não têm um ambiente adequado de repouso... isso no âmbito do SUS, eu não estou falando só no setor

privado... no setor privado é pior porque ele descansa sentado numa cadeira, e no âmbito do SUS ele tem que se deitar no chão, num papelão porque não tem um espaço, um ambiente de acolhimento para que ele possa fazer o descanso dele nos intervalos intrajornada... tem a sala do médico, tem a sala do enfermeiro, mas não tem a sala do técnico de enfermagem.”

- Médicos

Também as especificidades do trabalho dos médicos foram abordadas nas entrevistas, com depoimentos referentes à qualidade dos empregos ofertados e às condições em que atuam:

“A gente tem uma situação dos médicos hoje ainda de pleno emprego, mas a gente não tem plena disponibilidade de bons empregos... o médico recém-formado é levado a uma escolha entre serviços de plantão de pronto-socorro, em serviços muito precários e, inclusive, um recém-formado acaba assumindo grandes responsabilidades, técnicas, de gestão e sobre a saúde da população, como, por exemplo, serviços de emergência, serviços de observação em UTI, nas quais os especialistas não estão dispostos a trabalhar devido às condições de trabalho, devido à situação de contratação, PJ etc., às vezes até um vínculo de contratação totalmente informal mesmo... do outro lado, tem uma opção mais segura profissionalmente falando, eticamente falando [...] que é a atenção básica”

... o que a gente vê é que tem muita vaga aberta para médico, você vai numa UBS grande [...] [tem] dez equipes, dez médicos [e] nunca tem mais de cinco médicos contratados... [é porque] eles conseguem cumprir a meta deles com cinco médicos... eles não fazem questão de contratar os dez... você cria uma lógica nessa terceirização da gestão que o importante é cumprir a meta contratual, poupando o máximo de recursos possível... oferecendo o pior serviço possível dentro do que é contratado... e os médicos nessa situação são muito bem remunerados na atenção básica... um médico recém-formado está hoje tirando 20 mil brutos trabalhando 40 horas na atenção básica, recebendo além do salário, o adicional de difícil provimento, insalubridade etc, mas a média de permanência dele nesse serviço é de menos de um ano, porque ele fica esgotado... é uma situação em que tem que atender todo tipo de demanda - gestante, puericultura, criança, saúde mental, adulto, idoso e atende pronto atendimento também, porque a gente sabe que o serviço de acolhimento, pelo fato da meta ser grandemente baseada em número de atendimentos médicos, o acolhimento é o acolhimento médico, o acolhimento da atenção básica... então, o paciente pisa na UBS e fala ‘quero ser atendido’, existe uma tendência da gestão colocar um médico na frente dessa pessoa, porque isso é interessante em termos de meta... isso descaracteriza a longitudinalidade, a própria agenda do médico, eles chamam de acesso avançado, que quer dizer que a pessoa vai ser atendida por um médico sempre que ela quiser... na prática é isso, na teoria

não é isso, mas a gente sabe que tudo isso acaba sendo pervertido dentro da lógica imposta por esses contratos de gestão... o resultado disso - como os médicos têm pleno emprego - é que o médico sai... ele fica um tempo, sai, muda, vai pra outra organização social fantasiando que vai ser melhor, vai para um lugar mais central, imaginando que a demanda não vai ser tão grande, porque a gente sabe que o atendimento vai continuar sendo 15 minutos, vai continuar sendo 40 horas, mas pelos menos nas regiões mais centrais, as condições socioeconômicas das pessoas é um pouco melhor e os casos que vão chegar para você não serão tão graves, não serão tão complexos... porque no extremo leste paulista [...] a saúde daquelas pessoas é muito precária.. nesse menos de um ano que o médico vai ficar lá, dificilmente ele vai conseguir ver o paciente pela segunda vez, a não ser que seja uma grávida ou um paciente de puericultura, menor de um ano... mas a situação das outras categorias [enfermeiros, técnicos de enfermagem] é que elas dependem daquele emprego... ao sair dali elas vão para o desemprego... é um moedor de carne no qual alguns trabalhadores acabam permanecendo... não existe nenhum tipo de política - que eu tenha conhecimento - de promoção de saúde para os trabalhadores do SUS... isso não é implementado de fato... falar de saúde ocupacional dentro do Sistema Único de Saúde em São Paulo, na realidade que eu conheço, é ficção, é falar de projetos, não é pra falar da realidade.

- Trabalhadores da saúde indígena

Ainda foram inúmeras as declarações sobre a atuação específica das trabalhadoras e dos trabalhadores da saúde indígena, já registradas em tópicos anteriores deste relatório e que também serão expostas posteriormente, nos itens a que se referem.

“Nós temos uma estrutura, hoje, de trabalhadores no país que estão ainda nos contratos com Organizações não Governamentais... nós já somos 17.400 trabalhadores... desses trabalhadores, quase metade ou metade, são trabalhadores indígenas, inclusive 4.700 agentes indígenas de saúde, 2.800 agentes de saneamento básico ambiental, que ainda não são reconhecidos enquanto categorias profissionais... os demais já são categorias e aí ocupam as 15 profissões que compõem as equipes e os núcleos de apoio que ficam dentro do DSEI [Distrito Sanitário Especial Indígena]... nós temos muita interação com os 34 distritos [há 34 DSEIs]... “

“Estamos aí nessa luta permanente pelo fortalecimento dos trabalhadores e pela definição de uma política de gestão do trabalho que contemple a saúde indígena, considerando as especificidades étnicas, culturais dos povos indígenas, mas, sobretudo que considere uma forma de promoção, prevenção e recuperação da saúde de acordo com a Lei 9836, que cria o subsistema de saúde aos povos indígenas... é uma política diferenciada, pensada a partir dos princípios do SUS, sobretudo a equidade, que é atender uma parcela da sociedade que é

diferenciada, que tem cultura própria, língua própria, são 305 povos em todo o país, que tem uma população, segundo o IBGE, o último censo do IBGE, chega a um milhão e seiscentas mil indígenas, entre os territórios e os municípios aonde muitos vivem e desse público, dos 305, 274 ainda falam suas línguas maternas [...], que ainda estão vivendo o encontro com a sociedade envolvente, são pessoas de recente contato... esse público tem especificidades que ainda não são da rotina do SUS, e nosso sindicato vem se adequando a essa realidade, porque os nossos trabalhadores atuam dentro desses territórios em diferentes contextos, fazem escalas bem diferentes..., que variam de 10 dias em área até 60 dias em área, com logística de deslocamento totalmente diferente, com vários riscos pra execução da política... eles passam por vários riscos, que são eminentes à região da Amazônia brasileira.”

“Nós sabemos da necessidade que se tem da organização dessa força de trabalho, da realização de políticas que contemplem o SUS, que contemplem os trabalhadores e as trabalhadoras da saúde indígena, de acordo com a Constituição Federal... ainda tem muita dessa situação da terceirização dos trabalhos [...] que tem sido um incômodo permanente [...] os trabalhadores e trabalhadoras do Serviço Único de Saúde é uma força de trabalho muito grande e precisa definir uma política para esse trabalhador, principalmente na questão da fixação desses profissionais em áreas ou dentro do Sistema Único de Saúde nos pequenos municípios... a gente sabe de todas as dificuldades que ainda se tem para definir uma política...”

- Trabalhadores da área meio

Por fim, em algumas entrevistas, foram mencionados os trabalhadores da área meio no serviço da saúde, por meio das seguintes declarações:

“entre os trabalhadores que ‘prestam assistência’, eu tô incluindo os trabalhadores que nós dizemos que são os trabalhadores invisíveis: motorista de ambulância, escriturário, pessoal da limpeza, que também não é visto... e não foi visto nem na pandemia, porque na pandemia todo mundo falou muito de quem estava na linha direta, na linha de frente... e esses também foram invisibilizados na pandemia... e a assistência depende de todo esse conjunto... a gente precisa aprender que não basta valorizar o médico, nós temos que valorizar todos aqueles que estão dentro da instituição de saúde, todos têm um valor, todos contribuem de alguma forma... você já pensou um hospital sem limpeza, um hospital que não tem ninguém que tire o lixo, que limpe, ou um hospital que não tem lavanderia?... tudo é uma engrenagem e todos são importantes para essa engrenagem funcionar.”

“Eu sei que é um conceito normal, natural, separar a área meio da área fim, mas na saúde a gente pouco considera que haja a área meio, porque todos os que estão na unidade de saúde, para nós, até pela forma de organização que a gente

tem na saúde, estão na área fim... não tem atendimento na área de saúde sem, por exemplo, o administrativo que vai lá receber uma pessoa no balcão para fazer o cadastro do atendimento, que não é alguém da área de assistência, é um trabalhador administrativo que faz esse atendimento... ele integra a equipe de saúde como qualquer outra pessoa, como qualquer outro... é diferente de uma fábrica, diferente de outros setores, nós estamos juntos no mesmo barco no serviço público...”

A organização sindical dos trabalhadores do SUS e a atuação das entidades

Um dos blocos de perguntas do roteiro de entrevistas versava sobre a organização sindical dos diversos profissionais da área de saúde e a atuação das entidades que os representam, além de informações sobre mobilizações promovidas.

Primeiramente, serão expostas as declarações sobre a situação atual e as perspectivas de atuação do movimento sindical em geral:

“A pandemia, primeiro, desarticulou demais o movimento sindical... cada um foi cuidar da sua vida e dos seus problemas, acho que o governo passado, na forma como ele estava, contribuiu ainda mais para que o movimento sindical se desarticulasse... a questão da falta de financiamento do movimento sindical também foi outro fator que interferiu muito em como os sindicatos estão atuando na ponta... muitas vezes a gente procurou pela Central [Sindical] e a Central, naquele momento, estava desarticulada, estava praticamente desmontada [...] nós, dos sindicatos de enfermeiros, no Brasil como um todo, trabalhamos muito durante a pandemia, porque tivemos que fazer denúncias no Ministério Público local, Ministério Público estadual, em nível nacional, por conta de equipamentos de proteção individual que não existiam [...] eu acho que acabou dividindo muito o movimento sindical: enfermeiros cuidou de enfermeiros, os sindicatos de técnicos e auxiliares cuidou de técnicos e auxiliares... esse momento agora é o momento de retomar, nós estamos em um novo governo, é um governo que o movimento sindical consegue dialogar de forma mais transparente, de forma mais direta - não que ele faça o que a gente quer, a gente briga muito, mas pelo menos a gente consegue sentar à mesa para debater a questão do cuidado, da saúde do trabalhador, das políticas que são importantes... eu acho que o movimento sindical neste momento está retomando essa articulação... hoje, nós tamos lá em Brasília com a Marcha da Classe Trabalhadora, que significa ‘olha, a classe trabalhadora tá voltando, tá se unindo novamente’ para enfrentar as políticas todas que precisam ser melhoradas, inclusive os direitos que foram tirados dos trabalhadores no último período... e a gente tem tentado conversar com os sindicatos gerais [...] com mesas de negociação conjuntas ou denúncias no Ministério Público conjuntas para que gente possa atuar de forma coletiva [...] de tentar trabalhar conjuntamente e não separado.”

“[...] Mesmo com a tentativa de fragilização das entidades sindicais, a gente vem resistindo... as entidades dos sindicatos de saúde que representam o setor privado e as nossas entidades que representam os trabalhadores do setor

público, a gente tem uma unidade de atuação para que a gente tenha no setor público concurso público, respeito, valorização, formação [...] a gente vai continuar esperando que a gente tenha legislação que nos garantam negociações coletivas, que obrigue a fazer concurso público, pra que os nossos trabalhadores da saúde adoeçam menos, não desistam de um espaço que é tão importante para todos nós os profissionais da saúde.”

“A organização sindical sofreu um baque [...] a CUT nasce com a compreensão de que a contribuição dos trabalhadores e trabalhadoras deve ser de uma forma independente, autônoma... não defendemos nenhum tipo de contribuição compulsória... mas nós vivemos durante muito tempo uma realidade no país que era do chamado imposto sindical, onde as pessoas sem serem filiadas, sem estarem vinculadas a nenhuma entidade sindical, contribuía com um dia de trabalho para o imposto sindical... o governo Temer acabou com o imposto sindical, mas criou outras dificuldades, inclusive das contribuições voluntárias, e outros entraves foram criados, outras dificuldades para a livre associação ou livre sindicalização dos trabalhadores e trabalhadoras... isso teve um impacto... sem contar que durante a pandemia houve uma perda muito grande de trabalhadores, de trabalhadoras, pessoas que faleceram em razão da pandemia, que levou a uma diminuição do tamanho dos sindicatos, mas que eu acho que hoje a gente volta num processo de reorganização, de reflexão, buscando ampliar a base dos filiados dos sindicatos no país... acho que temos ainda um problema, é verdade, mas eu acho que as crises servem também pra isso, um processo de reorganização, que é a reorganização que o movimento sindical brasileiro está buscando, formas alternativas, formas criativas para se organizar.”

Sobre a base de representação das entidades sindicais, colheram-se os depoimentos que seguem. Aqui, quando necessário, serão identificadas as entidades mencionadas pelos entrevistados. Note-se que há interpretações distintas sobre a definição da representação dos trabalhadores da saúde.

“[...] Por conta das várias formas de contratação, tem uma certa fragilidade que dificulta, inclusive, a própria organização sindical, porque tem determinados sindicatos que podem representar um grupo, uma categoria, algumas empresas, outros já não podem ...”

“Na saúde pública nós nos organizamos em sindicatos... via de regra, são sindicatos de base municipal, sindicatos estaduais, temos Sindsaúde pelo Brasil afora, quase todo Brasil tem um Sindsaúde, que é o sindicato da saúde no estado... tem uma representação por local de trabalho, normalmente são os delegados de base, nas unidades, e temos delegacias regionais... quando os estados são grandes, temos delegacias regionais de cada sindicato na região... aí nós temos uma Federação... nosso sistema é Federativo e Confederativo... temos a Federação e Confederação... e temos também - nesse modelo de organização no Brasil - uma forte ligação com a central sindical CUT, que é a

maior central sindical no setor público, tem mais presença no setor público... a nossa forma de se organizar é em sindicatos, e tem alta taxa de filiação.”

“A organização sindical implica na representação de área meio e de área fim... e tem uma interação muito grande dos trabalhadores... as entidades sindicais são que fomentam essas políticas para melhorar a condição desses trabalhadores [...] os trabalhadores interagem, sim, participam, sim, levam as demandas, levam as queixas e do outro modo a gente também tá dentro das unidades hospitalares, a gente tá vivendo o dia a dia de cada trabalhador, de cada trabalhadora... a gente consegue sentir bem de perto o ambiente de trabalho, quais são as dificuldades, as necessidades e também a gente tem a capacidade de fazer, de elogiar quando a coisa está andando bem... no geral, a gente tem bons resultados com os trabalhadores e uma boa adesão deles ao movimento sindical.”

“No começo, havia uma dificuldade de entender que os sindicatos pudessem representar os trabalhadores de OSS, porque, como eram contra o modelo, acabavam caindo naquela dualidade; 'como eu represento o cara que é do modelo que eu sou contra?... eu sou contra OSS... se eu começo a representar, eu estou fortalecendo o modelo que tem lá, mas com o crescimento das OSSs, da participação das OSSs nas unidades hospitalares e de unidade básica, não tem outro caminho pra esses sindicatos, a não ser representá-los... agora, há uma disputa porque a OSS é tida como setor privado, e aí é preciso abrir o estatuto dos sindicatos, e muitas vezes tem conflito com outros sindicatos do setor privado e que tem outra natureza de organização, outra forma, porque o trabalhador de OS não é um trabalhador do setor público, não tem vínculo público, então ele está sujeito às normas do direito do trabalho.”

“A grande maioria dos serviços da área meio já não existe mais no estado [de São Paulo] são serviços terceirizados, quarterizados... nós não temos mais nem acesso a esse trabalhador... aliás, temos, mas é pela Organização Social.”

“A atividade meio não está muito envolvida na atuação [sindical], até porque, eles são serviços que foram terceirizados, quarterizados, porque você terceiriza a gestão e aí você contrata uma terceira pra fazer a limpeza... isso eles fazem desde o começo desse funcionamento, nunca é uma contratação direta da OSS, o serviço de limpeza, e é um serviço também com um 'turnover' muito grande ... a gente não consegue nem vincular com os trabalhadores no local de trabalho...”

Os entrevistados também forneceram dados relevantes a respeito da abrangência das entidades sindicais que representam, além de revelarem informações importantes sobre sua estratégia de atuação.

“Nós [CNTSS - Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social, que engloba saúde, trabalho, previdência e assistência] estamos organizados a partir de sindicatos gerais e também por ramo de atividade [...] nos sindicatos gerais, todo mundo é bem-vindo, todo mundo pode se filiar... a gente tem os sindicatos que na CUT são denominados por ramo de atividade, por exemplo, no ramo da seguridade social nós vamos ter de profissionais da limpeza etc e tal aos médicos, enfermeiros, odontólogos, farmacêuticos... isso leva todo mundo ao mesmo sindicato [...] a liberdade e autonomia sindical levam a gente a ter vários profissionais de um mesmo ramo de atividade em um mesmo sindicato.”

