

# **I CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE DE PORTO ALEGRE**

## **RELATÓRIO FINAL**

14, 15 e 16 de Outubro de 2005

### **INTRODUÇÃO**

Texto de apoio retirado do Documento Base da III Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/>

### **GESTÃO DO TRABALHO EM SAÚDE**

Nas sociedades atuais, a gestão do trabalho tem ocupado posição estratégica no que se refere à tomada de decisões institucionais. Os governos e as organizações voltadas para o interesse público enfrentam situações complexas, que exigem, cada vez mais, a adoção de estratégias para a melhoria nas relações e na gestão do trabalho. Essa área é permeada, entretanto, por conflitos que interferem, de forma decisiva, na qualidade dos serviços prestados pelas organizações de saúde.

O processo de trabalho em saúde apresenta similaridades e diferenças, se comparado ao trabalho em outras áreas de prestação de serviços. As realidades social, histórica e política do País corroboram a permanência de uma cultura de práticas autoritárias e centralizadoras de gestão.

A formação dos trabalhadores de saúde, desprovida de uma visão cidadã do trabalho, promove a reprodução de um modelo mecanicista e tecnicista, com base em normas e padronizações produzidas pelos que planejam e dirigidas àqueles que executam, resultando, muitas vezes, em situações de constrangimento e coerção no trabalho. Práticas administrativas fiscalizadoras geram conflitos e insegurança; e impõem, como conseqüência, a acomodação dos subordinados aos dirigentes e a negação de direitos fundamentais do trabalho, tanto individuais quanto coletivos.

Nesse cenário, os trabalhadores de saúde são transformados em cumpridores de ordens, normas e regras determinadas por outros atores, muitas vezes distanciados do processo de trabalho e até mesmo da gestão setorial. As relações de poder construídas nas instituições têm por base a divisão intelectual e de classe social, desconhecendo a função social do conjunto dos trabalhadores e do processo institucional de gestão do trabalho, à revelia de uma política que inclua o desenvolvimento do trabalhador, a promoção institucional e a dignidade no trabalho em saúde.

Os problemas relacionados à área da gestão do trabalho e da educação na saúde são apontados como alguns dos principais fatores que levam à prestação de serviços de saúde sem a necessária qualidade. Essa situação, entretanto, começa a mudar. Tem-se salientado a gestão do trabalho como um tema da maior relevância,

incentivando-se a adoção de instrumentos que possibilitem o equacionamento das distorções existentes no gerenciamento da força de trabalho e nas relações interpessoais.

É consenso que a descentralização da gestão dos serviços de saúde no País não resultou, automaticamente, na transferência da capacidade gestora para a esfera municipal. Ademais, ela potencializou problemas crônicos e desencadeou a utilização de soluções irregulares, face às demandas da política local e à ampliação de restrições na esfera jurídico-legal.

Nesses aspectos, destacam-se o modelo de financiamento setorial e os limites impostos às três esferas de gestão pela legislação vigente<sup>1</sup>. Os gastos do setor da saúde com a contratação de trabalhadores, sua formação e desenvolvimento não são considerados como investimento social.

A concepção de gestão do trabalho pressupõe entender o trabalho como uma categoria central na construção dos atores sociais, em um movimento construtivo, no qual, ao mesmo tempo em que o trabalhador se constrói, atua e se reconhece como pertencente ao ambiente de trabalho. O local de trabalho é considerado um espaço múltiplo e importante, onde a diversidade cultural e étnica se traduz em complementaridade e enriquecimento no processo de produção, buscando a humanização das relações sociais e a inserção de valores como a ética, a cooperação, o respeito e a solidariedade.

Essa concepção implica na adoção, pelos três entes federados, de uma gestão democrática e participativa que considere três princípios integradores:

I. Participação - quando os atores de uma instituição estão envolvidos, por meio de suas ações, em todos os processos da vida institucional, ou seja, na tomada, implementação e avaliação de decisões. O desempenho eficiente da organização é resultante da participação de todos, nos diferentes níveis e fases do processo decisório, o qual exige mudança na cultura organizacional.

II. Descentralização - quando são viabilizadas modificações profundas das funções de gestão nas instituições, que implicam adoção de processos gestores coerentes com cada coletivo de trabalhadores: definição de papéis e objetivos estratégicos; alteração nas atribuições das diferentes instâncias decisórias; reorganização de espaços; mudança nas relações e deslocamento do eixo de poder, permitindo que as políticas e as decisões sejam formuladas via participação.

III. Autonomia - quando se adota a democracia como princípio constitutivo de um processo permanente, sempre em construção, não existe uma autonomia absoluta. No tocante à gestão, a conquista da autonomia significa rompimento com a forma tradicional de gestão burocrática; e supõe a adoção de novos modos de planejar, organizar e avaliar o trabalho da instituição a partir de uma visão da realidade local e do atendimento de suas demandas básicas.

Os três princípios mencionados estão fortemente relacionados entre si, uma vez que a autonomia guarda estreitos vínculos com a descentralização e a participação. Juntos, esses princípios constituem os pilares da gestão democrática e participativa. Os entes federados devem adotar a gestão democrática e participativa, assumindo a descentralização como compartilhamento de poder e divisão das co-responsabilidades internas e externas ao sistema de saúde. Instâncias colegiadas devem ser criadas buscando maior participação da população e dos trabalhadores nas

---

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

decisões; tendo em vista um projeto integrado e orientado à realidade local.

A gestão democrática e participativa que se propõe deve partir de uma agenda de trabalho definida como política de Estado – e não de governo – e envolver as diferentes esferas de gestão, visando à consolidação de mudanças consistentes, tanto para o sistema de saúde como para o desenvolvimento da sociedade. Esse modelo de gestão implica a definição e conhecimento da capacidade gestora do trabalho em saúde, segundo o reconhecimento de competências e instâncias de poder. Ele visa à gestão participativa, entre gestores das diferentes instâncias administrativas da Federação (instâncias bipartite e tripartite); e articuladora, entre os poderes executivo, legislativo e judiciário, com ampla participação dos trabalhadores e da sociedade.

Entre os pontos a serem considerados pelos entes federados na implantação e implementação de uma gestão de qualidade do trabalho em saúde, destacam-se:

Mecanismos de gestão, na perspectiva da construção social que envolva novos pactos entre usuários, trabalhadores de saúde e gestores, referidos a parâmetros de qualidade, ética e proteção, tanto dos trabalhadores quanto dos usuários.

Política de emprego, que contemple direitos sociais dos trabalhadores de saúde, dos setores público e privado, definindo a composição de equipes multiprofissionais e os sistemas de promoção e prestação de serviços na saúde por meio de mecanismos de gestão que possibilitem a oferta, distribuição e fixação de trabalhadores, de acordo com as necessidades sociais e regionais de saúde das pessoas e das populações.