“Eu pertenço a uma entidade nacional de representações de saúde, que é a CNTS - a Confederação Nacional dos Trabalhadores em Saúde [...] que representa tanto a atividade fim, quanto a atividade meio... a gente tem uma luta diuturna, incansável, de mobilização, de busca pela qualidade do serviço, por condições salariais... todas as entidades: a Federação Nacional dos Enfermeiros, a Confederação Nacional de Trabalhadores em Seguridade Social, que é da CUT... as entidades de saúde têm um trabalho muito dinâmico... e [são] unidas... nós nos unimos porque essa bandeira é de todos nós, então a gente trabalha em união, nós temos o Fórum Nacional da Enfermagem, que debate as questões relacionadas aos profissionais de enfermagem, piso, condições de trabalho, dimensionamento de trabalho no SUS, repouso, descanso, intervalo entre a jornada...”

“[Em São Paulo], os administrativos são representados também pelo maior sindicato da saúde, que é a categoria preponderante, que é o SindsaúdeSP e é o sindicato que representa os técnicos e auxiliares de enfermagem e os agentes administrativos de hospitais...”

“Todos que trabalham na unidade de saúde são profissionais de saúde, nós [SintsaúdeRJ] não diferenciamos, nós nos organizamos por sindicato de ramo de atividade [...] a título de ilustrar, em São Paulo, o cara da manutenção era o presidente do SindsaúdeSP, maior sindicato do Brasil, então, não tem essa diferenciação entre nós, todos que trabalham na unidade de saúde são profissionais de saúde, nós não diferenciamos, nós nos organizamos por sindicato de ramo de atividade... até tem a presença de sindicato de categoria, mas é mais fraco, menos presente, o nosso sindicato é por ramo de atividade do nosso setor saúde, então é o trabalhador que trabalha no local de trabalho, independente do vínculo que ele tenha... e via de regra as representações são feitas por todos os trabalhadores... tem muitos dirigentes dos sindicatos que são administrativos, são do setor de manutenção das unidades e nós convivemos uns com os outros, convivemos bem.”

“A área de enfermagem tem um grande problema, que ela é toda dividida: enfermagem ensino superior, enfermagem técnica e auxiliar... e ainda tem uma

divisão entre técnicos e auxiliares... na mobilização em defesa do piso, a gente viu bastante isso: às vezes os técnicos eram contra o estabelecimento do piso, porque aí muitas das funções que eles exerciam, que não eram necessariamente para técnicos e poderiam ser desenvolvidas por auxiliares, eles tinham medo de serem substituídos pelos auxiliares... isso causava divisão dentro da categoria... e aí, acaba que você tem um sindicato muito grande, que é o Sindsaúde - SP, que atua, mas que não tem uma relação orgânica com a base... eles atuam predominantemente, dependendo dos interesses da categoria- e assim eles se mantêm - mas não tem uma relação orgânica com a base...

"[Os médicos contratados como PJ nos hospitais recorrem ao Sindicato] para resolver demandas pontuais, como por exemplo, uma ação de cobrança, no caso de calote; uma ação de reconhecimento de vínculo trabalhista, em casos que houve um abuso da relação de prestação de serviços... e a gente representa eles, a gente atende às demandas deles, a gente alerta eles sobre a questão do vínculo ideal pra fazer, mas acaba que [o Sindicato] não tem muita entrada nesse meio [dos PJs]... a gente tem uma atuação sindical com o pessoal CLT [...] que ainda predomina na atenção básica [...] e aí, principalmente nas campanhas salariais, principalmente resolvendo demandas de saúde ocupacional, de condições de trabalho, de assédio moral, etc... a atuação sindical dos médicos, hoje, no município de São Paulo, está principalmente voltada para a atenção básica, que é onde a gente ainda tem médicos celetistas... ainda assim, a categoria médica - e isso não é específico da categoria médica, mas é bem notável na categoria médica - é um tanto avessa à atuação sindical, a categoria médica tem uma dificuldade de se reconhecer como trabalhador, e isso é um aspecto ideológico importante do povo brasileiro, em geral, afinal de contas as eleições estão aí para mostrar pra gente qual que é o arcabouço ideológico do nosso povo, e entre os trabalhadores não é diferente..."

A gente [ACS] tem sindicatos em todos os estados brasileiros, mas nem sempre são [de base] estadual... nós temos como orientação da Confederação Nacional [a criação de] sindicatos regionais... a gente entende que os problemas são muito mais comuns dentro da região... a maioria dos sindicatos são regionais e, por isso, avançam mais... por exemplo, no estado de São Paulo, é um sindicato estadual... como pode um sindicato estadual dar conta de um estado tão grande quanto o estado de São Paulo?... mas são sindicatos puros da categoria, porque nós somos uma categoria diferenciada dos demais profissionais [...] a gente tem legislação própria, nós temos que morar na própria área de atuação... então, nós estamos disponíveis para o nosso "cliente" 24 horas por dia... a legislação diz que é oito horas, mas a gente não cumpre a legislação [...], e é por isso que a gente precisa de um sindicato puro dessa categoria, pra poder fazer esses encaminhamentos e ter condição de fazer o diálogo, a mediação, enfim, as reivindicações."

"[Em São Paulo], tem o Sindicomunitário, de base estadual, que está muito grande também, que contrata os agentes comunitários de saúde que são

celetistas, contratados, principalmente, das Organizações Sociais... inclusive, eles acabam sendo muito resistentes na nossa fala [defesa] de concursos públicos, porque o discurso das OSS é que o concurso público, a priorização do concurso público e a administração direta vai significar para os trabalhadores da saúde, em sua maioria, que são os funcionários das OSS, [a perda de] emprego... isso coloca o trabalhador da saúde contra uma boa parte do discurso em defesa do SUS... mas os agentes comunitários de saúde são muito mobilizados, muito próximos do sindicato, eles têm VR [Vale Refeição] e VA [Vale Alimentação]... na campanha salarial deles, eles têm um poder de barganha muito grande porque, de fato, eles são uma parte importante do serviço e eles são organizados.”

“O Sindicomunitário de São Paulo é de base estadual, mas não conseguiu ainda avançar... em alguns municípios, avançou, mas na grande maioria, não... a Grande São Paulo, pelo menos, é um problema muito sério [...] temos mais outros [sindicatos] lá pelo interior de Ribeirão Preto, mas a base estadual é mesmo do Sindicomunitário, que representa os agentes comunitários da administração pública e das OSSs

“Nós [SindsaúdeSP] temos uma mudança no nosso estatuto que está lá no governo federal, que é da nossa Carta Sindical, que estende pra poder fazer essa organização dos trabalhadores da Organização Social, porque nós entendemos que esses trabalhadores são tão explorados quantos os trabalhadores públicos... eles não têm culpa do sistema que eles trabalham, tem uma grande rotatividade, a gente entende tudo isso... Então, só que até agora não saiu e, por enquanto, nós estamos só com os trabalhadores públicos mesmo.”

“O nosso sindicato [SindCopsi] é um sindicato novo, ele está começando a andar... nós estamos no processo de aquisição da carta sindical [...] já estamos também articulados com entidades de classe, de federação, que nós vamos fechar, sim, e temos total interesse de fazer o primeiro acordo coletivo nessa transição que vai ocorrer agora da saúde indígena... O SindCopsi não é uma organização indígena, é uma organização sindical, e a gente batalha para deixar isso muito claro entre os usuários, que nós não temos interferência na organização política das aldeias, dos usuários... precisa-se melhorar o conhecimento dos trabalhadores dessa política nova pra eles, que é a organização política sindical da classe trabalhadora... precisa se investir muito nessa questão do papel sindical, do papel dos filiados, da corresponsabilização do filiado com a sua entidade de representação... fazer uma discussão envolvendo os trabalhadores sobre o papel sindical e o papel do filiado na luta pelo fortalecimento, a luta pelo direito das classes trabalhistas... ainda temos essa dificuldade, porque por ser também um sindicato nacional, com sede em Recife, a gente sabe que está muito distante fisicamente falando de alguns grupos... o SindCopsi tem como proposta a criação de delegacias distritais que se aproximem dos territórios distritais, aonde a saúde indígena acontece [...] a

gente tem que adequar e aproximar o nosso sindicato aos nossos filiados e aos usuários e trabalhadores que estão lá na ponta, a gente precisa ampliar esse espaço de mobilização nacional, incluindo trabalhadores que estão lá nos diferentes contextos.

“Existem pontos convergentes entre a área meio e a área fim, acho que a jornada de trabalho é um ponto comum a todo mundo... a questão dos tipos de contratação de concurso público é um ponto comum a todo mundo... agora, existem muitas coisas que são específicas e têm que ser trabalhadas de acordo com a individualidade [...] as políticas públicas [têm sido ponto comum] porque os sindicatos e os trabalhadores têm convergido nas suas pautas para além dos direitos trabalhistas – jornada de trabalho, número de trabalhadores, a questão da sobrecarga – nós temos as políticas comuns, por exemplo a não privatização das instituições de saúde, a não terceirização, aqui nós estamos com dois hospitais públicos que o governo do Estado está tirando os trabalhadores concursados para passar para a mão de organizações sociais... essa pauta é uma pauta comum, porque significa defesa da assistência pública e significa defesa do emprego público [...]”

Também se solicitou aos entrevistados que fornecessem informações que pudessem caracterizar o perfil dos trabalhadores da área da saúde, o que resultou nas seguintes declarações:

“O fato da gente ter uma diversidade muito grande de contratações, faz com que você não consiga trabalhar uma linha única pra criar um perfil que seja mais comprometido com o trabalho, com a assistência, com a prestação de serviço como um todo, cada um trabalha dentro da política da sua instituição e as políticas das instituições e os objetivos delas são diferentes: tem gente que está na saúde pra ganhar dinheiro [como o] prestador de serviço pro SUS, que não está lá pra prestar uma assistência com qualidade.. e o trabalhador age no dia a dia de acordo com o perfil da empresa dele... eu acho que isso tem criado diversos perfis diferentes de trabalhadores que estão dentro do sistema de saúde e que prestam serviço tanto com qualidade quanto com comprometimento diferenciado... eu sou da época que a formação acadêmica vinha das universidades públicas [...] a minha formação era em período integral... então, a dedicação, o conteúdo que nós tínhamos na graduação, e a cobrança de entender o sistema como um todo, de entender a política, o comprometimento, a importância de estar inserido nos movimentos políticos da comunidade era outra coisa... hoje as pessoas, os graduandos eles trabalham, ou à noite ou de dia, e fazem a universidade em outro período. [...] o trabalhador que tá lá no local de trabalho, muitas vezes, ele tá tão cansado, tão sobrecarregado que ele até quer se dedicar, ele até entende que o trabalho dele é importante, ele até quer dar mais, mas ele não consegue porque ele tá cansado, tá adoecido, ele tá sobrecarregado... também o fato da gente não ter uma valorização profissional faz com que os trabalhadores procurem outros vínculos de trabalho, ou formal

ou informal, e isso acaba piorando ainda mais a sobrecarga, sem contar que a nossa categoria na saúde, é majoritariamente constituída de mulheres [...] e são normalmente mulheres negras, periféricas, que vão para suas casas para cumprir a terceira jornada, que é cuidar dos afazeres domésticos, porque o cuidado, infelizmente, ainda é determinado que seja da mulher, cuidar dos filhos, lavar, passar, cozinhar, muitas vezes, cuidar de um pai ou uma mãe que é acamado, ou seja, a mulher da saúde, além dela se sobrecarregar no seu local de trabalho, ela acaba sobrecarregada nos cuidados da sua casa... então, é isso, o perfil de um trabalhador cansado, adoecido, exausto, desvalorizado porque ele não consegue ser visto nem pelo gestor local nem por aqueles que terceirizam o serviço... é visto simples e puramente como uma máquina que tem que produzir independente, e que é cobrado pela qualidade dessa produção.”

“Eu acho que uma das coisas que chama atenção na saúde é que a gente tem um público jovem... não sei se pela rotatividade, mas a gente tem muito jovem na saúde, na enfermagem, na odontologia, na fonoaudiologia... a gente tem uma juventude que, pelo menos, entra muito na saúde [...] se a gente fosse fazer uma pesquisa, eu acho que a média é de 40 anos pra baixo [...] talvez pela falta de concurso público, porque como não tem concurso público, a tendência de rotatividade é maior [...] seria muito importante se a gente tivesse as mesas de negociação, tivesse um salto de qualidade, porque a gente tem uma juventude consciente, aguerrida, lutadora... daria um bom caldo na saúde.”

“Você não consegue trazer o jovem pra se inserir na militância... ele está preocupado com a academia, em terminar a graduação e fazer mestrado e doutorado pra já começar a dar aula sem sequer ter passado pela assistência, sem experiência, que é outra coisa que a gente debate... e pouquíssimos são os jovens que, de fato, querem se inserir no movimento sindical... criou-se uma cultura - e ela tem se arrastado durante todos esses anos, mas eu acho que piorou muito durante a pandemia - junto ao jovem que sindicato é coisa de quem não quer fazer nada, que sindicato é pra tirar o dinheiro deles, principalmente depois do fim do imposto sindical e que sindicato não precisa existir... a gente tem no sindicato o período de fazer oposição à contribuição assistencial, os enfermeiros vão lá entregar a carta de oposição e forma-se uma fila quilométrica... a gente gosta, porque aproveita pra sindicalizar os enfermeiros... tem muita gente que a gente consegue sindicalizar porque não sabe nem o que é contribuição assistencial, e a gente vai explicando o que significa e como ela acontece, mas tem muita gente que diz ‘eu não quero saber de sindicato porque eu não preciso de vocês, porque o meu empregador já vai me pagar de qualquer forma, independente de eu ter sindicato, de ter convenção coletiva de trabalho ou não’... e mudar essa mentalidade é muito difícil... e essa inércia que as instituições sindicais, as entidades sindicais, as centrais sindicais tiveram no último período contribuiu muito pra multiplicar essa visão do jovem e isso tem esvaziado o sindicato...”

“O nosso quadro de trabalhadores a grande maioria são mulheres, temos 74% de mulheres que são guerreiras, que estão na luta sobrevivendo... os nossos trabalhadores têm a faixa etária de 40 a 60 anos... 40 anos são muito poucos... a grande maioria tem de 50 pra 60, pra cima... esse é o nosso perfil... a gente gostaria muito de mudar esse quadro e mudar esse quadro significa ter concurso público, que não se tem.”

“Na área da saúde, a gente tem uma questão de despolitização muito grande [...] eu não vou falar do Sul, porque eu acho que lá a formação, desde a base, não é tão ruim, mas na minha região Nordeste, a formação de base é péssima... o profissional sai ali do ensino médio, faz um curso técnico e ingressa no serviço de saúde... quando ele ingressa, ele quer ganhar dinheiro... aí, ele tem um, dois ou três empregos, ele não estuda... então, a gente percebe uma falta de conhecimento muito grande na escrita... não escrevem direito, se tem concurso público esse aí é um problema também porque a gente cobra muito concurso, mas quando tem eles não conseguem ser aprovados, porque eles não têm conhecimento, eles não têm tempo pra estudar, porque eles buscam só trabalhar... é um problema muito sério... a gente tem um problema muito grande voltado para o conhecimento, para a cognição [...] ainda bem que hoje é usado computador, para fazer a evolução do paciente... é feita no sistema, porque se tivesse que ser na caneta, ia ser muito triste, porque a gente percebe o pouco que alguns escrevem e se comunicam com a gente pelo WhatsApp, a gente percebe erros de grafia grosseiros, erros na comunicação muito ruim, o que requer, eu penso, ainda muita formação, muita educação no sentido de qualificar esses profissionais.”

“Do meu ponto de vista, não tem diferença [entre trabalhadores de gerações diferentes]... aqueles que já estão em final de carreira é a mesma coisa, pouco se preocuparam com a formação, com a educação... alguns, sim, alguns até ‘eu vou fazer um curso para tentar melhorar aqui, se eu sou técnico, eu quero ser enfermeira’, mas a formação é tão ruim porque ele não faz uma formação em uma faculdade pública, ele vai para um privado, e nessa privada, eu não sei como é que ele consegue obter a graduação porque, na maioria das vezes, a gente conhece profissionais que eles não sabem nem escrever, mas eles saíram dali com diploma de enfermeiro, de uma instituição de ensino superior privada... eu avalio como muito ruim, tanto os mais de final de carreira, os mais idosos, quanto os mais jovens... o jovem saiu de uma formação de nível médio, de base ruim, porque a grande maioria são pessoas de baixa renda, que buscam serviços em saúde... com exceção de médico, não é ninguém rico... geralmente são pessoas humildes, que veem na área de saúde um escape: ‘Ali é fácil de conseguir emprego, então eu vou buscar uma ocupação naquela área’... e aí ele não se preocupa muito com a formação... e isso é um grande problema porque ele também não consegue avançar...”