Regulação do trabalho e do exercício profissional, configurando processos que envolvam os sistemas de educação e de saúde, as corporações, as associações profissionais e a sociedade de modo geral.

Os subtemas abordados nessa temática são:

- **A desprecarização dos vínculos de trabalho no SUS**
- **Planos de carreira, cargos e salários para o SUS (PCCS-SUS)**
- **Negociação do trabalho no SUS**
- **Regulação do trabalho em saúde**
- **Fortalecimento da capacidade gestora em Estados e Municípios**
- **Financiamento da gestão do trabalho**

## **EDUCAÇÃO NA SAÚDE**

A política de educação na saúde em curso no País, depois de aprovada pelo CNS e pactuada pela CIT, tem como grande desafio superar a tradição da formação e desenvolvimento que era realizada no setor da saúde. Essa tradição entende a educação como um componente operacional, centrado nas capacitações e treinamentos aplicados ao cotidiano imediato dos serviços, onde os trabalhadores são os únicos responsáveis pela qualidade da atenção e pela qualidade da gestão que se faz em saúde. Na nova concepção, a se construir, o alcance das mudanças desejadas supõe um processo interativo e participativo nas relações cotidianas, principalmente quando marcadas por

compromissos éticos com o melhor acolhimento da população e com a promoção da autonomia dos usuários.

A partir de 2003, a educação na saúde ganhou estatuto de política pública para a formação e desenvolvimento no âmbito do SUS. Como política pública, ela requer o compartilhamento de responsabilidades na condução, acompanhamento e avaliação da sua implementação.

Comprometida com uma nova orientação do trabalho em saúde, essa política destaca a educação como componente estratégico da gestão do SUS, para:

Enfrentar as situações complexas vividas no cotidiano, como a qualificação dos serviços na condição de rede de atenção integral à saúde e a ampliação dos processos participativos e de responsabilização, tanto na democratização do trabalho como no exercício do direito à saúde pelos usuários.

Implementar inovações ao processo de trabalho, pela qualificação técnica, mas também pedagógica, gerencial, humanística, ética e política.

Implementar a humanização do cuidado à saúde, tomando as histórias ou os estados de saúde-doença como processo de construção de vivências individuais ou coletivas, e não apenas como efeito de histórias e estados biológicos.

Aproximar as estruturas de gestão e de controle social do SUS das instituições formadoras e do movimento estudantil e social, na construção das prioridades e das estratégias de aprendizagem significativa.

Entender o cotidiano como fonte de produção de conhecimentos e tecnologias para a prática, em que a formação e o desenvolvimento estejam, permanentemente, integrados ao processo institucional do trabalho.

Os trabalhadores, como força criativa da produção de serviços de saúde, conquistam um espaço estratégico nessa política. Para ampliar a sua atuação na redefinição das práticas profissionais, eles devem participar da construção e da gestão da sua educação permanente em saúde.

As instituições formadoras não devem ocupar apenas um espaço de produção científica e qualificação de quadros profissionais, elas devem se tornar parceiras do Sistema Único de Saúde, efetivando a máxima interação entre o mundo do ensino e o mundo do trabalho, consolidando os compromissos públicos e a relevância social da formação, especialmente em saúde, onde existe mandato constitucional para a ação conjunta.

Os subtemas abordados nessa temática são:

- **Formalização e execução da educação na saúde**
- **Pólos de educação permanente em saúde**
- **Graduação das profissões da saúde orientada para o SUS**
- **Interação com o movimento estudantil da área da Saúde**
- **Residência e especialização em serviço na área da Saúde**
- **Serviço civil profissional em saúde**
- **Profissionalização técnica em saúde**
- **Formação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS)**
- **Interação com os usuários para um trabalho centrado nas necessidades sociais por saúde**

- **Educação e ensino nos hospitais universitários e auxiliares de ensino**
- **Financiamento da educação na saúde**

## **HISTÓRICO**

A 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986) foi o marco histórico da reforma sanitária. Junto às discussões sobre universalização, equidade e democratização, também foram discutidas questões relativas aos trabalhadores em saúde, como remuneração condigna e isonomia salarial.

A I Conferência Nacional de Recursos Humanos (1986), consolidou as análises até então realizadas sobre o assunto.

A II Conferência Nacional de Recursos Humanos (1993) analisou a saúde do povo brasileiro do ponto de vista de suas características e paradoxos, o processo de implementação do SUS e sua relação com os trabalhadores no processo de formação, qualificação e gestão do trabalho.

A 10ª Conferência Nacional de Saúde (1996) propôs a utilização de Norma Operacional Básica para normatizar a Gestão do Trabalho no SUS, por considerar que este instrumento de gestão (NOB) tem sido efetivo para a implementação das ações de descentralização, financiamento e controle social do SUS.

O Conselho Nacional de Saúde, reconhecendo a importância da gestão do trabalho para o SUS e a potência do instrumento NOB, deu o primeiro passo e deliberou por estabelecer os “princípios e as diretrizes” para a elaboração de documento.

Em 1998, foi apresentada a primeira versão de “Princípios e Diretrizes para a NOB/RH-SUS”, e em maio de 2000 foi publicada a 2ª edição da versão preliminar; a terceira edição foi lançada na 11ª Conferência Nacional de Saúde, com o indicativo de elaboração de um instrumento pela Comissão Intergestores Tripartite, de publicação do CNS e de implementação pelos gestores das três esferas de Governo.

Este trabalho foi coordenado e conduzido pela Comissão Intersetorial de Recursos Humanos – CIRH – e pela Mesa Nacional de Negociação do SUS. As representações dos trabalhadores tiveram participação efetiva e papel de destaque em todas as fases do processo.

É fundamental registrar que este processo, aparentemente longo (desde abril/98) de pesquisas, debates e elaboração foi definido, estrategicamente, para que houvesse a possibilidade de se ampliar a elaboração de todos os atores sociais envolvidos nesta questão, especialmente os trabalhadores, os gestores das três esferas de gestão do SUS, os usuários, os prestadores de serviços de saúde, a academia e representantes da OPAS. Foi um trabalho de resgate e consolidação de propostas, opiniões, produtos e experiências acumuladas nos últimos 15 anos, e também, de discussão sobre o alcance do instrumento para operacionalizar uma Política de Gestão do Trabalho dentro do Sistema Nacional de Saúde.

Como deliberação da 12ª conferência Nacional de Saúde, será realizada a 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, que deverá propor as diretrizes nacionais para a implementação da Política

nesta área, tendo por referência os Princípios e Diretrizes para a Gestão do Trabalho e da Educação no SUS (Norma Operacional Básica de Recursos Humanos – NOB/RH-SUS).