“O profissional que é estatutário tem um conhecimento melhor... a própria capacidade cognitiva dele, faz com que ele se sobressaia, ele estudou, se ele

passou no concurso, é porque ele tem capacidade pra isso... ele é o que cobra mais, ele tem um conhecimento maior, ele consegue deter mais informações, ele tem uma percepção mais aguçada do que aquele outro, que é terceirizado... é todo um diferencial... até a qualificação dele para exercer a função, exercer os trabalhos em saúde é melhor, porque ele tem mais conhecimento... e ele é aquele profissional que está melhor em todos os aspectos porque, como ele tem um salário bom, ele tem estabilidade, ele é aquele profissional que está com a cabeça, corpo e mente preparado para o SUS... é diferente daquele outro... é um pacto de mediocridade que se estabelece, um finge que paga e outro finge que trabalha... e aí é uma situação extremamente danosa.”

“O perfil do profissional de saúde é, em sua maioria, do sexo feminino, excetuando ainda na profissão médica, que ainda há forte presença dos homens... na enfermagem, majoritariamente são mulheres, quer seja no nível superior, quer seja de técnicos e auxiliares... os salários são baixos, via de regra... nas OSSs, os médicos ganham muito mais do que os médicos do setor público [...] no setor público, as profissões têm remunerações mais baixas, a faixa salarial é baixa, em via de regra, bem baixa no setor público todo... tem muitos profissionais de nível superior, embora exerçam atividades técnicas, tem muita gente que estuda e no meio do caminho consegue fazer nível superior... há, sobretudo na enfermagem, um fluxo da pessoa entrar numa unidade como técnico e no meio do caminho estudar e virar enfermeiro, mas há baixíssima ou nenhuma mobilidade no sentido de virar médico, praticamente não tem médico que advenha da enfermagem, por causa da dificuldade que tem de acessar os cursos de medicina... é algo muito difícil pra quem é pobre, sobretudo pra esses que atuam no sistema de saúde anos e anos, e não têm possibilidade de ascender, de virar médicos, por exemplo, ter acesso a um curso de medicina... muitas vezes, tem essa questão de virar enfermeiro de nível superior, ir pra enfermagem e fazer enfermagem no nível superior para virar enfermeiro... a gente tem as outras profissões de nível superior: psicólogo, fisioterapeuta, nutricionista, que também experimentam a mesma questão, que só quem é mais bem pago é o médico... entretanto, no setor público, ganha mal também, o teto é o médico, são os profissionais médicos e a gente nota que há baixíssima mobilidade do ponto de vista de ascensão, de oportunidade do trabalhador estudar, poder se formar e galgar outra profissão ainda que seja na área da saúde...”

“Os nossos trabalhadores são trabalhadores qualificados, que não têm nenhum incentivo do governo pra melhorar a sua qualificação, mas eles, por si próprios, procuram essas qualificações, continuam estudando... nós temos uma parcela grande de trabalhadores que estão com a idade avançada, mas eles estão muito atentos nessa questão da qualificação, eu acho que nós temos um quadro muito bom, que é uma pena que não são melhor aproveitados... o governo não tem esse olhar pra esse trabalhador... a gente tira pelos pesquisadores... temos uma gama grande de pesquisadores, de ponta, que estão lá encostados porque não tem verba pra trabalhar, dar andamento nas pesquisas, então, temos uma gama

boa de trabalhadores e trabalhadores bons e qualificados, mas que, infelizmente, ficam assim parados, que dá muita pena, muita dó, de ver, sabe, muitos com trabalhos maravilhosos feitos, mas que isso fica parado, por conta de verba que não chega... eu acho que os trabalhadores são muito bem qualificados, que poderiam ser muito melhor aproveitados, mas que, infelizmente, às vezes, eles ficam até esmorecidos, porque não tem incentivo nenhum [...] poderia ter aí incentivo do governo, tanto nas pesquisas quanto na qualificação desses trabalhadores... a qualificação eles fazem por eles próprios.”

“O mais forte que tem na área de saúde é o pertencimento das pessoas, eles fazem parte desse negócio, eles se dedicam muito à prestação de serviço... chega a comover a dificuldade estrutural que tem nas unidades de saúde e está lá a pessoa, tentando salvar vida, lutando, lutando pelas pessoas, para restabelecer a saúde das pessoas e isso é uma coisa muito forte e muito presente na vida do profissional de saúde, essa coisa de lidar com a dificuldade pra fazer saúde pública... você não faz melhor, muitas vezes, porque não tem os instrumentos necessários, não tem insumo necessário pra prestar um bom serviço pras pessoas... as pessoas ficam pelos corredores, em cadeiras, amontoadas, mas quem já teve a experiência de passar num hospital público, acho que em sua maioria, deve ter sentido o grau de acolhimento que aquele trabalhador dali passa pras pessoas... o grau de acolhimento que tem no sistema de saúde, o grau de empatia que tem um ser humano com outro, embora aquele ser humano que esteja lá trabalhando seja mal remunerado, maltratado, sem condições de trabalho, o grau de empatia que ele devolve pra sociedade é gigantesco e é algo comovente... são profissões que requerem muita coragem, muito empenho, e muito esforço pessoal... a participação dos trabalhadores da saúde nos sindicatos e nas entidades representativas é grande... o grau de filiação dos sindicatos do setor público já é mais alto do que no setor privado, e da saúde é bem grande a participação dos trabalhadores no sindicato, passa de 70% a adesão dos trabalhadores aos sindicatos... como tem muito conflito, muita dificuldade, os trabalhadores entendem que o sindicato está do lado dele pra brigar pelo seu direito, está mais presente... o sindicato está muito presente na vida da gente que trabalha na saúde.”

“Não se tem uma exigência para considerar todos os perfis [do trabalhador de saúde indígena] antes de entrar... eles vão se adaptando, vão se adequando a partir do momento da introdução antropológica, quando o DSEI recebe esse trabalhador... às vezes a gente se depara com um trabalhador que vai uma vez pra uma escala e quando volta não tem mais... eu acho que é uma forma de dizer: ‘ó, meu, eu não tenho perfil para isso... eu não tenho como me adaptar a essa realidade de estar dentro da Amazônia, de estar num lugar que não tem energia elétrica, que não tem comunicação, que eu não consigo me comunicar com a comunidade, que eu não sei entender o conceito de saúde’... a população indígena tem conceitos diferenciados de saúde... a saúde para os povos indígenas acontece na compreensão dos povos indígenas que praticam a saúde no contexto da interculturalidade de cada povo... às vezes, tem profissional que

é contratado e não permanece quando ele se depara com essa realidade... de fazer uma viagem de quatro horas, de cinco horas em um barco, e tem viagem que são dias para chegar em território indígena... se o trabalhador não gostar dessa forma de fazer, dessa estrutura que está disponibilizada pra ele, ele só vai uma vez e - chega - não volta mais... e a gente sabe que a falta de perfil influencia muito na tomada de decisão de sair, mas tem muitos profissionais que o perfil já se adequa a tudo isso que eu falei aqui, mas ainda não tá lá no edital que faz as seleções, que normatiza a seleção, não está lá como uma exigência a questão de ter o perfil, não está, e eu penso que a gente precisa, sim, escrever sobre isso, escrever sobre um perfil que o trabalhador se veja ali... dentro daquela estrutura do perfil necessário, que nós acreditamos ser necessário para, minimamente, deixar o trabalhador mais confortável no contexto onde ele trabalha... são desafios que precisam ser vencidos, mas nós estamos bem conscientes dessa necessidade que se tem.”

“Os chamados estatutários, que é o pessoal que é protegido pela Lei ou está sobre a égide da Lei 8112/90, é um pessoal que, mesmo que no ingresso no serviço público não tivesse uma determinada formação, no transcorrer da sua vida funcional, ele avança e ele vai buscar essa capacitação muitas vezes por sua própria responsabilidade... hoje, as pessoas têm mais oportunidade de ingressarem nas universidades, fazerem as suas graduações, pós-graduação [...] acho que tanto quem é do RJU ou quem tá em uma empresa privada, numa OSS, numa OSCIP [...] o brasileiro de uma forma geral, tem avançado buscando cada vez mais melhorar sua capacitação.”

“Nós temos, do ponto de vista formativo, profissionais com muito conhecimento e com muita capacitação que ingressam no sistema hoje... por outro lado, a gente também constata que as pessoas precisam se sentir motivadas a fortalecer os sindicatos.... talvez essa seja uma dificuldade que a gente enfrenta... nós precisamos fazer com que os profissionais que ingressam no sistema se sintam motivados a fortalecer as entidades sindicais de trabalhadores e trabalhadoras [...]”

Quanto à relação das entidades sindicais com a categoria e a mobilização dos trabalhadores da área da saúde, foram registrados os seguintes depoimentos:

“A consequência dessa gestão do SUS passa pela organização sindical, porque nós ainda não temos a consciência de classe, nós ainda estamos em construção diária [para o] trabalhador e trabalhadora compreender que a sua proteção está na sua organização, que o sindicato não é uma diretoria, que o sindicato é a categoria organizada, que indica uma diretoria, que escolhe uma diretoria... o sindicato é a categoria organizada... infelizmente, nós não temos essa consciência de classe construída, nosso trabalhador e nossa trabalhadora, na grande maioria das vezes, acha que se filiar ao sindicato é uma forma de perder emprego... ou que se eu tenho uma luta, a luta é delegada para alguns...[o

trabalhador pensa:] eu tenho um presidente, um vice-presidente, aqueles que estão lá no sindicato que tem que lutar por nós... uma das maiores batalhas da gente é a construção da consciência de classe, de que nós temos lado, nós somos classe trabalhadora e a classe trabalhadora trabalha por um projeto de sociedade, estado forte que dê conta da política pública de saúde para todo mundo... o outro lado é a classe dominante, é a elite, é o empresariado, é a burguesia que tem dinheiro pra pagar e não tá nem aí pra forma de investimento e de contratação ou de formação acadêmica de profissionais [...] nos últimos anos, foi uma atuação pesada para destruir a organização sindical... não conseguiram destruir a organização sindical porque ela transcende a vontade de alguns... a gente nasceu com homens e mulheres que lutaram antes de nós, construindo nossas entidades, hoje somos nós, amanhã serão outros e outras, porque essa disputa de narrativa, de projeto de sociedade é uma luta constante [...]"

"[...] a organização sindical tá pra dentro do limbo de contratações diferenciadas que acaba por consequência enfraquecendo a participação dos trabalhadores e trabalhadoras nas manifestações, nos espaços de luta pra melhoria da condição de trabalho, de salários... os sindicatos, muitas vezes, se sentem sozinho com a sua direção, quando vai pra manifestação, faz uma greve e não tem 20% da categoria que faz adesão à greve, querem os benefícios, mas a luta é difícil por conta da questão do medo, da perda do emprego, do medo do assédio moral que tem estado muito presente na organização da classe trabalhadora em saúde."

"Mobilizar hoje com os profissionais da saúde está extremamente difícil, porque você tem essa diversidade de contratos, tem a diversidade de empresas e você não consegue trazer o trabalhador, porque um está numa determinada empresa que trata de uma forma, o outro está numa outra empresa que tem outras regras, e às vezes, dentro de uma mesma instituição você tem dois, três, quatro contratantes... então, se você faz uma greve pelas pautas dos trabalhadores concursados, você não consegue mobilizar o pessoal do setor privado, porque eles são tratados como trabalhadores do setor privado... o que vale pra eles são as convenções coletivas de trabalho, as negociações coletivas dos sindicatos patronais do setor privado [...] e aí você não consegue fazer uma única mobilização... você tem a pauta do servidor, você mobiliza o servidor, mas a instituição continua funcionando, eles pegam aqueles trabalhadores que estão nas organizações sociais, colocam pra substituir o servidor que tá em greve, que está mobilizado [e] quem está nas organizações sociais, normalmente não faz mobilização porque, apesar de ter uma sobrecarga, o nível salarial desses profissionais é muito mais alto do que do servidor [...] esse trabalhador não vai fazer mobilização por mais que esteja sobrecarregado, que esteja sob pressão psicológica e física, ele não vai colocar em risco esse salário que ele ganha, a estabilidade, não a estabilidade [no emprego], mas a estabilidade financeira que ele tem, pra entrar num movimento... esse fatiamento das instituições do serviço

público do SUS fez com que as mobilizações deixassem muitas vezes de acontecer.”

“Fizemos muitas manifestações, mas voltadas mais pra categorias específicas... geralmente, a atividade meio, ela não tem esse condão, esse viés, não tem essa prática de manifestação... por pior que esteja a situação deles, eles não têm essa vivência e nem essa prática de manifestação, de mobilização e de greve... agora, a atividade fim, as atividades específicas, como a enfermagem, médicos e enfermeiros, tem, sim, manifestação, tem mobilização, tem greve... e muito recente a gente fez muitas manifestações pela aprovação do piso salarial da enfermagem, foram manifestações gigantescas nesse país, nos estados, algumas se concentraram em Brasília até que a gente conseguiu, hoje, chegar no lugar que chegamos... não estamos no melhor dos mundos, em razão do posicionamento do Supremo Tribunal Federal acerca da lei, mas, ainda assim, nos estados a gente está conseguindo fechar as negociações e conseguir que os trabalhadores recebam o piso, auxiliado pelo complemento do Fundo Nacional de Saúde... os trabalhadores do SUS, nesse quesito, estão bem satisfeitos.”

“Cada vez temos mais dificuldades [para a mobilização] [...] nós temos uma demanda muito grande por saúde pública do país e uma cobrança igualmente eficaz em cima disso, em cima desse serviço... eu já vivi experiências, por exemplo, de greve de 90 dias... hoje, já é uma coisa que a gente não consegue mais conceber... nós temos uma população onde a pobreza ainda é muito grande... nós temos uma sociedade que cobra serviços eficazes e aí a gente precisa, sindicato e sociedade, construir pactos no sentido de que tenham bom funcionamento dos serviços e que a sociedade se sinta atendida nos serviços que clama e que necessita.”

“Nós [os Agentes Comunitários de Saúde] somos uma categoria bem diferenciada... a gente avançou muito.... [conquistamos] três emendas à Constituição Brasileira, e a mais recente de 2022, em plena pandemia, em pleno desmoronamento da questão política, briga com o presidente... todo o orçamento da União comprometido por conta da pandemia, e a gente conseguiu aprovar uma emenda que garante um piso nacional não inferior a dois salários mínimos para um profissional que ganhava o salário mínimo... tudo o que a gente conseguiu de 2006 até aqui, essas três emendas, as leis garantindo insalubridade, a exigência do curso técnico pros agentes de saúde... conseguimos revogar duas portarias do Ministério da Saúde, que queria nos transformar todos em técnicos de enfermagem e a gente reagiu: 'nós somos agentes e vamos permanecer agentes'... todos esses avanços [foram] por conta das nossas mobilizações... as mobilizações dos agentes de saúde não são pequenas... quando se chama é no mínimo cinco mil que se coloca dentro do Congresso Nacional... agora, sempre pautado no diálogo, nós nunca fizemos uma mobilização que fosse agressiva, de quebrar nada, de desrespeitar qualquer governo que seja [...] a gente tem uma entrada muito boa dentro do

Congresso Nacional, nossa maior força é dentro do Congresso Nacional.. já derrubamos 13 vetos de um presidente, e isso, no diálogo, no convencimento, no bom relacionamento com todos os partidos políticos, porque a gente precisa de todos... o Congresso é 513 deputados e 81 senadores e eu não posso abraçar uma bancada só e deixar os outros', porque, se não, não vamos avançar... a gente tem esse bom relacionamento e esse bom entendimento, nós nunca decretamos uma greve nacional, não... em alguns estados, com alguns gestores mais acirrados, os sindicatos fazem essa pressão, mas enquanto Confederação Nacional, a gente sempre orienta: vamos pautar tudo no diálogo, porque a gente resolve mais fácil... e a gente tem avançado dessa forma... e é um sindicalismo diferenciado, porque antigamente você olhava pros sindicatos, e o sindicato era sinônimo de greve... patrão não gostava de sindicato... hoje, a gente consegue sentar... hoje quem são os nossos patrões são os gestores, a gente consegue sentar com o gestor, não balança a cabeça pra tudo, mas consegue avançar com argumentos.