A 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde terá como eixos temáticos para debate: 1) Gestão do trabalho; 2) Educação na saúde; 3) Participação do trabalhador na gestão do trabalho e da educação na saúde; 4) Financiamento do trabalho da educação na saúde pela União, pelos Estados e pelos Municípios; 5) Controle social na gestão do trabalho e da educação na saúde; 6) Produção e incorporação de saberes a partir das práticas de trabalho, de gestão, de formação e de participação. E seu tema central será: **Trabalhadores de Saúde e a Saúde de Todos os Brasileiros: Práticas de Trabalho, de Gestão, de Formação e de Participação**; o qual deverá permear os debates.

Na construção deste caminho debatemos e discutimos em Porto Alegre uma proposta objetiva para a Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, buscando adequação das condições de trabalho e atendimento aos usuários; bem como, com a organização do sistema, a viabilização da qualidade, a facilitação do acesso e a humanização nos serviços de saúde.

## **PROPOSTAS DA 1ª CONFERÊNCIA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE DE PORTO ALEGRE - 2005**

### **EIXO TEMÁTICO I**

#### **Gestão do Trabalho em Saúde**

1. Garantir condições de trabalho dignas para o desenvolvimento do processo de trabalho e para a criação de novos empregos na área da saúde.
2. Diminuir os cargos comissionados das instituições públicas de saúde, observando que estes profissionais sejam tecnicamente qualificados, para que não ocorra desarticulação das políticas públicas, e que a aprovação de sua indicação seja homologada pelo conselho municipal de saúde.
3. Exigir que os trabalhadores não possam acumular funções, como no caso da "Operação Inverno", no mesmo local de lotação do seu exercício profissional, nem no mesmo horário de desempenho das suas atividades regulares, resguardando a aplicação adequada dos recursos públicos e a efetiva oferta aumentada de serviço.
4. As chefias e coordenações devem possuir qualificação adequada para o exercício da função e deve estabelecer-se processo de eleição direta para as chefias das unidades básicas de saúde.
5. Os Ministérios da Saúde, da Educação e do Trabalho devem, em amplo debate com a sociedade e com os conselhos de classe, estabelecer os limites profissionais e os atos regulatórios a fim de implementar o modelo de atenção preconizado pelo SUS, onde a integralidade é o eixo do cuidado.
6. Estruturar melhor os serviços, aumentando o número de trabalhadores da área, garantindo que seu ingresso no SUS seja somente através de processo seletivo público.

7. Implantar mecanismos e instrumentos que sejam capazes de promover a valorização do trabalho no SUS e de todos os trabalhadores em saúde, garantindo que todos sejam vistos e vejam-se com igual importância para o funcionamento do sistema.
8. Redimensionar as equipes para atender as necessidades de saúde de seu território de responsabilidade, buscando desenvolver estratégias para enfrentar as dificuldades no processo de trabalho, geradas pelo (a/s):
  - a) aumento da demanda;
  - b) pouca infra-estrutura (falta de espaços individuais e coletivos para a qualificação do atendimento);
  - c) sucateamento do atendimento;
  - d) escassez de cotas das Unidades de Saúde para o encaminhamento de exames e consultas especializadas;
  - e) aumento de tarefas;
  - f) falta de qualificação profissional;
  - g) aumento da demanda por saúde mental e falta de referência para o encaminhamento do atendimento.
9. Contratar cotas com especialistas para melhorar o fluxo de atendimento enquanto não houver concurso público. No entanto, é fundamental que se defenda a abertura de concurso público para evitarmos a terceirização dos serviços e a precarização do trabalho.
10. Garantir a contratação de profissionais por processo seletivo público, para ampliar as equipes de trabalho nos vários níveis de atenção e garantir a interdisciplinaridade e a integralidade no cuidado.
11. Criar e implementar as mesas de negociação permanente do trabalho, e que estas sejam compostas por usuários, gestores/prestadores e trabalhadores, juntamente com suas entidades representativas.
12. Criar colegiados de gestão nos serviços com a participação de trabalhadores e usuários, como por exemplo os conselhos gestores, os quais fazem parte da estrutura de gestão dos serviços.
13. Os cargos de gerência dos serviços de saúde do SUS devem ser ocupados por trabalhadores com experiência e conhecimento no objeto da gerência e contratados por concurso público.
14. Os critérios para a definição de chefias e gerências distritais devem ser: conhecimento do SUS, ser servidor do quadro por concurso e ter experiência em saúde coletiva.
15. O Conselho Nacional de Saúde deve articular, juntamente com o Congresso Nacional, propostas para a flexibilização da Lei de Responsabilidade Fiscal no setor de saúde e de educação.
16. Criar o plano de cargos, carreiras e salários do SUS com garantia de:
  - a) Isonomia salarial conforme nível de formação e tipo de contratação;
  - b) Incentivo à qualificação profissional (licença do trabalho, manutenção do salário, gratificação por qualificação);
  - c) Jornada de trabalho de 30 horas
17. Os sindicatos devem lutar pela regulamentação do Plano de Cargos, Carreiras e Salários - PCCS - dos trabalhadores do SUS; deve haver pressão dos trabalhadores para que se estabeleçam as mesas de negociação do SUS; e os trabalhadores devem tomar a frente do processo, para evitar que o mesmo se perca.
18. Os participantes da I Conferência Municipal da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde exigem a efetivação uma Política de Saúde do Trabalhador.

19. Viabilizar a contratação de Agentes Comunitários de Saúde por concurso público, porém, garantindo o critério da moradia próxima ao local de trabalho.
20. A relação de trabalho entre as diferentes profissões nos serviços de saúde deve ser horizontal, não havendo diferenças hierárquicas entre uma e outra.
21. Potencializar a articulação de ações entre as diferentes Secretarias para a promoção de saúde, a exemplo do que é feito através do Núcleo de Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente - NASCA.
22. Garantir a informatização dos serviços de saúde como estratégia potencializadora da qualificação do trabalho.
23. Garantir que o PCCS do SUS contemple mecanismos legítimos de estímulo, como vantagens financeiras, para a jornada de trabalho com dedicação exclusiva.
24. Inserir profissionais capacitados para Gestão e para a Administração do SUS, buscando qualificar a organização e o funcionamento do sistema.
25. O gestor deve estabelecer através de contrato de metas o número de atendimentos dos hospitais filantrópicos.
26. Investir em informação e comunicação para possibilitar aos usuários maior adesão aos tratamentos, fazendo uso do SUS de forma consciente.
27. Banir a terceirização dos serviços nos contratos de trabalho no SUS.
28. Valorizar a promoção e prevenção da saúde na rede básica, priorizando a criação e implementação de serviços, como o CAPS infantil, dentre outros.
29. Garantir a criação e implementação de um Plano de Cargos, Carreiras e Salários – PCCS - que contemple os trabalhadores do Programa de Saúde da Família.
30. Articular o Programa Municipal de Redução de Danos nas 16 Regiões Sanitárias, garantindo a capacitação e o acompanhamento pelos Conselhos Distritais de Saúde.
31. Instituir uma política de valorização dos trabalhadores da rede, viabilizando incentivos financeiros para serviços de lotação de difícil acesso como forma de garantir atenção à saúde.
32. Adequar os ambientes de trabalho para os trabalhadores e usuários portadores de deficiências.
33. As instituições públicas e privadas de saúde devem estabelecer mecanismos de incentivo que ampliem a participação dos trabalhadores nos eventos oficiais do controle social.
34. As instituições filantrópicas devem receber incentivos públicos somente após reiniciar as negociações coletivas com as entidades sindicais.
35. Estabelecer indicadores técnicos para a composição de equipe básica: composição e número de trabalhadores de acordo com a realidade de necessidades em saúde e epidemiológica do distrito sanitário.
36. Prever o treinamento básico para todo o profissional que ingresse no serviço público na área da saúde, com noções de ética, posturas profissionais frente ao usuário, direito administrativo, e conhecimento do SUS, extensivo