“Os enfermeiros são uma categoria bem difícil de trabalhar, nós não conseguimos ter Organização por Local de Trabalho... alguns estados [em] que o contingente de profissionais e de tipo de contratação são menores, aí você consegue organizar... São Paulo é um estado que você não consegue, porque a diversidade de contratação e de empresas contratantes é tão grande, que você não consegue fazer Organização por Local de Trabalho... no município de São Paulo, 70% da assistência, da atenção básica, está na mão das organizações sociais e elas são fatiadas, uma parte está com uma OSS, outra parte está com outra, então, não dá, a gente não consegue fazer esse tipo de organização... e o estado vai na mesma linha... o município antes só terceirizava a atenção básica e agora está começando a terceirizar os hospitais, as autarquias também, só que como ele não consegue terceirizar a autarquia inteira, terceiriza setores... dentro do hospital do Tatuapé, por exemplo, tem a UTI que é terceirizada por uma organização social e tem o pronto-socorro que é terceirizado por outra organização social... dentro da própria organização, você vai tendo fatiamentos... isso impede qualquer tipo de organização de trabalhadores... até pra fazer uma mobilização e uma greve é difícil porque cada um tem um empregador.”

“O Sindicato dos Médicos na última gestão fez duas greves... foi ano passado porque a nossa convenção coletiva não estava sendo cumprida, não foi pago o retroativo que foi negociado em convenção coletiva... a convenção foi negociada com atraso e não foram pagas as diferenças devidas... greve de médico residente também, pelo reajuste, lá em 2020... foi, na verdade, uma grande ameaça de greve, aí entrou a pandemia desorganizou tudo e acabou que o reajuste veio em 2022, depois de uma gratificação... os médicos, a gente tem alguma peculiaridade: quando eles estão indignados, eles se mobilizam, devido à segurança do pleno emprego, eles têm uma certa segurança de atuar sem muito medo de perseguição, sem muito medo de ficar desempregado... no caso das mobilizações de outras categorias, a gente vê que é uma coisa muito menos orgânica porque o pessoal tem medo mesmo.”

“A mobilização [dos trabalhadores da saúde indígena] é permanente, o diálogo com os trabalhadores é permanente... nós fazemos lives aqui - como nós somos no Brasil inteiro - nós promovemos lives toda semana com grupos diferentes: do Amazonas, do Pará, do Mato Grosso... nós queremos ouvir... e aí se abre as discussões e a gente escuta os trabalhadores... é muito bom, porque a gente vê como é dinâmico a coisa assim, a gente vê também os diferentes contextos... é sempre muito bom ouvir os trabalhadores nos diferentes contextos onde eles atuam... e, anualmente, a gente realiza encontros, Encontro Nacional dos Trabalhadores [...] é um grande encontro [e] ele acaba servindo como intercâmbio entre os trabalhadores, que vai falar daquele que atua num contexto onde ninguém fala o português a quem está aqui no Nordeste, que desenvolve os mesmos programas em um público de mais fácil acesso, sem barreira linguística [...] a gente tem a oportunidade de colocar esses trabalhadores frente a frente e fazer uma discussão política muito importante dos trabalhadores e da gestão do trabalho da saúde indígena... se necessário fazer algum movimento que seja a favor ou contra qualquer situação que nos ameace, nós vamos fazer... estamos disponíveis pra fazer, assim como estamos disponível pra sentar com o governo pra discutir e sentar também com quem não é a favor... nós estamos dispostos a fazer o que for preciso pra melhorar a vida dos trabalhadores e das trabalhadoras da saúde indígena.”

Alguns dos entrevistados mencionaram a importância das Organizações por Local de Trabalho para a mobilização dos trabalhadores, a saber:

“Quando nós [SindsaúdeSP] fazemos a nossa eleição, nós já fazemos também a eleição de delegado sindical de base, que são as representações por local de trabalho... hoje, nós temos mais ou menos, uns 600 delegados sindicais de base espalhados no estado como um todo... a organização é por local de trabalho... e nós temos 43 diretores... são vários diretores no estado como um todo, pegando a capital, Grande São Paulo e o interior de São Paulo... no interior de São Paulo e também na Grande São Paulo, nós temos algumas subsedes, aonde ficam esses diretores... nós temos, trimestralmente - dependendo da demanda, porque, às vezes, é tão corrido, a gente gostaria de fazer mais reuniões, nós fazemos uma reunião com o Conselho de Delegado Sindical de Base, que junta todos... hoje, com a internet, ficou melhor para a gente se reunir, que pode fazer a reunião online [...] nós temos essas reuniões do Conselho, nós temos, geralmente, reunião da direção, fazemos planejamento... temos um Congresso, o Congresso do nosso sindicato é de três em três anos e nesse Congresso, chamamos trabalhadores, delegados sindicais e, lógico, a direção, e logo após fazemos um planejamento... esse planejamento é da direção para esses três anos e fazemos também esse planejamento regional... Nós temos os coletivos também dentro do nosso sindicato: o racial, tem o coletivo de mulheres, temos o coletivo LGBT... aliás, nós temos uma secretaria que cuida de todos esses juntos... e vamos fazendo reuniões, discutindo toda política, que, infelizmente... a gente sabe como é o racismo, a gente sabe como é tratado o LGBT, mas

tentamos implementar a política para que as pessoas consigam, pelo menos, se defender.”

“A composição das entidades sindicais [da base da CNTS] se dá com o delegado de base, delegados das unidades... às vezes o dirigente sindical tá liberado do exercício da atividade laboral para cumprir com o exercício da atividade sindical, às vezes ele não está ali no dia a dia, e é exatamente o delegado de base é que tem essa vivência e que leva essas demandas para os sindicatos... a mobilização [da base] nós fazemos através das reuniões dos conselhos de delegado sindical de base, nós fazemos assembleias nos locais de trabalho... os diretores regionais vão pra dentro das unidades, fazem assembleias [...] e trazemos as pessoas pra fazer a grande assembleia geral.”

“A Organização por Local de Trabalho talvez seja a grande sacação do fortalecimento do movimento sindical, e essa é uma bandeira que a CUT sempre defendeu... os sindicatos precisam se fortalecer a partir dos locais de trabalho, mas eu acho que nós não chegamos aonde deveríamos ter chegado [...] eu acho que são necessários mais passos pra que a gente possa avançar mais e, aí sim, consolidar os sindicatos nos locais de trabalho.”

Ainda no que se refere à atuação sindical, solicitou-se aos entrevistados que relatassem a dinâmica das negociações coletivas de trabalho no setor.

“O Sindicato dos Enfermeiros no estado de São Paulo firma negociação coletiva desde 1999, com os principais sindicatos patronais – SINDHOSP, SINANGE e Sindicato dos Filantrópicos... nessa época eram só três e dos três, nasceram 18... eles foram se redividindo, até para poder dificultar mesmo a negociação, até pra não ter mesmo que cumprir direitos coletivos para os trabalhadores, eles se multiplicaram e dividiram as suas bases, só que todos trabalham conjuntamente... se um sindicato como o SINDHOSP, que é do setor privado, fecha a negociação coletiva, você consegue ir fechando a negociação com os outros... se não fecha, os outros vão emperrando a negociação... e eles conversam entre eles, eles debatem entre eles... enquanto nós trabalhadores, a gente não consegue ter uma unidade pra negociar porque nós já tentamos e não conseguimos, os empregadores são extremamente unidos [...] são 18 sindicatos patronais, fora os acordos coletivos de trabalho que a gente faz direto com algumas instituições... esse é o fatiamento da saúde no estado de São Paulo...”

“Infelizmente as negociações hoje, tanto dos sindicatos que representam o setor privado quanto do setor público, a gente não tem tido avanços, está muito longe do que o que a gente preconiza que é um salário inicial [...] uma remuneração decente aos nossos servidores e servidoras... a maioria não tem conseguido, sequer, as reposições de inflação, ganhos reais e estão se apegando no piso

nacional como remuneração... e não tá contribuindo pra reduzir o número de horas trabalhadas, ou melhorar os locais onde trabalham nossos profissionais.”

“As entidades sindicais anualmente negociam para assegurar a reposição salarial dos trabalhadores pelos índices e pelos indicadores econômicos... geralmente, a gente utiliza o INPC como referência, mas não somente pela questão dos salários... nós trazemos no bojo das negociações coletivas também condições de trabalho... a gente trata muito do dimensionamento do pessoal de enfermagem [...]”

“[Os] trabalhadores terceirizados são regidos pela CLT, um regime celetista, e em sendo celetista, eles são signatários das negociações coletivas dos sindicatos...”

“A gente tem conseguido avançar [na negociação coletiva] no que diz respeito ao espaço de descanso... inclusive tem também objeto de um GT, que tem a participação também do Ministério da Saúde, que está discutindo com as entidades sindicais essa questão do espaço de descanso... o próprio Ministério também está discutindo conosco o dimensionamento do trabalho no âmbito do SUS... as questões salariais a gente tem conseguido repor o índice inflacionário do INPC anualmente... a maior dificuldade é de avançar no que diz respeito ao modelo de contratação... a gente não consegue mudar isso porque não depende do movimento sindical... é uma questão que depende única e exclusivamente de quem contrata, seja ele ente público municipal, estadual, a União... nós temos problematizado as consequências desse modelo, mas não depende de nós... a gente tem cobrado, fomentado isso, mas é uma questão que precisa mudar para que trabalho se torne realmente produtivo, se torne eficaz e que tenha um bom resultado, é preciso mudar... dar uma olhada nos modelos de contratação.”

“A negociação coletiva tem tido um papel importante dos sindicatos, considerando que, como não há intencionalidade por parte dos entes governamentais em fazer concursos públicos, eles acabam terceirizando a gestão pra entidades privadas que contratam CLT, no melhor dos casos... e essas empresas estão sendo levadas a fazer negociações coletivas... o que a gente tinha visto depois da Reforma Trabalhista é que [...] existe a lei, existe a Norma, e existe o que as empresas estão dispostas a fazer, considerando os riscos... eles fazem um cálculo de risco, eles não fazem a menor questão de atuar ao pé da lei, cumprindo a lei... a gente tinha normas para que a convenção coletiva fosse feita, e que a contribuição assistencial, que depois do fim do imposto sindical, é a principal forma de financiamento dos sindicatos, fosse descontada e paga, mas eles não aplicavam isso... quando eles aplicavam a negociação coletiva, eles não pagavam as contribuições assistenciais... não descontavam e iam pra Justiça, ficavam travando ou simplesmente não pagavam e ponto, mesmo que isso estivesse em acordo coletivo... essa realidade mudou de um ano pra cá, porque foi estabelecido um precedente jurídico - que nem é

exatamente sobre isso - mas como eles sentiram que a maré mudou, eles resolveram colaborar... então, todos os patronais, pelo menos aqui em São Paulo com os quais eu negocio, eles estão com uma preocupação de fechar convenções coletivas, até com uma certa pressa, uma certa disposição pra que não seja deixado um passivo pra base deles indeterminado... eles têm medo que, por mais que depois da Reforma Trabalhista o dissídio precise ser aprovado pelo patronal para ser aplicado, ainda assim, eles têm receio de que isso seja revisto... isso colocou numa situação de identificar que, se eles não fecharem a negociação coletiva, eles ficam com um possível passivo para ser pago no futuro... isso deixa eles em uma situação de insegurança, então, eles decidiram fazer negociação.. e aí a gente está numa situação que a gente conseguiu ter uma resposta de praticamente todos os patronais para os quais a gente mandou a proposta nesse ano e a gente conseguiu negociar pelo menos uma reposição salarial diante da inflação, INPC, mas a gente ainda tem muita dificuldade em negociar com cláusulas sociais.”

“A negociação coletiva de trabalho no setor público é quase uma miragem... a gente tem muita greve, muita greve, pouca negociação coletiva, até mesmo porque nunca foi regulamentada no Brasil a negociação coletiva no setor pública... nunca foi regulamentada a Convenção Internacional da OIT 151, que prevê a possibilidade dos servidores públicos terem, de fato, direito à negociação coletiva... isso nunca foi feito... então, a gente tem muita greve, e greve, inclusive, para ser recebido pelo gestor, o que não deveria ocorrer... as relações não são muito democráticas no âmbito do sistema no que tange à negociação dos direitos dos trabalhadores... no quadro geral a gente tem greve pra abrir a negociação, greve para negociar, e como não tem regulamento - não tem regulamento, mas a própria sociedade impõe a sua realidade - a realidade é fazer greve pra poder negociar... a gente tem negociação, embora a gente não tenha negociação coletiva propriamente dita, que essa precisaria de regulamentação... o primeiro instrumento pra negociar no setor público no Brasil é a greve, que tá errado... na verdade, deveria ser o último... mas como sequer somos recebidos pelos gestores, os gestores só conhecem uma forma de entender as coisas, que é com a greve, e isso é uma realidade pelo Brasil afora... a gente tem muita dificuldade em estabelecer uma relação de trabalho mais organizada por conta disso, que é a ausência de norma que assegure ao servidor público o direito de negociar... acontecem as negociações, acontecem... mas talvez seja o setor que mais acontece greve no setor público é na saúde.”

“A Constituição Federal de 88 assegurou o direito à sindicalização do funcionalismo e, em decorrência, o direito de greve, mas que nunca foi regulamentado e menos ainda ficou assegurado o direito à negociação coletiva... isso, a meu ver, é um grande entrave... como é que você discute uma mesa de negociação se não está assegurado para aquele setor o direito à negociação? [...] o Brasil subscreveu a Convenção 151 da Organização Internacional do Trabalho, mas que até então não foi regulamentada [...] não [se] vai conseguir avançar se efetivamente não houver assegurado o direito à negociação

coletiva... e, se a nível central não tem, imagine o que significa isso nos estados e nos municípios... fica muito mais grave... então, dependendo do entendimento, da compreensão do governador ou dos prefeitos e prefeitas, muito pouco se avança nessa questão.”

“Na maioria do Brasil, nós temos a nossa organização sindical que faz as negociações [coletivas] e que tem avançado... em outros estados do país, que não evoluíram nesse sentido, sofrem bastante... na região Sul, Sudeste, nós temos uma dificuldade muito grande... por exemplo, nós temos uma legislação que é clara, que diz que o ingresso na função, tem que ser por concurso público... no entanto, em São Paulo, em Minas, a maioria são OSSs, OSCIPs [...] no Nordeste, dificilmente você encontra esse tipo de contratação, porque os sindicatos não permitem que isso aconteça... a gente senta, dialoga, discute... tem mesas montadas de negociação... [são mesas] de negociação com os sindicatos... a gente tem o diálogo com os nossos gestores de forma bem tranquila e mesas de negociação propostas pelo próprio sindicato pra gente garantir minimamente os direitos dos profissionais agentes de saúde e combate às endemias...”

“É urgente a necessidade que cada sindicato tem de construir [a negociação coletiva de trabalho] junto aos seus trabalhadores... não dá só pra gente chegar do outro lado da mesa e sentar pra discutir um acordo... eu avalio que a necessidade maior é, primeiro, construir junto aos trabalhadores o que é que eles querem, qual é a necessidade, quais os anseios dos trabalhadores, e que esses trabalhadores autorizem os sindicatos a tratar da vida de cada profissional... às vezes, o que é bom para um trabalhador que está numa determinada região, não é bom pra outro que está em outra área de mais difícil provimento, de mais difícil condições de trabalho, de logística complexa... e a gente precisa construir isso... e quando chegar o momento de um acordo coletivo, o sindicato tem que ser um conhecedor da realidade... eu penso que uma das vantagens de ter o sindicato construído com os trabalhadores de base é isso: o conhecimento de onde esses trabalhadores atuam, quais são as maiores dificuldades que esses trabalhadores enfrentam... e chegar a fazer um acordo justo aonde os trabalhadores se vejam na discussão de uma mesa, entre gestão e sindicato, para que eles se vejam contemplados nas suas mínimas necessidades [...] a gente precisa que o sindicato também seja apropriado das informações aonde se dá as relações de trabalho - não só as relações de trabalho, mas principalmente onde se dá os processos de trabalho, que é dentro das unidades hospitalares, dentro dos grandes hospitais, que precisa ter esse olhar humanizado de uma saúde humanizada para o trabalhador e trabalhadora, a saúde e a segurança do trabalhador tem que ser prioridade dentro de um acordo coletivo de trabalho.”

“Eu penso que o acordo coletivo de trabalho precisa trazer a real situação... não adianta só a gente pensar em pactuar com o gestor a questão financeira, se não pactuar o que envolve a vida do trabalhador, que é a própria saúde do

trabalhador, a educação, as condições de trabalho e a questão das melhorias... sejam salariais, sejam estruturais [...] eu acho que também é uma das coisas que deve ir para o acordo coletivo é que o trabalhador disponha de estruturas dentro das unidades, dentro dos espaços onde ele possa descansar e que seja respeitado o descanso dele na escala de trabalho, para que ela torne suportável para ele poder desenvolver o trabalho[...] mas, dentro do acordo coletivo, ele precisa estar acertado ali como esse trabalhador deve ser tratado pela gestão, pela gestão pública de saúde... ele tem uma responsabilidade muito grande... eu acho que um dos primeiros requisitos que o sindicato tem que cumprir é conhecer aonde esse trabalhador atua [...] onde ocorrem os processos de trabalho envolvendo essa pessoa... quando o sindicato conhece, ele tem mais chance de acertar... e isso é extremamente importante... e o diálogo permanente que ele deve ter com os trabalhadores... ele não pode só chegar achando que o trabalhador pensa isso ou aquilo... antes dele ir para uma mesa de negociação, ele tem que ir para uma mesa de discussão pra ouvir os trabalhadores e as condições aonde estes trabalhadores estão...”

“As terceirizadas apareciam [para negociar] de vez em quando, com sindicatos de categorias isoladas... local, regional, porque o único sindicato nacional é o da saúde indígena... [as empresas terceirizadas] andaram fazendo alguns acordos com sindicatos de base, que servem pra aquela base, não servem para o nacional... nossa pretensão, enquanto SindCopsi, é fazer o nacional para contemplar toda a categoria da saúde indígena e pegar todo o território nacional... agora, nessa última tentativa de fazer isso, a gente conseguiu fazer toda a mobilização a nível nacional, publicação dos editais, que eu acho que agora vai avançar; e se não der tempo de fechar, a gente já está engatilhando a filiação a uma confederação que vai poder fazer.”

“A CNTSS tem funcionários do setor público, mas também do setor privado e de categorias [...] então, não é uma situação linear e não é igual pra todo mundo... a gente acompanha de acordo com a demanda... nós temos Confederação do setor privado, sindicato do setor privado, sindicato de categorias, caso de psicólogos, de assistentes sociais, enfermeiros, e nós temos também o sindicato do setor público... são realidades diferentes que precisam de respostas e de acompanhamento diferentes.”

“São muitas as dificuldades [para as negociações] ... gestor que não quer negociar... gestor que se recusa a receber o sindicato... é a mobilização, é a organização, é a pressão dos sindicatos e seus trabalhadores, seus filiados que vão fazer com que, em cada momento, a realidade seja uma ou seja outra... é a pressão diária.”

“Nós [SindsaúdeSP] temos uma data-base que é dia 01º de março... a gente pega todas as nossas reivindicações, fazemos um estudo com o DIEESE pra ver a questão da alimentação, se o governo tem verba ou não tem, faz todo um

estudo em cima disso com o DIEESE, fazemos uma pauta muito rica e entregamos para o governo... mas sempre entregamos dia 1º de março e isso leva o ano inteiro pra se discutir... não temos os acordos coletivos de trabalho, se tivesse, talvez facilitaria muito a nossa vida e dos trabalhadores [...] então, ficamos à mercê da boa vontade do governo, de negociar, ou não... a gente fica insistindo o tempo todo, mandamos ofício, fazemos ato, fazemos assembleia na frente da Secretaria da Saúde, fazemos vários atos pra poder chamar atenção... e assim mesmo... nós temos uma Mesa na CRH, que é a Coordenação de Recursos Humanos, que é mensal... mas avança muito pouco, porque eles não têm o poder de governo pra poder avançar, inclusive, nas nossas pautas de reivindicação... quem tem o poder seria o secretário, e pra falar com o secretário [...] é a coisa mais difícil... no ano passado, nós tivemos algumas conquistas... eu acho que foi boa a negociação do ano passado... e ficou no final do ano pra se resolver a questão do tíquete [alimentação]... o nosso tíquete é 12 reais, para você ter uma ideia... com muita conversa na Assembleia Legislativa, junto com o Secretário, eles entraram num consenso que no início do ano sentariam com a gente pra poder destrinchar essa história do tíquete... até agora [agosto de 2024] nós não sentamos com o Secretário da Saúde... e estamos lá, brigando [...] é dessa forma que eles nos tratam... é o tempo todo isso... entra governo, sai governo, é o mesmo... nós temos várias mediações no Ministério Público do Trabalho, porque quando chega no limite de não conseguir a negociação, a gente vai para o Ministério Público para uma mediação pra poder avançar um pouquinho.”

Depoimentos sobre os demais princípios da NOB/RH-SUS

A pesquisa buscou também levantar informações e opiniões dos entrevistados sobre os demais princípios tratados na NOB/RH-SUS, a saber: educação permanente, financiamento para o trabalho, Plano de Cargos, Carreiras e Remuneração (PCCR), Planejamento Estratégico da Gestão do Trabalho, mesas de negociação no SUS e participação dos trabalhadores nos Conselhos de Saúde.

Plano de Cargos, Carreiras e Remuneração - PCCR

Foi consenso entre os entrevistados a importância da implantação de Planos de Cargos, Carreiras e Remuneração para os trabalhadores do SUS, de modo a promover igualdade de condições. Deve-se ressaltar que alguns dos depoimentos são de dirigentes sindicais representantes de categorias profissionais que já têm Plano de Carreira instituído e outros, não.

“A gente vem brigando muito pelo PCCR, mas, infelizmente, não temos nada, nada, nada... tem uma discussão no governo federal da carreira do SUS, que eu acho importante, não sei se vamos conseguir porque a conjuntura lá também é complicada e difícil, mas talvez seria um caminho essa carreira do SUS, porque aí não ficaria aquela coisa de um a um: 'olha, hoje nós vamos ver os psicólogos,

amanhã a gente vai ver uma carreira para os médicos'... era uma carreira única pra todo mundo... seria ótimo, mas, infelizmente, nós não temos nada sobre isso."

"Os níveis de contratação diferenciados também levam a jornadas diferentes, a salários diferentes, e isso cria uma disputa interna do ponto de vista dos próprios funcionários, então, pela carreira única do SUS, discutir que essa carreira dê cobertura pra todos os trabalhadores e trabalhadoras do SUS, eu acho que é muito importante e que certamente isso vai assegurar, minimamente, uma isonomia entre os trabalhadores e trabalhadoras do setor."

"Precisamos discutir um Plano de Cargos e Carreiras e Salários para trabalhadores do SUS, pra que eles possam ter, além das condições ideais de trabalho, terem também a remuneração e salários dignos."

"[O PCCR] é o sonho de todo trabalhador que ingressa na saúde, que ingressa... no serviço público... é extremamente importante, porque, às vezes, a oportunidade de melhorar a graduação vem depois que você já está inserido, [quando] você tem mais oportunidade de acessar, fazer uma pós-graduação ou até mesmo a formação e graduar uma outra formação... e ter essa progressão enquanto política pública dentro da estrutura governamental, que a gente possa ingressar num plano de cargo, salário, carreira é o grande sonho de todo o trabalhador e eu acho extremamente positivo que se implante todas as carreiras para contemplar todas as profissões que nós temos na saúde do país."

"O dispositivo [da NOB/RH-SUS, sobre a criação de PCCR] visa ser uma orientação para que possa ser implantado pelos estados e municípios e até na própria União [...] mas, de fato, avança-se pouco, dado o grau de precarização das relações trabalhistas que se tem... onde tem estatuto próprio pro servidor, existe a possibilidade de ter algo parecido com plano de carreira, [mas] poucos são os planos de carreira de fato, porque a gente tem uma limitação até imposta pela própria Constituição, a inserção funcional, a possibilidade que alguém entrasse nos níveis mais baixos de uma tabela salarial e pudesse mudar e ascender a outras profissões, a outros níveis de escolaridade... isso hoje não cabe na nossa Constituição... mas é preciso aprimorar o debate sobre plano de carreira no Brasil, especialmente para esse setor, que é um setor que não pode e não deve ter alta rotatividade de mão de obra, dada a necessidade de se ter expertise das pessoas para atuar na proteção da saúde da população e da sociedade... a gente precisa evoluir para ver a boa formação das pessoas... e não tem formação que se concretize que não tenha a prática do exercício da profissão com segurança, e a gente acaba não experimentando, muitas das vezes, em razão da precarização do trabalho e do próprio valor baixo que se pratica para os salários da área de saúde no Brasil."

“[o PCCR] é importante, porque a partir do momento que se estabelece esse plano, a gente começa a dar condições para que os trabalhadores estejam numa condição salarial igual... porque o trabalho é igual, então, o valor do trabalho não pode ser diferenciado... um profissional do SUS, um enfermeiro, um técnico de enfermagem, por exemplo, cada profissional ingressa nesse serviço de uma forma diferente, então, cada um tem uma condição diferente a ser tratada... por isso, é que não dá pra gente continuar mantendo esse modelo de terceirização... isso é muito precário... você sabe que, inclusive, uma das razões da precarização do trabalho é exatamente esse processo de reposição por meio da terceirização pelos estados e municípios [...]”

“Existe um mito no país de que nós somos muitos servidores, de que nós ganhamos muito e trabalhamos pouco [...] mas quando você presta concurso público, já sai [...] da regra celetista, que é a regra de contratação, de Fundo de Garantia, de seguro-desemprego... essa regra não nos serve mais [...] nós não temos mais aqueles direitos preconizados na CLT [...] então, é um mito dizer que ganha muito[...] e nós vamos ter outra regra, que é o Plano de Cargos, Carreiras e Salários [...] [que prevê] a forma de entrada, tem a forma de avaliação, tem a forma de rendimento, que é a parte da carreira... então, ao longo do tempo de serviço, quanto mais tempo eu me dedicar, [mais] eu me diferencio de quem tá entrando agora [...] quem tem dez anos, tem uma carreira que vai valorizar, tem uma formação e essa formação que vai qualificar, vai ter um ganho remuneratório na carreira, que é esse o Plano de Cargos, Carreiras e Salários que vai nos diferenciar e vai estimular que no serviço público eu possa, realmente, ter uma formação acadêmica, formação, graduação, pós-graduação, pós-mestrado, pós-doutorado, pra que eu me qualifique e ofereça um serviço cada vez mais de qualidade para quem recebe o serviço das minhas mãos [...] a carreira vai me dar algumas outras vantagens dentro da regra trabalhador e trabalhadora e que não é uma regra solta, ela é ligada a uma prestação de serviço... por isso, é Plano de Cargos, Carreiras e Salários porque tem, principalmente, três pontos: que é a questão do tempo de serviço, que é o tempo que você fica prestando serviço ao ente público; é a formação continuada, que são as horas de aperfeiçoamento que você faz ao longo do serviço; e a formação acadêmica, que dá um diferencial de quem tem formação nível médio e quem tem formação de nível superior [já que], a cada grau desse tem um investimento... e tem ainda um quarto, que é a avaliação de desempenho [...] a partir da forma como você atua, como você faz os procedimentos, como você cumpre determinadas metas que são necessárias - como a vacinação, o combate às epidemias [...] não [é] a meta que adocece, mas a meta que visa à avaliação, reavaliação, novos procedimentos, novos investimentos, que é o que eu falo de rede [...]

“Algumas coisas acabam ficando pelo caminho... uma delas é o Plano de Carreira... uma coisa que está dada hoje é que a gente não tem carreira no SUS... o que existe é a possibilidade de ser indicado para um cargo comissionado de gestão, eventualmente, se você tiver um tempo em

determinado serviço e for próximo da gestão, for próximo do governo, conforme muda-se o governo, mudam-se os cargos comissionados... os servidores de carreira são poucos.”

“Hoje, nós que corremos, resolvemos a nossa situação e nos efetivamos e estamos com Piso Nacional, temos nosso Plano de Cargos, Carreiras e Salários votado e aprovado... tem agente de saúde na minha base que ganha 10 mil reais por conta do plano de cargos e carreiras.”

Planejamento Estratégico da Gestão do Trabalho

Também se solicitou aos entrevistados que discorressem sobre o Planejamento Estratégico da Gestão do Trabalho. Destacam-se, a seguir, alguns depoimentos e reflexões sobre o tema, que reconhecem a importância desse planejamento e revelam sua inexistência.

“O planejamento estratégico visa exatamente o trabalho de rede... o que eu quero com a saúde daqui a cinco anos?... qual é o diagnóstico atual?... e com o diagnóstico atual, qual é o investimento e em que a gente vai investir pra daqui a cinco anos a gente ter outra realidade?... quando não se faz planejamento, quando a gente não faz esse olhar estratégico, a gente só faz... essa é uma teoria dos municípios dos erros cometidos: só fazem... querem o aumento das verbas da saúde do governo federal para os governos municipal e estadual... pedem muito dinheiro, mas sem previsão de continuidade e de estratégia... a gente tá sempre investindo no tratamento [e é] sempre adoecimento, adoecimento, amplitude do adoecimento, ressurgência de coisas que já havíamos combatido praticamente... por quê?... porque o planejamento estratégico vai pra além do tratamento, vai pra prevenção... e prevenção também tem a ver com a questão ambiental [...] [se] tem um esgoto a céu aberto na frente de uma unidade de saúde [...] se não tratar, as pessoas vão continuar tendo virose, problemas de estômago [...] e aquele determinado investimento vai ser sempre insuficiente, tanto nos profissionais quanto em tudo que se faça [...] as nossas prefeituras é muito 'apaga fogo', é muito 'pega o dinheiro', investe aqui, é muito moda... é muito 'agora vamos investir nessa campanha', a moda da campanha... não é planejamento estratégico...”

“Na maioria das vezes a gente tem tido oito anos de um determinado mandato de um mesmo prefeito [...] eles terminam o seu oitavo ano de mandato e não existe um trabalho de rede naquela saúde, a ponto de que o outro que entra desestrutura tudo, modifica, inclusive o organograma de uma Secretaria de Saúde... quando você muda o organograma de uma Secretaria de Saúde, é porque você não tem rede, você não tá trabalhando com planejamento estratégico... se você tá trabalhando com planejamento estratégico, você já tem

diagnóstico de um tempo, avaliação do diagnóstico, reavaliação, reestruturação... e a gente não tem isso.”

“O Brasil tem uma saúde com os custos altamente federalizados... a gente tem lá o 'Mais Médicos' que são integralmente pagos pelo governo federal, nós temos aí o piso da gente [ACS] totalmente pago pelo governo federal, temos aí agora o piso da enfermagem todo pago pelo governo federal... entretanto não existe um planejamento de gestão do trabalho que permita operacionalizar um melhor funcionamento dessas gestões de trabalho, em razão até por conta do pacto federativo que a gente tem no Brasil... e a gente acaba não conseguindo ter uma integração interfederativa melhor, que pudesse garantir o planejamento estratégico de utilização dessa força de trabalho no âmbito do sistema de saúde.”

“Por enquanto, não temos [planejamento estratégico da gestão do trabalho] ... eu gostaria muito de ter e melhorar essas condições, mas nós dependemos do governo... lutar e fazer as coisas chegar até o governo, nós fazemos, mas o que falta é vontade política... eles não querem, a gente fica de mãos amarradas.”

“Embora tenha avançado o debate [sobre planejamento estratégico da gestão do trabalho, [a aplicação] não evoluiu muito”

“Precisa ser ampliado esse debate sobre o plano estratégico da gestão do trabalho, envolvendo os trabalhadores do SUS... a gente sabe que dentro da Secretaria de Gestão do Trabalho se discute permanentemente sobre o trabalhador... eu sei que tem acontecido vários seminários, vários encontros, é uma pauta permanente... mas o envolvimento do trabalhador de base é muito tímido, dadas as distâncias mesmo desse país, as dificuldades de acesso... mas a gente sabe que é extremamente importante...”

Educação Permanente

Muitos dos entrevistados discorreram sobre a educação permanente, avaliando-a e ressaltando sua importância.

“A questão da educação permanente é fundamental... o sistema de saúde muda todo dia, no sentido de novas tecnologias, de novos vírus, inclusive, novas bactérias, novos agentes que trazem adoecimento para a população... a gente tem enfrentado diversas adversidades, não só na questão de novos patógenos, mas também [...] de desastres por conta das mudanças climáticas... e é fundamental que o Brasil estabeleça um plano de capacitação permanente desses profissionais que estão na assistência [...] a gente percebe que os profissionais não estão preparados para este tipo de atendimento, eles não estavam preparados para a pandemia... é a própria mudança do clima que fez com que a dengue avançasse tanto neste último período e que matasse tantas pessoas e contaminasse tantas pessoas... [isso] demonstra que há um

despreparo dos trabalhadores que estão na ponta, porque não conseguiram dialogar com a população [sobre a] necessidade que é cuidar das suas residências, fazer todas aquelas ações preventivas pra não ter tanta transmissão de dengue, e acho que isso demonstra o nosso despreparo [...] [além disso] dentro da capacitação, da qualificação permanente dos trabalhadores, nós também temos que trabalhar essa parte do lado psicológico, principalmente para o enfrentamento de pandemias, catástrofes, ou seja, dessas adversidades que vão aparecer, que vão continuar aparecendo, com uma frequência maior daqui pra frente e que hoje os trabalhadores não têm esse tipo de preparo... é fundamental [...] a necessidade da qualificação e capacitação dos profissionais.”