a todos os níveis de profissionais, independente do cargo a ocupar. Possibilitar a criação de um centro de formação em que isso se realize.

## **EIXO TEMÁTICO II**

### **Gestão da Educação em Saúde**

1. O gestor deve exercer seu papel no fomento à Educação Permanente em Saúde através da divulgação de dados e atualização em saúde ao quadro dos trabalhadores da Rede SUS, sem partidarismos; liberar ponto para a qualificação profissional; direcionar financiamento para a atualização profissional e valorização da Educação Permanente no PCCS.
2. Deve haver incentivo amplo por parte do Gestor para as Especializações em Saúde Coletiva.
3. A Extensão Universitária no SUS deverá ter caráter permanente e transversal na graduação dos cursos da área da saúde e áreas complementares.
4. A qualificação multiprofissional e interdisciplinar nos diversos níveis de atenção à saúde devem ter em vista as demandas sociais da população.
5. A qualificação de preceptores e supervisores de Residências em Saúde devem se nortear pelos princípios e diretrizes do SUS.
6. Garantir recursos específicos para Educação Popular em Saúde em todas as esferas de gestão.
7. Garantir que a formação dos trabalhadores em saúde seja regida pela ética e moral, e seja problematizadora por meio de uma qualificação crítica, analítica, política e propositiva orientada para o trabalho no SUS e seus princípios.
8. Criar mais cursos e vagas públicas de formação para o SUS, de acordo com a realidade local, utilizando critérios de seleção que assegurem a fixação dos profissionais.
9. Desenvolver estratégias de fortalecimento dos Pólos de Educação Permanente em Saúde; criação de núcleos locais (municipais ou distritais) para a educação permanente em saúde, com garantia de todos os atores previstos na portaria 198/04 do Ministério da Saúde.
10. Criar novas residências integradas, com garantia de uma Comissão Nacional de Residências Multiprofissionais em Saúde ampliada.
11. Promover a aproximação do gestor com todas as Instituições formadoras visando garantir a formação voltada para a realidade.
12. As Instituições de Ensino Superior - IES - devem garantir a contrapartida ao gestor, na forma de abertura de campos de qualificação de trabalhadores e usuários do SUS.

13. Os Pólos de Educação Permanente em Saúde devem vincular-se aos Conselhos Municipais de Saúde respeitando o caráter deliberativo do Controle Social e incluir representação dos movimentos sociais e das entidades de ensino médio da área da saúde.
14. Buscar o incremento da qualificação e desenvolvimento do trabalhador de saúde pelas Instituições de Ensino.
15. A qualificação dos profissionais da saúde deve ser financiada pelos três entes federados (União, Estados e Municípios) e deve ser voltada para a formação para o SUS, priorizando as ações desenvolvidas nas instituições formadoras públicas. A carga horária destes cursos deve poder ser de, pelo menos, 50% em horário de trabalho.
16. Garantir a profissionalização dos agentes comunitários de saúde, orientados para o trabalho no SUS e seus princípios.
17. Garantir uma Política de Educação Permanente para os trabalhadores do SUS em todos os níveis.
18. Garantir verba para atualização de todos os trabalhadores de saúde via Pólos de Educação Permanente em Saúde.
19. Estimular os usuários para refletirem sobre a atuação interdisciplinar da atenção à saúde e participarem dos debates de construção da formação desse perfil de trabalhador em saúde.
20. Comprometer as IES com o investimento em ações de Saúde Coletiva, buscando a sensibilização no sentido da humanização da formação em saúde.
21. As instituições de ensino devem orientar a formação dos estudantes para o Sistema Único de Saúde.
22. Ofertar mais estágios na rede pública de Porto Alegre e que o gestor assuma seu papel educador, formador e articulador.
23. Investir na infra-estrutura dos serviços através da aquisição de equipamentos, mobiliários, treinamento para o manejo dos equipamentos com a manutenção periódica e área física adequada à receptividade humanizada aos usuários.
24. O SUS só se consolida em âmbito de formação se houver sensibilização da IES. Por isso, permitir essa integração para que possam trabalhar em conjunto para a modificação dos projetos político-pedagógicos dos cursos, incluindo-se a ênfase na humanização da formação, dentre outros aspectos envolvidos.
25. Estabelecer uma política de estágios em saúde coletiva em parceria com a IES e a rede assistencial do SUS. Que a Secretaria Municipal da Saúde - SMS, em parceria com as universidades, possibilite uma maior interação dos estudantes com a rede SUS do município.
26. Extra-muros – incentivar e estimular ações de extensão universitária, com participação e mobilização do controle social.
27. Aproximar as IES à realidade do SUS para que as graduações em saúde conheçam o “fazer” e “refazer” em Saúde Coletiva, garantindo que os futuros trabalhadores em saúde conheçam o SUS.
28. Promover a abertura da gestão em todas as esferas para a construção de projetos em conjunto com o movimento estudantil, a exemplo do Projeto VER-SUS.
29. Os estagiários curriculares não devem ser utilizados para substituir a falta de trabalhadores no SUS, garantindo que suas incumbências sejam pactuadas em contrato, que haja respaldo e supervisão de profissional qualificado e que ele conheça a realidade do SUS, priorizando os estágios curriculares das universidades públicas.