“A educação permanente dos trabalhadores da saúde não acontece assim como deveria... é muito, muito precária ainda, muito tímida a formação... mas é um caminho que começou a ser trilhado e que eu acho que é importante que aconteça numa proporção maior... esses recursos para a saúde precisam existir porque é necessária a qualificação... a saúde é bem dinâmica, todo dia é uma modificação, é uma doença nova, é a mudança da tecnologia aplicada no serviço de saúde... a gente não pode ficar estagnado no serviço de saúde, sem preparo... e aí se o trabalhador não tiver um investimento nesse sentido de qualificá-lo para exercer a função dele, é muito complicado... o resultado negativo disso vai resultar lá na assistência de saúde, no próprio paciente, usuário do SUS.”

“A educação permanente é essencial... você não pode ter uma equipe de profissionais que não têm a atualização do conhecimento, é fundamental que essa equipe, que esses profissionais, eles tenham seus conhecimentos atualizados... você não pode contratar através de qualquer mecanismo emprego público, concursados que seja, e deixar que esses funcionários ‘contratou, vai pra lá, fica lá’... eles têm que ter a atualização permanente do sistema e das funções que eles desempenham também... a educação permanente é essencial na boa administração e no bom desempenho dos trabalhos dos serviços prestados.”

“Não há ainda de fato um programa de formação permanente... a gente tem algumas experiências... teve o Profar [Mestrado Profissional em Assistência Farmacêutica], teve o Proformar [Programa de Formação de Agentes Locais em Vigilância em Saúde], tem agora o 'Saúde com a Gente', que é o processo de formação dos agentes comunitários de saúde e agentes de combate a endemias... nós temos as escolas técnicas de saúde espalhadas pelo Brasil... mas, a exemplo do que aconteceu no último período, foram pagos bilhões de reais para uma Universidade Federal do Rio Grande do Sul, fazer uma formação, a toque de caixa, dos agentes comunitários de saúde, dos agentes de combate às endemias no modelo de EAD [Educação a Distância]... uma universidade do Sul do país formar os profissionais do Brasil inteiro, milhares de profissionais... esse processo de formação permanente da área de saúde ele meio que não

funciona bem, falta integração entre as escolas e falta, de fato, a instituição de uma política que leve uma formação permanente para essa força de trabalho.”

“A política do SUS hoje ela é dinâmica... são muitas áreas, são muitas frentes e nós precisamos de adaptações todos os dias pra trabalhar os princípios do SUS... se você trabalha na gestão, você precisa da atualização das normas, das legislações, das portarias, que é dinâmico, cada dia é algo novo: é mudança de lei da licitação, tem muitas mudanças [...] [e] o trabalhador precisa se adequar à realidade... e quando não ocorre essa formação, a gente também se perde [...] se a gente está na área que trata da regionalização, que a gente trata da questão das outras esferas, da participação, a gente também se perde, meio que no contexto político da coisa, então, a gente precisa de dessas adequações também pra atender bem as esferas nos três níveis de governo [...] é muito complexa essa hierarquização dentro da estrutura do SUS... a gente recebe gestores que também têm dificuldade de falar da saúde, que também têm dificuldade por não conhecer o SUS... são cargos políticos, são cargos que envolvem a política partidária, nem sempre é a política do SUS e a gente que está ali, o profissional, o servidor que está ali, ele precisa muitas vezes entender bem de todo esse contexto para ajudar o gestor... isso é bem comum, principalmente aqui pra nós [...] então, não só o trabalhador, mas os gestores também precisam passar por esse processo de educação em relação ao SUS.”

Mesas de negociação do SUS

Outra questão abordada na NOB/RH-SUS é a implantação de mesas de negociação para a regulamentação das normas que devem reger o trabalho na área da saúde pública. Indagou-se aos entrevistados sobre sua opinião a respeito dessas mesas.

“A Mesa de Negociação Permanente é uma diretriz da Mesa Nacional de Negociação e tem em diversos estados implantada, tem muitas que foram desarticuladas no último governo [...] agora nós estamos na Mesa Nacional de Negociação Permanente tentando retomar as mesas locais e estimular as mesas estaduais e locais para as que existem começarem a funcionar efetivamente, porque elas funcionam, mas não resolvem... para ter maior resolutividade... as mesas que existem e que estão paradas, [fazer] o pessoal retomar, e aonde não existe, tentar fazer com que as pessoas se estimulem pra criar novas mesas de negociação permanente... é óbvio que Mesa de Negociação Permanente no serviço público não é fácil, primeiro porque tem diversidades de sindicatos na bancada dos trabalhadores e nem sempre esses sindicatos são da mesma Central [Sindical], nem sempre esses sindicatos querem, de fato, um cooperar com o outro, não entendem que a luta do trabalhador é uma só, cada um acha que a sua luta é mais importante... conseguir construir o conjunto da bancada de trabalhadores pra dialogar com os gestores, não é fácil, mas a gente tem trabalhado muito no sentido de buscar unidade... São Paulo é um exemplo de

Mesa de Negociação Permanente com a prefeitura de São Paulo, em que tem sindicato de médicos, sindicato de enfermeiros, SINDSERP [Sindicatos de Servidores Públicos] que é os municipais, tem sindicato do setor privado e que a gente tem conseguido tirar uma pauta única pra trabalhar com a gestão... o problema é que a gestão aqui não responde... a gente pauta, a gestão não responde [...] aí vai aquela briga, mas tá funcionando... seria extremamente importante que tivesse Mesa de Negociação Permanente em todos os setores, em todos os lugares... é um problema nos municípios pequenos, porque onde não tem sindicato de servidores, os trabalhadores acabam eles mesmos tendo que fazer a luta, e aí nem sempre eles sabem como fazer e muitas vezes acabam desorientados e se expondo diante da gestão... aí a gestão não demite porque é servidor público, mas persegue aquele trabalhador que vai lá reivindicar [...]”

“[A Mesa de Negociação Permanente] é um dos pontos mais difíceis pra gente alcançar... nós terminamos um grupo de trabalho que foi o GTI [Grupo de Trabalho Intersetorial] formado a nível nacional, paritariamente, por representantes das centrais sindicais e do governo, dos ministérios mais importantes (da Gestão, do Trabalho, da Casa Civil)... a gente ficou basicamente oito meses construindo uma proposta de negociação coletiva - pra saúde, mas [também] para o setor público como um todo, porque [...] a gente [do setor público] tem o direito de se organizar em sindicatos, a partir de 89, mas não de negociação coletiva... e isso é uma perda bastante grande, porque quando você não tem mesa de negociação, você não tem a ponte entre a base e quem administra, que é ponto fundamental para a gente poder melhorar lá a ponta... é preciso ter diálogo, ter mesas permanentes de negociação, como a gente tem a Mesa Permanente do SUS, que foi tão importante em um determinado período, que a gente teve experiências belíssimas, depois tivemos uma parada, infelizmente, no governo anterior acabou com a mesa... agora a gente retorna com a Mesa de Negociação do SUS e sabe o que significa essa mesa... é hoje um dos nossos melhores exemplos de negociação, porque ali faz [...] uma fotografia de saúde [...] Nesse grupo de trabalho, a gente construiu uma proposta de regulamentação da negociação coletiva, que é muito importante, que vai de certa forma fazer com que estados e municípios criem mesas de negociação para os servidores e, conseqüentemente, os servidores da saúde, possam ter mesas de negociação permanente... assim como a mesa nacional do SUS, que é tão importante pra nós [...]”

“O SUS tem uma mesa permanente de negociação maravilhosa, com participação de pessoas que conhecem bem o SUS - não só [...] das entidades sindicais, das federações, das confederações, dos sindicatos de base, mas de sanitaristas, de trabalhadores do SUS, que têm história... a mesa faz essa discussão com muita responsabilidade [...] a Mesa Nacional de Negociação do SUS é uma grande escola para quem está iniciando, porque só tem veterano lá, só tem pessoas que entendem do trabalho do SUS e essa mesa traz muita contribuição para quem está chegando agora [...] e eu tenho certeza que no momento que a gente tem a oportunidade de participar de uma mesa dessa,

“você acaba aprendendo mais do que ser um sindicalista, você aprende sobre o SUS, sobre os princípios do SUS, você aprende sobre o papel do SUS, aprende também um pouco do controle social, porque é extremamente importante, a importância do controle social [...] é extremamente importante, porque traz a questão da precarização, aí já vem a proposta de como desprecariar, e aí com contribuição de todos, dimensionamento da força, a força que se tem, como dimensionar, como redimensionar, quando é necessário... traz a questão da equidade, mas traz também a questão do envolvimento, traz a questão de gênero, traz a questão da participação em todo o contexto de promoção de saúde [...] a Mesa de Negociação no SUS dá o norte de como articular essas políticas dentro do Sistema Único... e traz também uma discussão interessante que é sobre a caracterização do trabalho, como é que se dá, onde se dá... traz a questão da participação, do envolvimento das mulheres na gestão, no cuidar da saúde, na formação... traz todo um contexto que ajuda a entender as particularidades do SUS... “de saúde... ele tem uma responsabilidade muito grande...”

“A Mesa [de Negociação do SUS] existe, se dialoga, se coloca a demanda dos trabalhadores, mas não se tem um avanço... na prática, nós não observamos nenhum avanço... a nossa entidade, a CNTS, tem assento na Mesa de Negociação Permanente do SUS... tem muito debate, tem muito diálogo, mas na prática, a gente ainda não consegue ver os resultados... acho que até pelos modelos de contratações, eu acho que o que dificulta muito é a gestão, que ela não é feita pela administração direta, ela é terceirizada... então, essas políticas que se discute na Mesa de Negociação Permanente ou quaisquer outras voltadas para melhorar a situação e a educação dos trabalhadores no SUS, elas não chegam na ponta porque a contratação, ela tem uma ponte entre administração pública e a organização social contratante desses trabalhadores... e esse é o grande nó.”

“A Mesa de Negociação Permanente, eu acho que é uma coisa que a gente deve avançar... faço parte da Mesa Nacional [ACS] e vejo que, durante algum tempo, a gente avançou na implantação de algumas mesas estaduais e poucas municipais... eu acho que a missão da Mesa Nacional [é] estimular a criação, implementação das mesas em todos os estados, pelo menos... [é] uma meta muito grande, mas pelo menos em todos os estados a gente poderia ter uma mesa para fortalecer essa discussão.”

“Nós tínhamos a Mesa Nacional de Negociação do SUS implantada e funcionando, mas que levou [durou] aí cerca de seis anos... houve um congelamento e ela é retomada agora [...] nós vamos ter que retomar todos os processos ... nos estados e nos municípios, a luta pela implantação, porque a Mesa Nacional ela tem que ser demandada pelas solicitações, pelas reivindicações dos municípios e dos estados... esse é um caminho que a gente tem que voltar a trilhar.”

“Hoje, o que nós precisamos é continuar construindo com a Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS, é continuar negociando com o Ministério da Saúde, com a própria Sesai que essas condições tragam dignidade para o trabalho, tragam um redimensionamento adequado, apresentem a proposta do cargo ou do plano de cargo, salário, carreira... que tragam o núcleo de formação fortalecido, tragam o agente indígena de saúde, o agente indígena de saneamento para um reconhecimento enquanto categorias profissionais... e que traga melhores condições de trabalho e financiamento para melhorias salariais, para motivação desses trabalhadores e dessas trabalhadoras... a saúde indígena hoje vive um momento de muito movimento em relação a isso, mas as consultas estão sendo realizadas e eu acredito que, ao final, a gente venha a ter um produto que seja melhor adequado à contratação da força de trabalho da saúde indígena, e nós, enquanto sindicato [SindCopsi], estamos dispostos a contribuir com a discussão, estamos dispostos a contribuir diretrizes, contribuir critérios, contribuir protocolos, o que for necessário... nós estamos disponíveis pra ajudar os povos indígenas e os trabalhadores e trabalhadoras a construir melhores condições de trabalho e melhores condições de emprego e renda para todos esses trabalhadores.”

Financiamento para o trabalho no SUS

Quanto ao financiamento para o trabalho no SUS, também previsto na NOB RH colheram-se os seguintes depoimentos:

É preciso que os nossos empregadores, os nossos gestores mudem a sua visão, que tenham uma visão mais progressista, no sentido de que, investir em contratação, investir em capacitação, investir em qualificação, é investimento, não é gasto, não é custo... e que não basta pensar em lucro, única e exclusivamente... e aí, quando a gente fala em lucro, não é só das particulares... tem muita organização social que trabalha nessa linha, apesar de prestar serviço para o gestor municipal, para o gestor estadual, também trabalha com a gestão do lucro [...] nós temos que mudar essa visão e as pessoas todas, inclusive a sociedade, têm que entender que se não tiver investimento, nós corremos o risco de não ter quem preste assistência para a população lá na frente.

“O financiamento [para o trabalho no setor da saúde] precisa existir, é necessário... saúde não é mercadoria... a gente precisa pensar na saúde como um trabalho essencial, que é o cuidar do outro, cuidar da vida, da preservação da saúde, enfim, então o financiamento é muito importante... só que, as políticas de ingresso dos trabalhadores precisam mudar para que esse recurso do financiamento seja bem aplicado, bem investido e que tenha frutos para o sistema de saúde.”

“Há uma forte presença do financiamento federal no trabalho em saúde no Brasil hoje... como nunca houve antes, inclusive... é importante registrar isso porque

boa parte da força de trabalho do SUS é financiada pelo governo federal... são bilhões de reais... há um financiamento forte no setor público, na força de trabalho, sobretudo federal, entretanto, não há garantias para quem se destina os recursos, pra uma relação de trabalho decente... aquele que é contratado com esse dinheiro federal, com essa soma vultosa de recursos públicos, tem as relações precarizadas... não falta dinheiro público, o que falta é gestão do trabalho em si... o que falta é concretude nas ações, no sentido de dizer: 'olha, você vai receber o dinheiro, mas o vínculo tem que ser perene, o vínculo desse trabalhador não pode ser precarizado, porque nós estamos pagando' [...] e o governo federal [arca] com o piso da enfermagem, que é a categoria que é boa parte do setor de saúde do Brasil [...] depois tem os agentes comunitários de combate às endemias, que são mais de 450 mil pagos pelo governo federal... os 'Mais Médicos', o 'Brasil Sorridente', toda a política de atenção básica... entretanto, não há uma linearidade nessa aplicação de uma regra para esse mundo do trabalho, que é um mundo do trabalho extremamente necessário, que é o que oferta serviços públicos de saúde à população.”

“É preciso investir nas pessoas que estão dentro do SUS... é preciso investir nos trabalhadores para que o SUS aconteça com mais assertividade... é preciso que os gestores municipais, estaduais, enfim, percebam que, quando eles gastam com os trabalhadores, eles não estão gastando, estão investindo para prestar uma saúde de mais qualidade para a população...”

“É uma briga muito grande pra poder puxar alguma coisa que seja em benefício do trabalhador, do próprio serviço público... é uma briga, uma luta... [e] quando vem, vem muito escasso.

“Essa disputa por financiamento na saúde, a gente precisa vencer, a gente precisa vencer esse debate do gasto público com política pública... saúde é uma política pública essencial... ampliar o financiamento pra saúde é estratégico, não só pensando no tratamento, na formação de profissionais - porque é preciso ter um olhar na popularização na formação de profissionais, principalmente médicos... é preciso que as prefeituras invistam em formação de médicos e médicas, com incentivos à formação acadêmica de profissionais pra gente ter esse grupo de trabalhadores e trabalhadoras [...] se dedicando ao atendimento público [...] é preciso que a gente popularize também a formação de enfermeiros, enfermeiras [...] pra que a gente possa ter também essa equipe num outro patamar, de olhar da saúde como uma política pública, como um direito universal e que precisa de financiamento... para que a gente consiga, com financiamento, pensar nesse todo que a gente tem [...] e a gente precisa, inclusive, disputar de onde vai vir esse dinheiro...”

“Primeiro que tudo, [é necessário] investimento em educação que seja permanente, educação em saúde, educação na saúde... a gente precisa estar passando por esse processo de aprendizado permanente e que isso transforme

o dia a dia desse trabalhador em uma construção junto aos usuários do SUS... então, o financiamento é para contemplar mesmo os salários, as jornadas, os salários, os direitos trabalhistas; precisa ser levado em consideração que um trabalhador que faz sua jornada, que entra na noite, que trabalha à noite, ele precisa ser contemplado na sua jornada, nos adicionais que precisa ser feito, precisa se pensar no financiamento também que esse trabalhador, dentro da sua estrutura de trabalho, dependendo da vulnerabilidade aonde ele atua, que ele tenha gratificações... e aí envolve financiamento também... que ele tenha acesso à saúde e à segurança, que ele seja contemplado nos seus direitos trabalhistas... e eu acho que um dos principais necessidades de investimento hoje é nas estruturas de trabalho, aonde esse trabalhador possa desenvolver seus trabalhos, suas atividades, em um lugar que seja organizado, que seja salubre e que ele possa realmente desenvolver com dignidade a sua profissão, o seu trabalho dentro das estruturas do SUS... e pra essas adequações, depende de muito financiamento.”