30. Os estágios devem ser realizados em todos os serviços do SUS municipal, até mesmo nos locais mais distantes, para que os estagiários vivenciem as situações reais enfrentadas pelos servidores.
31. Os trabalhadores de saúde devem ter formação ética, bem como devem conhecer ética profissional em educação em saúde.
32. Possibilitar o fortalecimento da cooperação técnica entre as instâncias estaduais e municipais, instrumentalizando os técnicos em saúde mediante a criação de cursos de capacitação permanente, objetivando a desburocratização dos procedimentos.
33. Promover de forma sistemática a aproximação de técnicos gestores do SUS, controle social, coordenadores de cursos, professores e estudantes da área da saúde, mediante a construção de espaços permanentes de discussão e troca de experiências, com pautas como: conferências, palestras, seminários e aulas-debate.
34. Promover uma discussão ampla com a sociedade e o controle social sobre a regulamentação e a regulação das profissões de saúde e complementares.
35. Investir na humanização da relação entre o profissional e usuário.
36. A SMS deve estabelecer uma política de estágio em parceria com a IES e escolas técnicas profissionais possibilitando uma ampliação do cenário de formação dos estudantes na rede SUS do município.
37. Capacitar a equipe de saúde para atuar conjuntamente com os Agentes Comunitários de Saúde.
38. Construir indicadores orçamentários e de impacto para a educação permanente em saúde.
39. Garantir recurso financeiro no orçamento do município para o desenvolvimento dos trabalhadores da saúde, exemplificando-se com a utilização do recurso financeiro arrecadado na fiscalização da vigilância sanitária, que é utilizada para este fim.
40. Priorizar fomento a pesquisas na área de saúde coletiva, no interesse do SUS.
41. Implementar mudanças curriculares, estabelecendo ações cooperadas entre o SUS, as instituições de ensino, os estudantes, os professores e os movimentos sociais.
42. Orientar a formação de profissionais de forma a garantir a atenção integral com equidade, considerando fatores étnicos e raciais; e as doenças prevalentes nas várias etnias, tais como negros, amarelos e indígenas.
43. Exigir maior comprometimento dos Residentes de Saúde Coletiva com a continuidade do trabalho na atenção básica à saúde.
44. Exigir urgência na regulamentação da lei das residências multiprofissionais.
45. Estimular a formação e capacitação das equipes de saúde para o atendimento na área do idoso.
46. Promover amplo debate para que ocorra uma repactuação social das demandas, priorizando a formação e a capacitação diversificada enquanto forma de atender ao desenvolvimento do Estado brasileiro.
47. Promover a formação massiva de facilitadores de Educação Permanente em Saúde e ativadores de mudanças no ensino da graduação e do ensino técnico em saúde.
48. Construir critérios nacionais para expansão de cursos e de vagas nos cursos superiores em saúde (em cumprimento às determinações do Conselho Nacional de Saúde), dentre os quais destacamos: não abrir cursos

isolados de centros de ciências da saúde, bem como a necessidade de justificativas regionais ou sociais que implicam ações objetivas nos processos seletivos e de gestão.

49. Reafirmar a iniciativa do Projeto VER-SUS/Brasil (Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde do Brasil), oportunizando o contato direto dos estudantes com as realidades sociais, com os movimentos sociais e os conselhos de saúde.
50. Implementar massivamente programas de especialização e de residência em Atenção Básica e em Saúde Coletiva, estabelecendo critérios para as áreas, profissões, vagas e cenários de aprendizagem, com ênfase nas regiões urbanas, integradas ao trabalho das equipes e articuladas aos sistemas municipais de saúde (o financiamento deve ter caráter regulador).
51. Criar programas de bolsas para residências e especializações em Atenção Básica e em Saúde Coletiva nos municípios do país com mais de 500 mil habitantes, em todos os estados, construindo e implementando um sistema de regulação educacional e realizando ações de integração entre os setores da saúde e da educação.
52. Reconhecer as residências e as especializações em saúde na pontuação e na valoração para processos seletivos, concursos e carreira, em reconhecimento aos aperfeiçoamentos especializados feitos pelo próprio SUS.
53. Implementar o Serviço Civil Profissional em Saúde a partir de uma noção ampliada, contemplando: financiamento diversificado em apoio às iniciativas inovadoras de mérito social, atendimento às localidades de difícil fixação (periferias urbanas, zona rural, sertão, Amazônia, fronteiras).
54. O financiamento dos hospitais de ensino deve ser por orçamento coerente com a certificação e a contratualização, não por programas de incentivo pontual; o hospital deve inserir-se em rede de atenção e de formação, integrar-se à construção do SUS, na pesquisa, na assistência, na formação, no desenvolvimento científico, na avaliação tecnológica apropriada e na participação nos Pólos de Educação Permanente em Saúde.
55. Regulamentar e padronizar o protocolo de orçamentação dos planos de saúde nas diversas esferas de governo de maneira que os recursos financeiros para a educação na saúde estejam na ordem de no mínimo 1% dos recursos destinados ao SUS.
56. Construir indicadores orçamentários para a implementação de políticas de Educação na Saúde que se baseiem em:
  - a) transparência, suficiência, sustentabilidade como política de expressão do SUS (montagem de uma rede-escola);
  - b) reconhecimento do campo, conhecimento das necessidades e prioridades locais;
  - c) estabelecimento de ações cooperadas entre SUS e instituições de ensino, estudantes, professores e movimentos sociais;
  - d) construção da formação regular e oficial da especialização em área profissional dentro do SUS.
57. A utilização de indicadores orçamentários deve servir de parâmetro para interrogar se as metas relativas à formação e ao desenvolvimento terão compromisso de execução na gestão do sistema de saúde.

58. Construir efetivamente programas de bolsas de educação no trabalho (para estudantes, para profissionais, para tutores, para preceptores, para orientadores de serviço e para docentes, em colaboração com o SUS).

### **EIXO TEMÁTICO III**

#### **Participação do trabalhador na gestão e negociação do trabalho e na gestão da educação na saúde**

1. Realizar a discussão acerca do atendimento ao trabalhador de saúde no seu local de trabalho no CMS e que ela seja acatada pelo gestor.
2. Incentivar a participação dos trabalhadores no Controle Social, através da divulgação das instâncias de participação.
3. A gestão do trabalho nas equipes de saúde deve garantir espaço para a reflexão e a educação permanente do e no processo de trabalho.

### **EIXO TEMÁTICO IV**

#### **Financiamento do trabalho e da educação na saúde pela União, pelos estados e pelos municípios**

1. Cobrar o devido direcionamento do financiamento da saúde, também através da utilização da CPMF (Contribuição Provisória sobre Movimentação Fiscal).
2. Assegurar um orçamento específico na área da saúde para o desenvolvimento profissional, investindo em educação em saúde para os trabalhadores da rede de serviços e dos futuros trabalhadores do SUS, bem como em ações de educação popular em saúde.
3. Garantir a alocação de recursos financeiros pelas três esferas de governo para ações de Educação Permanente em Saúde, para cada localidade conforme necessidade pactuada nos Pólos de Educação Permanente.
4. Desenvolver e implementar mecanismos de fiscalização, controle dos investimentos em saúde, buscando diminuir os problemas de mau uso do dinheiro público.
5. Os gestores, nas esferas da União, do Estado e do Município devem fortalecer a Política de Educação Permanente em Saúde, assegurando aos Pólos de Educação Permanente em Saúde o seu caráter democrático, garantindo a participação de estudantes, professores, gestores, usuários e trabalhadores.