Participação dos trabalhadores no Controle Social

Outra questão dirigida aos entrevistados referia-se à participação dos trabalhadores nos espaços de controle social, em especial, quanto aos incentivos para viabilizá-la. Diante dessa questão – e também em outros momentos das entrevistas – os depoentes comentaram a importância que atribuem ao controle social.

“O controle social é um dos pontos mais importantes para a sociedade civil como um todo... ainda não nos apropriamos como devemos da questão do controle social... permitimos que estados e municípios deturpem essa questão do controle social... lá na comunidade, é para ter conselhos locais de saúde, que é pra comunidade se organizar, pra acompanhar a rede de atendimento, para ajudar aonde tá faltando, e infelizmente há muito cooptação partidária, no sentido errado das coisas... porque a política faz parte das nossas vidas e a participação política ativa nas tomadas de decisão desse espaço de poder é fundamental... eu estou falando do uso das pessoas que [não cumprem o papel de] participar do controle social ativamente a partir das verbas que vêm pra saúde: onde ela deve ser aplicada, como ela deve ser aplicada, fiscalizando e fazendo com que ela seja usada de forma correta... a gente tem dificuldade porque os conselhos são uma disputa e os governantes acabam colocando no espaço de controle social apenas as pessoas que vão assinar a sua prestação de contas ou as suas decisões de onde botar o dinheiro público... e nos conselhos onde a gente tem uma atuação real das entidades que participam, que se apropriam, que fazem um estudo, que acompanham o dinheiro público, o investimento e o atendimento, é muito melhor [...] é um espaço estratégico, porque é o controle do dinheiro que não é de uma pessoa, de um gestor ou de um político, ele é da sociedade [...] o controle social, pra mim, é estruturante.”

“Os Conselho [de Saúde] ... são espaços onde, de uma forma mais livre, as pessoas têm a oportunidade de discutir, de questionar e de construir propostas que possam melhorar o sistema... eu acho que essas são questões que nesse momento se colocam como fundamentais... tivemos retrocessos?... tivemos, mas eu acho que a gente retoma processos que vinham caminhando no sentido do avanço e que hoje a gente retoma...”

“[...] tem a questão da insuficiência de recursos para que o sistema cada dia possa se desenvolver melhor [...] e por isso que é importante também o controle social lá no seu trabalho de monitoramento e de fiscalização e de cobrança... para nós, interessa que cada dia, que cada vez mais, o sistema funcione melhor.”

No geral, os entrevistados avaliam que a participação dos trabalhadores no controle social é insatisfatória e enfatizaram a necessidade de incentivo para essa participação, o que depende de campanhas de divulgação e de esclarecimentos sobre a importância desses espaços.

“A gente precisa incentivar mais os trabalhadores a participar dos espaços de controle, o Conselho Nacional de Saúde é, sim, um espaço extremamente importante para a gente construir políticas públicas... a Federação Nacional dos Enfermeiros tem representação no Conselho Nacional de Saúde, nós temos estimulado diuturnamente as entidades sindicais a participarem dos Conselhos locais, sejam eles, municipais ou estaduais... agora, há ainda uma desinformação do trabalhador que tá na ponta sobre a importância que é participar do controle social [...] nós temos discutido muito com universidades [...] [sobre a] necessidade de debater políticas públicas e a questão do controle social dentro da universidade, para esse trabalhador, para esse estudante sair para o mercado de trabalho com um pouco mais de conhecimento da importância que é estar participando desses espaços [...]”

“É preciso que o Conselho busque expandir essa necessidade da participação dos trabalhadores... tanto na questão dos Conselhos de Saúde, como na questão da CISTT [Comissão Intersectorial de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora]... [o trabalhador] não sabe qual a importância [da CISTT] e também não participa... e isso acaba prejudicando porque, óbvio, não tem a atuação que a gente gostaria e não tem a proteção que nós gostaríamos... a CISTT é um espaço extremamente importante que tem debatido a saúde do trabalhador da saúde... tá aí para acontecer o CISTTÃO [...], e os trabalhadores que estão na assistência não vão saber dizer [o que é], porque muitas vezes, a programação é muito corrida... o tempo de organização é muito pequeno e a divulgação deixa a desejar para os trabalhadores... e para você envolvê-los, para você debater saúde do trabalhador, para você debater espaço social, de participação social, você tem que divulgar, as pessoas têm que saber que existem.”

“O planejamento estratégico da gestão do trabalho precisa ser construído no mesmo formato que são construídos os planos dos planejamentos de saúde que se dá no âmbito do município, com participação das equipes... eu penso que uma das estratégias é a distribuição de todas essas discussões que começam nos pequenos municípios e vá seguindo o caminho para chegar nos grandes centros [e] que possa envolver o máximo de trabalhadores... se hoje fizer uma pesquisa com todos os trabalhadores do SUS, muitos vão dizer que nunca sentou em um espaço de discussão pra tratar da sua própria vida enquanto profissional de saúde... a gente sabe que tem várias ações que precisam acontecer para todos os trabalhadores e uma das estratégias é essa... uma outra estratégia que eu penso é trazer essa pauta mais forte para dentro do controle social, aonde essa parcela de 25% de participação do trabalhador seja efetiva, possa realmente dar sua contribuição, possa realmente ocupar um espaço importante dentro do controle social... a gente percebe a timidez do trabalhador dentro dessa estrutura, que fica muito entre o usuário - reivindicando o direito - e o gestão, respondendo as dificuldades de fazer a gestão... e o trabalhador fica nesse meio, porque ele precisa ter um diálogo entre o usuário e o gestor... então, às vezes para evitar até uma exposição, o trabalhador fica mais silenciado dentro dessas estruturas... e eu acho que uma das estratégias é fortalecer os 25% de trabalhadores dentro do controle social, dando essa possibilidade de ele ter mais autonomia, ter mais segurança, que ele não seja mais uma vítima das questões da gestão como um todo, nem do usuário, nem do gestor de saúde.”

“É necessário aumentar o empoderamento desse trabalhador, a partir da valorização e do envolvimento desse trabalhador com o SUS [que é] extremamente importante... quando se tem essa valorização, ela é sentida, ela é percebida pelo trabalhador, ele se sente mais emponderado e esse empoderamento é muito importante para fazer o SUS acontecer, pra se sentir orgulhoso de dizer ‘eu sou gente que faz, eu faço o SUS acontecer’... melhorar as condições de trabalho é um grande desafio... abrir o espaço de participação dos trabalhadores, valorizando aqueles que já existem nos locais... toda a estrutura do SUS tem seus trabalhadores que já estão nos locais de trabalho... e também junto à gestão dos Conselhos, do Controle Social... essa aproximação da parcela de trabalhadores dentro da estrutura governamental é fundamental e ela tem que se sentir como um dos tripés de sustentação da política, que é o trabalhador, o gestor e o usuário... então, o trabalhador precisa se sentir também parte dessa estrutura... aumentar a participação dele [...] que o trabalhador não seja só mais uma pessoa que está escondido atrás de uma máscara, atrás de um capote... ele precisa ser também uma pessoa de relações humanas e ser visto com a importância que essa pessoa tem para o Sistema Único de Saúde...”

“[Os trabalhadores] deveriam estar participando mais, em maior número [dos espaços de controle social]... a gente tem, na verdade, essa participação, mas mais por quem tá, por quem permeia pelo movimento sindical, quem tá nas entidades de classe, mas aquele trabalhador que tá lá na ponta... na grande maioria, não sabe nem o que é um Conselho Nacional de Saúde, não sabe o

que é uma política pública de saúde... não conhecem nada [...] eu acho que deveria ter, dentro da educação do trabalhador, da formação, da qualificação do trabalhador em saúde, também a educação nesse sentido das políticas públicas, de mostrar pra ele o que é um Conselho, qual é a função do Conselho Nacional de Saúde... é uma coisa que é totalmente dispersa... e eu faço até 'mea culpa', porque o movimento sindical não trabalha muito essa questão com a sua base... a gente se prende muito nessas questões de condições de salário e condições de trabalho, e não trata muito da importância dessas políticas públicas com esses trabalhadores e, portanto, a grande maioria até desconhece... eu acho que deveria ter, dentro da educação do trabalhador, da formação, da qualificação do trabalhador em saúde, também a educação nesse sentido das políticas públicas, de mostrar pra ele o que é um Conselho, qual é a função do Conselho Nacional de Saúde... é uma coisa que é totalmente dispersa..."

"[Os dispositivos da NOB sobre a participação das trabalhadoras e dos trabalhadores nos espaços de controle social] são adequados, sim... o que a gente precisa discutir, inclusive na Conferência, é fazer um debate de haver um maior estímulo à participação dos trabalhadores nesse processo de controle social, que é algo que tá se perdendo com o tempo... vem se notando uma menor atuação desse setor, que é importante, no controle social [...] como os trabalhadores da saúde têm baixíssimos salários, e, via de regra, têm dois, três empregos, sobra pouco tempo pra fazer qualquer outra coisa que não seja trabalhar... a carga laboral dessas pessoas é muito grande, o esforço é muito grande... essa peculiaridade - levada até pela falta de profissionais nesse setor - possibilitou a criação de inúmeros vínculos e, com isso, há uma tendência natural de queda na qualidade de vida das pessoas e pouca disponibilidade de tempo para fazer essa atuação, que é, de fato, muito importante para o controle social por aquele que conhece o serviço de saúde, que atua no serviço de saúde... ele é um prestador, ele é aquele que trabalha para que aconteça o sistema de saúde."

"A gente tenta estimular o máximo possível, principalmente os trabalhadores pra que acompanhem os Conselhos, até pra entender como são distribuídas as verbas, porque, vamos supor, quando chega a discussão do orçamento, se a gente não tá bem afinado, não tá entendendo do que tá vindo, de que forma isso vai ser distribuído, jamais vai chegar na ponta para o trabalhador... a gente tem feito essa discussão com os trabalhadores, tem alguns trabalhadores nossos que são conselheiros... temos alguns delegados sindicais de base que não deixam de ter trabalhado lá e que estão no Conselho, espalhados pelo estado de São Paulo todo... a gente tem feito uma boa discussão... a adesão é pequena, não vou dizer que é uma grande adesão, até porque o trabalhador não entende que isso é de extrema importância pra todos nós... alguns entendem, outros não... existe uma parcela dos trabalhadores que acompanha, sim, e o restante, não querem nem saber"

Uma das depoentes considera que a presença de trabalhadores nesses fóruns é satisfatória:

“Os trabalhadores e trabalhadoras da saúde têm conseguido se fazer presente em espaços de cobranças e de pressão pelo atendimento às pautas... e isso se dá no controle social - e como um exemplo de controle social que consegue espelhar essa realidade - eu citaria as Conferências e também o Conselho de Saúde.”

Declarações dos entrevistados sobre outros temas importantes

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

Impactos da introdução de novas tecnologias no SUS

A adoção de novas tecnologias na saúde era uma das questões propostas aos entrevistados no roteiro de perguntas. As reflexões sobre o tema foram as mais diversas, com destaque para as transcritas a seguir:

“Já está na hora do SUS estar melhor adequado, informatizado... eu sei que tem muitas unidades já vivendo isso, mas a gente ainda tem muito serviço manual e que isso é um dificultador, essa questão estrutural...”

“Hoje o governo faz o seguinte: pegam os hospitais de alta complexidade e entrega para Organização Social, com toda a tecnologia... os trabalhadores não chegam nem próximo dessa tecnologia, fica pras Organizações Sociais... usam o dinheiro do Estado e, infelizmente, a gente não tem, não consegue chegar... chega pras Organizações Sociais, que vão ganhar muito dinheiro em cima disso, porque o intuito de tudo isso é da privatização, pra que isso gere lucro... quem sai ganhando nessa história não é a população, não é ninguém, são os grandes empresários, que recebem de mão beijada as grandes tecnologias... e tem tecnologia de ponta, mas que não chega para o serviço público direto... fica para as Organizações Sociais... eles dão uma maquiada no hospital ou fazem uma boa reforma no hospital, equipam o hospital e entregam... não chega para nossos trabalhadores... até chega, mas ele vê de longe.”

“A cada avanço tecnológico que a gente tem na saúde, a tendência é que a gente precise de pessoal mais especializado, e não que a gente automatize funções e

precise de menos RH... [e] a Lei de Responsabilidade Fiscal basicamente inviabiliza que isso seja feito através da gestão direta..."

"Tecnologia na enfermagem sempre é muito bom [...] as novas tecnologias têm trazido uma melhora na assistência que a gente presta... é óbvio que nós temos um problema: muitas vezes elas chegam para a gente, para prestar assistência, para usar ali no atendimento, mas nós não somos treinados para as novas tecnologias, e muitas vezes isso nos pega de surpresa... mas para a questão da saúde, ter novas tecnologias que nos ajudam no nosso dia a dia, sempre é muito bom [...] e eu tenho certeza que enfermeiro, técnico ou auxiliar de enfermagem nunca vai ser substituído por nenhuma inteligência artificial, porque a essência do nosso trabalho é o cuidado, e o cuidado é humano, ele é calor, ele é toque, e isso não tem como você colocar em nenhuma inteligência artificial [...] nós temos hoje prontuário eletrônico, prescrição médica eletrônica, que facilita a nossa vida, mas nós não somos treinados pra isso e não são todas as instituições que têm esse tipo de tecnologia, que poderia, inclusive, facilitar o nosso trabalho... e precisa trabalhar a cabeça do profissional porque, muitas vezes, o profissional ele entende que [se] trabalhar com essas novas tecnologias, ele vai acabar sendo mandado embora, ele vai acabar sendo substituído, então, tem um preconceito com relação a isso que não foi quebrado ainda porque também não foi trabalhado com os profissionais como é importante você trabalhar com essas novas tecnologias... é óbvio que dentro disso nós temos limitações, como, por exemplo, que tem sido muito feita pelas chefias de trabalhadores, que é o uso de redes sociais, de WhatsApp, por exemplo, em que se criam grupos para você controlar o trabalhador... então, tem a parte de monitorização, de respirador, que ajuda a gente na assistência, e tem a parte das novas tecnologias que é a questão do uso desses meios de comunicação, que tem escravizado ainda mais os trabalhadores... e isso tem sido uma prática, inclusive de assédio moral, das chefias, porque eles criam os grupos, e mesmo a pessoa estando na sua residência, a chefia entende que aquela pessoa que tá no grupo de WhatsApp, porque tem um cargo de supervisão, um cargo de chefia também, é obrigada a responder via WhatsApp mesmo no horário que ele tá de descanso."

"[as novas tecnologias são assunto] muito novo pra nós... o agente comunitário de saúde trabalha com muitas planilhas, com muitas informações, a nossa bolsa era muito pesada, porque papel é pesado e pra cada situação é uma planilha: pro hipertenso, pro diabético, pras crianças, pra gestante, pro idoso, pra mulher em idade fértil... e cada coisa dessa era um relatório que a gente preenche... mas já tá com alguns anos que a gente vem - orientado pelo próprio Ministério da Saúde - evoluindo nessa questão da tecnologia... aí vieram os tablets primeiramente, só que do momento em que começou a inserir, até agora, pleno ano de 2024, a gente não consegue ainda trabalhar com muita eficiência [...] porque ainda não se chegou a um consenso [sobre como alimentar] essa base de dados [...] na nossa visão seria de forma instantânea, o agente de saúde trabalhou aqui no tablet e essa informação já vai direto pra quem vai resolver o problema, que seria o Ministério da Saúde... primeiro começa com o cadastro

das famílias, que é base pra tudo, tanto para as Secretarias Municipais, quanto para as Secretarias Estaduais, como para o Ministério da Saúde... dentro do cadastro das nossas famílias tem o cadastro dos indivíduos, quem são os participantes dessa família, e daí você extrai quantos idosos, quantas gestantes, quantas crianças com vacina em dia, quantas crianças com vacina atrasada, tudo o que você puder imaginar de informação vai ter ali naquele cadastro... mas a tecnologia - não sei onde é que está o erro, se é no Ministério da Saúde ou se é nas Secretarias Municipais - a gente não consegue consolidar isso de forma eficaz, ao ponto da minha informação aqui imediatamente chegar lá, aonde de fato deve chegar... as famílias se somem, os indivíduos se somem, eu cadastro hoje e amanhã não tá mais, o que é do seu José tá lá no seu Pedro... a tecnologia não tá ajudando tanto quanto a gente imaginava que ia nos ajudar... aliviou o peso... [tinha] muitíssimos agentes de saúde com problema de coluna, por conta da bolsa pesada, e agora é um tablet, é muito mais leve, mas tem hora que tem agente de saúde que diz 'preferia meus papeizinhos, porque ali eu tinha certeza que estava ali e na hora que eu precisava tava ali na minha mão'... a gente precisa melhorar muito essa questão da tecnologia e dos programas, eu não sou muito tecnológica, eu sou um pouco analfabeta, não consigo avançar muito, mas percebo que precisa ter um trabalho do Ministério em relação a isso, de forma que seja uma base de dados só, um programa só, uma situação só que seja pra todo o Brasil, não tenha diferença, porque o Ceará trabalha com o programa X, o Amapá é com o programa Y... uma das queixas que foi feita para o Ministério da Saúde [foi] em relação a isso, porque tem agente de saúde que tá ficando com problemas mentais por conta disso... olha, se tem uma coisa que o agente de saúde tem é amor pelo seu trabalho... [e] se nós somos a base pra todas as informações, a gente tem muita responsabilidade com isso... pra você ter ideia, o Censo que foi realizado, o último do IBGE, que o IBGE não conseguiu fechar com eficiência nas respostas, porque não consegue adentrar em locais X, Y, precisou do agente comunitário de saúde... todos os municípios que se sentiram prejudicados, com o número de pessoas menor do que ele sabe que tem, comparou com o cadastro do agente comunitário de saúde... e vê a diferença. Então, é preciso que haja um compromisso por parte do Ministério da Saúde, ou do Ministério da Comunicação, eu não sei onde vai estar, pra que a gente tenha, sim, a tecnologia implantada pros trabalhadores em geral: que o prontuário eletrônico funcione nas unidades básicas, que [para] as marcações dos exames de alta complexidade, haja uma ligação entre os hospitais - a marcação do estado e a marcação do município, porque nós estamos falando de vida... nós não estamos falando de números simplesmente frios, estamos falando de vidas, e a gente precisa ter grande responsabilidade com isso..."