### **EIXO TEMÁTICO V**

#### **Controle social na gestão do trabalho e da educação em saúde**

1. Incentivar maior participação dos usuários nos fóruns de discussão do trabalho em saúde.
2. Estabelecer fóruns intersetoriais do controle social na execução de políticas públicas.
3. Os gestores devem incentivar a participação de todos os segmentos no controle social.
4. Condicionar o repasse de recursos financeiros à criação de câmaras técnicas nos serviços conveniados ao SUS, compostas por usuários, trabalhadores, prestadores e gestores.
5. Assegurar maior participação do controle social nos pólos de Educação Permanente em Saúde, garantindo o olhar e a construção plural das ações de educação permanente em saúde, de acordo com as necessidades sociais.
6. Fortalecer o Conselho Local de Saúde para atuar em conjunto com os trabalhadores e os serviços de saúde, através da capacitação de conselheiros na área da Educação em Saúde, Saúde Ambiental, dentre outras.
7. Organizar os Conselhos Locais de Saúde para garantir voz à comunidade.
8. Promover maior participação dos trabalhadores de saúde no Controle Social local, distrital e municipal.
9. Sensibilizar e capacitar a comunidade para uma maior participação dos usuários no controle social, buscando aumentar a interação com os trabalhadores de saúde e o entendimento dos problemas de saúde.
10. Garantir a participação do controle social no estabelecimento de normas para a abertura de novos cursos de formação na área da saúde e para a regulação profissional.
11. Incentivar a participação dos estudantes no Controle Social, através de articulação entre o Conselho Municipal de Saúde e as IES que têm cursos de graduação em saúde; para que ofereçam palestras, seminários e semanas acadêmicas sobre o SUS, construindo uma agenda positiva.
12. Estabelecer uma agenda entre o Controle Social e as IES, buscando maior participação da comunidade acadêmica nos espaços de controle social do SUS.
13. Criar uma Comissão de Educação dentro do Conselho Municipal de Saúde para oferecer palestras às IES, favorecendo a aproximação com as mesmas. Estabelecer parceria entre a Gestão Social da Saúde e a Gestão Social da Educação para viabilização deste projeto.
14. Garantir espaços de diálogo, participação e construção conjunta com o Controle Social nos Conselhos Deliberativos de Unidade das IES (Faculdades, Institutos, etc).
15. Garantir a participação de todos os segmentos sociais na articulação interinstitucional e intersetorial dos Pólos de Educação Permanente em Saúde, com vistas à promoção do debate ampliado e democrático, e ao controle e desenvolvimento de propostas e projetos financiados pelo Estado.

## **EIXO TEMÁTICO VI**

### **Produção e incorporação de saberes a partir das práticas de trabalho, de gestão, de formação e de participação.**

1. Reforçar a parceria entre trabalhadores e usuários, como forma de garantir o vínculo e o aprendizado no cotidiano do trabalho em saúde.
2. Valorizar a prática da escuta humanizada, com registros formais, buscando a qualificação do atendimento e do profissional de saúde.

3. Exigir a melhoria na organização do Sistema de Saúde ampliando a integração com as instituições de ensino, para garantir estrutura de atenção integral à saúde com resolutividade e qualidade.
4. Valorizar o acolhimento e a humanização do cuidado em saúde.
5. Estimular atividades de vivência de estudantes da área da saúde em comunidades e movimentos sociais, e que para tanto haja abertura da Gestão do SUS municipal para a construção com o Movimento Estudantil, a fim de que os estudantes conheçam o sistema globalmente (exemplo Projeto VER-SUS); garantir que as equipes participantes do projeto sejam multiprofissionais e interdisciplinares, para que se pensem ações em conjunto e que haja a participação dos usuários neste processo.
6. Os Residentes de Saúde Coletiva devem estar junto com a comunidade, organizados com os Conselhos Locais de Saúde.
7. Promover a formação dos Agentes Comunitários de Saúde, respeitando o aprendizado oriundo da prática de trabalho e tornando-o objeto do seu processo constante de desenvolvimento.
8. Inserir os estudantes na comunidade através de atividades curriculares e extracurriculares para que vivenciem a realidade social, incentivando a mudança da formação acadêmica hospitalocêntrica, fragmentada, elitista e inadequada às demandas sociais. Exigir a discussão acerca do papel social da universidade e o estabelecimento de vínculos com a comunidade, sensibilizando e problematizando os atores envolvidos.
9. Articular programas de promoção de saúde em toda a rede pública municipal de ensino, com a participação de estudantes dos cursos da área da saúde e voluntários.

## **MOÇÕES**

### **Moção nº 01**

O plenário da 1º Conferência Municipal de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde de Porto Alegre aprova o apoio ao cumprimento da totalidade do capítulo correspondente aos recursos humanos da Lei Orgânica da Saúde (artigos 27 e 30).

### **Moção nº 02**

O plenário da 1º Conferência Municipal de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde de Porto Alegre aprova o apoio à regulamentação do artigo 200 da Constituição, que atribui aos SUS a competência de ordenar a formação dos recursos humanos em saúde.

**Moção nº 03**

O plenário da 1º Conferência Municipal de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde de Porto Alegre aprova o apoio à implementação das Novas Diretrizes Curriculares na área da saúde.

**Moção nº 04**

O plenário da 1º Conferência Municipal de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde de Porto Alegre aprova o apoio à continuação do Processo VER-SUS, com a pactuação por todos os atores sociais (gestores, trabalhadores, usuários e movimento estudantil).

**Moção nº 05**

O plenário da 1º Conferência Municipal de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde de Porto Alegre aprova o apoio à ampliação da oferta de residências e especializações interdisciplinares em Saúde Coletiva.

**Moção nº 06**

O plenário da 1º Conferência Municipal de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde de Porto Alegre aprova o apoio à revisão e atualização da resolução 287/98 do Conselho Nacional de Saúde que reconhece 14 cursos de graduação como sendo da área da saúde. Apoiando que esta revisão contemple a inclusão do curso de Administração de Sistemas e Serviços de Saúde na competência deste campo de atuação, conforme a moção de apoio número 2, constante no relatório final da 12ª Conferência Nacional de Saúde.

**Moção nº 07**

O plenário da 1º Conferência Municipal de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde de Porto Alegre aprova o apoio à implementação imediata dos princípios e diretrizes da NOB/RH SUS.

**Moção nº 08**

O plenário da 1º Conferência Municipal de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde de Porto Alegre aprova o apoio à instituição da Política de Serviço Civil Profissional na área da saúde, enquanto estratégia de articulação e comprometimento entre as instituições formadoras e o sistema de saúde. O Serviço Civil deve preconizar



a educação permanente no cotidiano do cuidado, promovendo espaços de serviço e aprendizagem de forma ativa, desde a organização do processo de trabalho no SUS. Um dos instrumentos de formação dessa política é a estratégia das residências integradas e multiprofissionais, inseridas na realidade do trabalho nos serviços de saúde e a forma de melhor implementá-la é através do planejamento das ações, para, através da descentralização, promover condições de regionalização das ações de saúde.

#### **Moção nº 09**

O plenário da 1º Conferência Municipal de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde de Porto Alegre aprova o apoio ao incentivo de forma consistente das mudanças dos cursos de graduação das profissões de saúde no Brasil, manifestando repúdio a programas fragmentários como o antigo PROMED ou outros que nele busquem referência, como o anunciado Pró-Saúde que retorna à prática de compra de projetos de mudança na graduação, o que definitivamente não impacta no perfil profissional com a intensidade que as mudanças requeridas indicam.

#### **Moção nº 10**

O plenário da 1º Conferência Municipal de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde de Porto Alegre aprova o apoio à destinação de no mínimo 1% dos recursos do orçamento das três esferas de governo para investimento em educação na saúde, conforme resolução da 11ª Conferência Nacional de Saúde.

#### **Moção nº 11**

O plenário da 1º Conferência Municipal de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde de Porto Alegre aprova o apoio e incentivo para a imediata negociação da criação dos Planos de Cargos Carreiras e Salários – PCCS

#### **Moção nº 12**

O plenário da 1º Conferência Municipal de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde de Porto Alegre aprova o apoio e incentivo para a imediata negociação da criação dos Planos de Cargos, Carreiras e Salários – PCCS – com o apoio e engajamento dos gestores, trabalhadores, entidades das categorias profissionais e do controle social.

#### **Moção nº 13**

O plenário da 1º Conferência Municipal de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde de Porto Alegre aprova o apoio em relação à necessidade de mudanças na lei de responsabilidade fiscal, flexibilidade fiscal e flexibilização nas contratações de recursos humanos considerando a relevância da área da saúde.

**Moção nº 14**

O plenário da 1º Conferência Municipal de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde de Porto Alegre aprova o apoio ao substitutivo de Projeto de Lei 1140/03, de autoria do Deputado Rubens Otoni, o qual propõe a regulamentação dos profissionais auxiliares em Odontologia, Técnico em Higiene Dental e Auxiliar de Consultório Dentário, os quais realizam trabalho de extrema importância e utilidade na mudança do atual quadro epidemiológico brasileiro.

**Moção nº 15**

O plenário da 1º Conferência Municipal de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde de Porto Alegre aprova o repúdio à implementação das políticas do PROSAÚDE e do PROMED em detrimento da Política do APRENDER-SUS, mais ampla e eficaz.

**Moção nº 16**

O plenário da 1º Conferência Municipal de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde de Porto Alegre aprova o repúdio à retirada da Coordenação de Movimentos Sociais da Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde.

**Moção nº 17**

O plenário da 1º Conferência Municipal de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde de Porto Alegre aprova o repúdio ao Projeto de Lei – PL 25/02, correspondente ao Ato Médico, e aos demais atos profissionais, entendendo que necessitamos de uma repactuação dos compromissos profissionais com o processo de trabalho no SUS, propondo um novo pacto de regulação profissional na área da saúde.

**Moção nº 18**

O plenário da 1º Conferência Municipal de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde de Porto Alegre aprova o repúdio ao pouco caso dado pelos trabalhadores de saúde, gestores, instituições de ensino, coordenadores de cursos e professores da área da saúde a esta Conferência, que foi chamada para sua participação e atualização.

## **COMISSÃO ORGANIZADORA**

### **Comissão Executiva**

Nei Carvalho – Conselho Municipal de Saúde

Ana Maria Araújo Cirne – Conselho Municipal de Saúde

José Eri Medeiros – Secretaria Municipal de Saúde

Juliana S. Proença - Secretaria Municipal de Saúde

### **Comissão Temática**

Mariana Bertol Leal – Fórum de Entidades Estudantis da Saúde da Região Metropolitana de Porto Alegre

Dagoberto Machado – Fórum de Entidades Estudantis da Saúde da Região Metropolitana de Porto Alegre

Carlos Alberto Melotto – Universidade Estadual do Rio Grande do Sul

Patrícia Fogaça Fernandes – SAÚDES / UFRGS

Karina Arregui Zílio – SAÚDES / UFRGS

Anemarie da Silveira Bender – Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Odontologia

Marcos Breunig – Usuário

Stênio Rodrigues – Grupo Hospitalar Conceição

Lísia Hause Gabe – Sindicato dos Farmacêuticos do RS; Conselho Regional de Farmácia do RS

Débora Mellechi – Sindicato dos Farmacêuticos do RS; Conselho Regional de Farmácia do RS

Ana Maria Araújo Cirne – Conselho Municipal de Saúde

Nara Veras – Conselho Regional de Nutricionistas 2º Região

Juliana S. Proença – Secretaria Municipal de Saúde

Nei Carvalho – Conselho Municipal de Saúde

Ana Maria Martins Moreira – Sindicato dos Médicos do RS

### **Comissão de Comunicação e Divulgação**

Oscar Paniz - Conselho Municipal de Saúde

Darcy V. de Azeredo – Conselho Distrital de Saúde Eixo Baltazar

Miriam Bravo – Secretaria Municipal de Saúde

Alair Rosinete Silva – SINDISAÚDE

Rosa Anacleta S. V. Carvalho – SINDISAÚDE

Ana Lúcia Fumegalli – CRST

Maria da Graça Labrea – Conselho Regional de Nutricionistas 2º Região

Elen Maria Borba – Conselho Distrital de Saúde Centro

Tereza D. de Souza – SINDIMETRO

### **Comissão de Infra-Estrutura**

Ana Maria Araújo Cirne – Conselho Municipal de Saúde

Maria Encarnación Ortega - Conselho Distrital de Saúde Leste

Darcy V. de Azeredo – Conselho Distrital de Saúde Eixo Baltazar

Elen Maria Borba – Conselho Distrital de Saúde Centro

João Alberto Lacerda - Secretaria Municipal de Saúde

### **Comissão de Sistematização e Relatoria**

Mariana Bertol Leal – Fórum de Entidades Estudantis da Saúde de Porto Alegre

Dagoberto Machado – Fórum de Entidades Estudantis da Saúde de Porto Alegre

Carlos Alberto Melotto – Universidade Estadual do Rio Grande do Sul

Patrícia Fogaça Fernandes – SAÚDES / UFRGS

Karina Arregui Zílio – SAÚDES / UFRGS

Anemarie da Silveira Bender – Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Odontologia