Fixação dos trabalhadores nos interiores do país

Uma questão abordada espontaneamente pelos entrevistados foi a necessidade de formação e incentivos à fixação dos trabalhadores nos territórios mais afastados:

“Nós não temos neurologistas no interior das cidades, nas áreas rurais, na atenção, porque eles vão para a média e alta complexidade... dado o número reduzido de profissionais, eles vão para os grandes centros, aonde eles possam ter melhores condições e até ter a chance mesmo de ter uma melhor remuneração... ainda falta essa progressão profissional dentro do SUS, esses cargos que valorizem o trabalhador... um trabalhador bem remunerado, não precisava ter mais de um vínculo pela necessidade que ele tem [em função] de baixo salário... ele não precisa estar correndo atrás de vínculos... e esses vínculos [estão] nos grandes centros, esvaziando os pequenos centros, aonde ocorre a necessidade do paciente...”

“Mas vamos ver agora que estratégia vamos usar para fixar [o profissional da saúde indígena] ... será que depois que passar o estágio probatório, esse concursado vai querer ficar numa área de difícil acesso, que leve 14 dias para chegar lá?... é complexo e precisa de adaptações e a gente precisa pensar em estruturas que sejam também em consenso com o governo, aonde a gente possa incluir essas necessidades de planos, de progressão de salário digno, de condições digna, para motivar esse trabalhador, mesmo sem ele ser um concursado público federal, mas ele tem incentivo para continuar desenvolvendo o seu trabalho enquanto profissional com garantias, com remuneração... precisa desprecarizar os vínculos para profissionais de saúde e assim como [para] outras categorias do Brasil, precisa se pensar na desprecarização dos vínculos...”

Sugestões dos entrevistados para a 4ª Conferência Nacional da Saúde

Alguns dos depoentes sugeriram a priorização de alguns temas para o debate na 4ª Conferência, a saber:

“Na época da pandemia, nós sugerimos que os trabalhadores pudessem ter assistência psicológica na própria unidade de saúde... essa é uma proposta que eu acho que deve ser considerada na Conferência do final do ano... a psicologia precisa estar inserida dentro do posto de trabalho, porque a comprovação de adoecimento por transtornos mentais é muito grande, não só pela questão salarial, pela questão de sobrecarga de trabalho, mas também pela vivência do trabalhador com o sofrimento do outro, que foi o caso da pandemia... é uma sugestão para que a gente possa avançar mais na questão da saúde do trabalhador, de fato.”

“A importância dessa Conferência hoje, é de a gente pautar, mais uma vez [...] a Lei de Responsabilidade Fiscal.”

“O que a gente precisa discutir, inclusive na Conferência, é fazer um debate de haver um maior estímulo à participação dos trabalhadores nesse processo de controle social.”

“De toda sorte, a gente tem muita coisa pra melhorar, que a contribuição dessa Conferência de Gestão do Trabalho pode dar agora é fazer um debate sobre a necessidade de voltar, de ter uma maior presença do vínculo público no sistema de saúde, sobretudo porque o governo federal, como grande repassador de recursos tem um papel importante neste setor de normatizar e de indicar, de orientar, de levar à formação de política que leve à contratação de profissionais com vínculo mais perene, mais duradouros do que tem hoje, porque não pode ser um mero repassador de recursos, não pode ser apenas um repassador de dinheiro, porque dinheiro tem e é repassado, agora, não chega efetivamente no bolso do trabalhador e da trabalhadora e isso, sem sombra de dúvida, atrapalha demais o serviço de saúde do Brasil.”

“Vejo a Conferência como um espaço de extrema relevância para a atualização da pauta do Planejamento Estratégico da Gestão do Trabalho, e esse plano precisa ser construído no mesmo formato que é construído os planos dos planejamentos de saúde que se dá no âmbito do município, com participação das equipes...”

“Os trabalhadores do SUS estão gritando, sim, por socorro... é importante demais essa discussão [sobre condições de trabalho, precarização e saúde dos trabalhadores] e que eu espero que a Conferência levante todas essas dificuldades que os nossos trabalhadores estão vivendo em nome do estado brasileiro, em nome da promoção, da prevenção e da recuperação da saúde do povo brasileiro... a precarização do trabalho ainda é muito forte, precisamos trabalhar a desprecarização para poder chegar a uma saúde e segurança do trabalhador e da trabalhadora da saúde indígena.”

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa com dirigentes sindicais representantes de trabalhadoras(es) da saúde possibilitou o levantamento das principais questões que devem ser debatidas por esses atores no que diz respeito à gestão e organização do trabalho na rede SUS e pelos participantes da 4ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde.

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

Foi possível mapear a situação da organização do trabalho no SUS em diferentes segmentos ocupacionais representados pelos dirigentes sindicais, caracterizada por uma multiplicidade de formas de gestão das unidades de saúde, o que contribui também para a diversidade de vínculos e para a precarização do trabalho no setor. Essa situação provoca grandes impactos e desafios para a organização dos trabalhadores da saúde.

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

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

Como resultado complementar, foi possível sistematizar algumas recomendações prioritárias sugeridas pelos entrevistados.

RECOMENDAÇÕES LEVANTADAS A PARTIR DOS RESULTADOS DO PROJETO

Os estudos realizados no Projeto Gestão e Organização do Trabalho na Rede SUS (Carta Acordo SCON2023-00216 – OPAS/OMS E DIEESE) permitiram levantar aspectos relevantes da organização do trabalho no Sistema Único de Saúde, bem como identificar reflexões dos atores sociais entrevistados que podem ser tomadas como recomendações gerais para a gestão do trabalho e educação da saúde no Brasil, tais como as descritas a seguir.

Retomar a realização de concursos públicos no SUS

O ponto mais enfatizado pelos conselheiros estaduais de saúde e dirigentes sindicais entrevistados na pesquisa foi a importância da retomada dos concursos públicos na saúde como condição para enfrentar os problemas da gestão do trabalho no SUS. Essa é a forma de ingresso prevista na Constituição Federal de 1988 (CF 1988) e na Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do Sistema Único de Saúde (NOB/RH-SUS) para o trabalho na saúde pública e que tem enfrentado uma série de impedimentos e desestímulos. O histórico déficit de trabalhadores na saúde pública acompanha o subfinanciamento estrutural do SUS (gerado por acúmulo de anos de vigência da DRU - Desvinculação dos Recursos da União e pelo “Teto de Gastos” a partir de 2016) e vem sendo agravado pelas restrições fiscais com foco nas despesas de pessoal. Essa situação incentiva a terceirização da gestão de equipamentos de saúde, restringindo a parcela dos trabalhadores que ingressam por meio do concurso público.

Tal como definido no art. 37 da CF 1988, o concurso público é a forma mais adequada de ingresso para garantir os princípios da administração pública direta e indireta, vale dizer, a legalidade, a impessoalidade, a moralidade, a publicidade e a eficiência dos serviços públicos prestados pela União e entes subnacionais. Os dados do mercado de trabalho na saúde comprovam ainda que o concurso público contribui para a redução das desigualdades de ingresso e de rendimento, sejam elas de gênero, raça ou regionais.

Valorizar o trabalho e a carreira na saúde

A pesquisa revelou ainda ser fundamental a valorização dos trabalhadores da saúde por meio da melhora das condições de trabalho e remuneração. O SUS vem sofrendo os impactos de anos de ajustes fiscais realizados com base na folha de pagamentos, o que se manifesta - em todos os entes da federação - em salários defasados, planos de carreira inexistentes ou inadequados, perda de direitos conquistados e inadequação de políticas de formação continuada atreladas à promoção na carreira, entre outras consequências. Somada à ausência de concursos públicos

essa situação tem gerado na saúde pública uma força de trabalho envelhecida, desvalorizada, que precisa de múltiplos vínculos para garantir sua subsistência e que muitas vezes fica exposta à revolta da população com os serviços prestados.

As entrevistas reafirmaram a necessidade de se retomar o debate sobre a carreira do SUS e a valorização dos trabalhadores como condição para melhorar as condições de prestação dos serviços de saúde no país.

Fortalecer as mesas de negociação e o controle social no SUS

Outro ponto reafirmado pela pesquisa foi a necessidade de se garantir a negociação trabalhista no âmbito do SUS. Isso passa pela instalação ou fortalecimento das mesas de negociação permanente, que sofrem com a intermitência em diferentes conjunturas políticas.

A NOB/RH-SUS prevê a participação bilateral na gestão do trabalho (gestores e trabalhadores), o que deve se dar por meio das mesas permanentes de negociação. Os gestores dos entes subnacionais têm o papel de instituir a mesa no âmbito da administração direta e de estimular a negociação coletiva nas unidades terceirizadas e prestadores de serviços para o SUS.

Os conselheiros estaduais de saúde e dirigentes sindicais entrevistados também apontam que o controle social, uma das principais conquistas do SUS, vem sendo desconsiderado nas formulações e posições acerca da gestão do trabalho na saúde pública, seja no cumprimento das resoluções do Conselho Nacional de Saúde - CNS e das conferências nacionais, seja nas posições dos conselhos de saúde nos entes subnacionais.

É fundamental, nesse sentido, a articulação das ações da Comissão Intersetorial de Recursos Humanos e Relação de Trabalho do Conselho Nacional de Saúde (CIRHRT/CNS) e da Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS (MNNP-SUS) no debate e elaboração das questões relativas à gestão do trabalho.

Revisar a Lei de Responsabilidade Fiscal e limitar a terceirização da gestão da saúde

Um dos maiores gargalos da saúde pública no Brasil é seu subfinanciamento estrutural, decorrente das sucessivas regras fiscais que afetam o SUS desde sua origem. Além disso, a Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF - Lei Complementar nº 101/2000) impacta os entes subnacionais na alocação dos gastos com saúde, restringindo a parcela que pode ser empregada diretamente em pessoal e incentivando a terceirização da gestão dos equipamentos de saúde.

Como apontado na pesquisa, a saúde, assim como a educação, é um setor altamente dependente de mão de obra e a limitação das despesas nos termos da LRF

impede que os gestores tomem decisões relacionadas ao trabalho na saúde pautadas na orientação de formação de um funcionalismo público em volume suficiente e com condições de trabalho mais adequadas para a prestação do serviço.

Portanto, a revisão dos limites fiscais às despesas com pessoal em saúde é condição para a adequação da política de gestão do trabalho no SUS e deve ser acompanhada da limitação da terceirização da gestão dos equipamentos de saúde.

Aprimorar as fontes de informação sobre o trabalho em saúde

Uma questão fundamental identificada pela pesquisa, em particular no Produto 2 - Relatório com dados secundários sobre o perfil das(os) trabalhadoras(es) da saúde, é a limitação imposta para a gestão do trabalho no SUS pelas limitações das fontes de informação disponíveis atualmente. Além das dificuldades que as bases de dados apresentam para as análises do conjunto das ocupações e setores da economia em termos de periodicidade das informações e de níveis de desagregação possíveis, o trabalho na saúde possui especificidades que ampliam as limitações para o monitoramento do emprego e a avaliação das políticas de gestão do trabalho, em particular devido à terceirização de grande parte da gestão dos equipamentos públicos e à definição das ocupações do setor, que se restringem aos trabalhadores que exercem as atividades fim.

Nesse sentido, para se avançar na formulação e avaliação de políticas de gestão do trabalho seria importante que as fontes de informação, em particular a Relação Anual de Informações Sociais (RAIS) do Ministério do Trabalho e Emprego e o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) do Ministério da Saúde possibilitassem a identificação dos equipamentos do SUS geridos por Organizações Sociais de Saúde ou por outras formas de terceirização. Complementarmente, seria recomendável que a classificação de trabalhadores da saúde incluísse os trabalhadores invisibilizados que atuam no apoio às atividades de saúde, tais como recepcionistas de hospitais, maqueiros, condutores de ambulância e outros.

ANEXO 1 - ROTEIRO DE ENTREVISTA

Dados do Entrevistado

Nome:

Unidade da Federação que representa:

Profissão

Breve histórico sobre sua atividade sindical

- Categoria de origem
- Trajetória no movimento

Proposta de roteiro para entrevista com Dirigentes Sindicais da Saúde

Introdução

Boa tarde!

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

Neste momento, estamos entrevistando dirigentes sindicais representantes dos trabalhadores da saúde. Os resultados dessas entrevistas serão apresentados em um relatório em que as declarações não serão associadas aos depoentes, o que impedirá a identificação do que cada entrevistado respondeu, mas permitirá traçar um panorama das opiniões e posicionamentos presentes nas entidades sindicais representativas dos trabalhadores da saúde, bem como o registro de informações relevantes para a compreensão da importância do trabalho no SUS.

Podemos, então, começar a entrevista?

Antes, porém, vou lhe pedir autorização para gravá-la, para viabilizar a elaboração do relatório.

Bem, no primeiro bloco de perguntas, vamos tratar da Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS (NOB/RH-SUS) e, no segundo, da realidade das relações de trabalho no SUS no seu Estado.

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

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

Deixar responder livremente.

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

- mas, mesmo superficialmente, você sabe do que essa NOB, trata?
- Se sim, você tem alguma avaliação sobre as normas que dela constam? Acha positivas, negativas? em que medida?

Se não tiver informação, passar para o próximo bloco.

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

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

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

Agora, vou te fazer umas perguntas sobre a atual situação das relações de trabalho no SUS

Bloco B – Realidade das relações de trabalho

1) De forma geral, como você avalia a atual situação da prestação de serviços e do trabalho no SUS, considerando as diversas modalidades de gestão e as diferentes formas de ingresso e de contratação dos trabalhadores hoje vigentes?

Ficar atento para captar especificidades de área fim e área meio

Impactos sobre:

- prestação /qualidade / eficácia dos serviços
- gestão do trabalho
- processos de trabalho
- gestão de pessoas
- organização sindical dos trabalhadores

2) Discorra, por favor, sobre o processo de municipalização dos serviços de saúde

- Como ocorreu?
- Gerou conflitos trabalhistas?
- Os conflitos foram equacionados ou seguem?
- Organização dos trabalhadores

3) Me fale um pouco sobre as condições de trabalho no setor da saúde hoje

- Condições gerais (infraestrutura, ambiente, divisão do trabalho)
- Impactos da introdução de novas tecnologias
- Nível de satisfação dos trabalhadores
- Jornada
- Múltiplos vínculos de emprego
- Remuneração
- Sobrecarga
- Impactos sobre saúde física e mental dos trabalhadores

4) Ocorrem negociações coletivas de trabalho?

Se sim:

- Desde quando ocorrem?
- Como é o processo?
 - Tem regularidade ou é esporádico?
 - Quem negocia pelos trabalhadores do SUS?

Ficar atento para
participação dos Conselhos profissionais
trabalhadores da rede própria (servidores públicos)
trabalhadores OSSs (e demais)

- Quem negocia pelo lado patronal?
- Quais as dificuldades enfrentadas nas negociações?
 - Quais são os resultados?
- Foram implantadas mesas de negociação permanentes?

5) Como é a organização sindical dos trabalhadores da saúde atualmente?

- Há interação entre os trabalhadores/as da área meio e fim?
- Há especificidades regionais?
- Há organização nos locais de trabalho?
- Mobilizações (greves, protestos)
- Atuação sindical das entidades representativas

6) Por fim, eu gostaria que você falasse um pouco sobre o perfil do trabalhador da saúde na atualidade

- Profissionalmente – formação/comprometimento
- Politicamente/Sindicalmente
- Comparativo geracional
- Há distinções regionais?
- Perfil socioeconômico
- Distinções por vínculo empregatício