Raquel Porcher – Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Odontologia

Lísia Hause Gabe – Sindicato dos Farmacêuticos do RS; Conselho Regional de Farmácia do RS

Débora Mellechi – Sindicato dos Farmacêuticos do RS; Conselho Regional de Farmácia do RS

Ana Maria Araújo Cirne – Conselho Municipal de Saúde

Oscar Paniz - Conselho Municipal de Saúde

Elen Maria Borba – Conselho Distrital de Saúde Centro

João Alberto Lacerda - Secretaria Municipal de Saúde

Zilda de Moraes Martins – Conselho Distrital de Saúde Partenon

Paulo Rodolfo Ribeiro – Sindicato dos Aeroviários

Stênio Rodrigues – Grupo Hospitalar Conceição

Maria Juliana M. Correa – Associação Brasileira de Saúde Coletiva

### **Revisão Final**

Anemarie da Silveira Bender – Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Odontologia

Marcos Breunig – Usuário

Mariana Bertol Leal – Fórum de Entidades Estudantis da Saúde de Porto Alegre

Patrícia Fogaça Fernandes – SAÚDES / UFRGS

## **ANEXOS**

### **ANEXO I**

#### **Programação da 1º Conferência Municipal de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde**

#### **Dia 09 de setembro de 2005**

##### Credenciamento

##### Cerimônia de Abertura da 1ª CMGTES

- Clarita de Souza - Representante do Ministério da Saúde – Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
- Pedro Gus – Secretário da Saúde do Município de Porto Alegre
- Nei Carvalho - Presidente do Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre
- Pantelis Varvakis Rados - Representante das Instituições Formadoras – Vice-Diretor da Faculdade de Odontologia UFRGS

- Anemarie Bender - Representante do Movimento Estudantil de Saúde de Porto Alegre

### Aprovação do Regimento Interno da 1ª CMGTES

#### Mesa Temática

Desafios do SUS na Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde para enfrentar na contemporaneidade um mundo complexo.

**Coordenação:** Nei Carvalho – Presidente do CMS de Porto Alegre

**Palestrante:** Maria Luíza Jaeger – ex-Secretária de Saúde

### **Dia 10 de setembro de 2005**

#### Painéis Temáticos:

#### **Painel 1: Gestão da Educação em Saúde**

A problematização dos processos de trabalho geram transformação? A estratégia de educação permanente e o papel da formação para afirmação do SUS em POA.

**Coordenação:** Tatiana - Representantes do CAGDTS da SMS de Porto Alegre

**Palestrante:** Ronaldo Bordin – Docente – UFRGS e Conselheiro do Conselho Estadual de Saúde

**Palestrante:** Ricardo Burg Ceccim – Docente - UFRGS

**Debatedor:** Mariana Bertol Leal - Representante do Movimento Estudantil da Saúde de Porto Alegre

#### Grupos de Trabalho

#### **Painel 2: Gestão do Trabalho em Saúde**

A visão contemporânea da gestão do trabalho na saúde para agir na complexidade do SUS: desafios e possibilidades.

**Coordenação:** Marinon Porto – Representante da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre

**Palestrante:** Roger dos Santos Rosa – Docente UFRGS

**Debatedor:** Nelci Dias – Sindicato dos Enfermeiros do Rio Grande do Sul - SERGS

## **Grupos de Trabalho**

### **Dia 11 de setembro de 2005**

Escolha dos Delegados para a Conferência Estadual de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde do Rio Grande do Sul

Plenária Final

**Coordenação:** Nei Carvalho - Presidente do CMS de Porto Alegre

**Coordenação Adjunta:** Ana Maria Cirne - CMS de Porto Alegre

Patrícia Fogaça Fernandes - Representante do ME de Saúde de Porto Alegre

**Relatoria:** Anemarie Bender - Representante do ME de Saúde de Porto Alegre

**Relatoria Adjunta:** Mariana Bertol Leal - Representante do ME de Saúde de Porto Alegre

Homologação dos Delegados

## **ANEXO II**

### **Pré-conferências municipais de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde**

Região Sul / Centro-Sul	01 de agosto de 2005
Região Leste	02 de agosto de 2005
Região Extremo Sul	08 de agosto de 2005
Região Partenon	09 de agosto de 2005
Região Eixo Baltazar	14 de agosto de 2005
Região Glória / Cruzeiro / Cristal	14 de agosto de 2005
Região Centro	23 de agosto de 2005

## **ANEXO III**

## **Propostas encaminhadas para a Conferência Estadual de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde.**

### **Gestão do Trabalho em Saúde**

1. Os Ministérios da Saúde, da Educação e do Trabalho devem, em amplo debate com a sociedade e com os conselhos de classe, estabelecer os limites e os atos regulatórios das profissões de saúde; na busca pela implementação do modelo de atenção à saúde preconizado pelo SUS, onde a integralidade é o eixo do cuidado.
2. Redimensionar as equipes de saúde a fim de que as necessidades de saúde do território de responsabilidade cada uma sejam atendidas, buscando desenvolver estratégias para enfrentar as dificuldades no processo de trabalho, geradas pelo(a)(s):
  - a) aumento da demanda;
  - b) pouca infra-estrutura (falta de espaços individuais e coletivos para a qualificação do atendimento);
  - c) sucateamento do atendimento;
  - d) problemas das poucas cotas das Unidades de Saúde para o encaminhamento de exames e consultas especializadas;
  - e) aumento de tarefas;
  - f) falta de qualificação profissional;
  - g) aumento da demanda por saúde mental e falta de referência para o encaminhamento do atendimento.
3. Garantir a contratação de profissionais, por processo seletivo público, para ampliar as equipes de trabalho nos vários níveis de atenção à saúde, e garantir a interdisciplinaridade e a integralidade no cuidado.
4. Criar e implementar mesas de negociação permanente do trabalho em saúde, compostas por usuários, gestores/prestadores e trabalhadores, juntamente com suas entidades representativas.
5. Criar colegiados de gestão nos serviços, com a participação de trabalhadores e usuários, a exemplo dos conselhos gestores que fazem parte da estrutura de gestão dos serviços onde estão implantados.
6. Os critérios para a definição de chefias e gerências distritais devem ser: domínio de conhecimentos sobre o SUS, ser servidor do quadro efetivo, concursado e com experiência em saúde coletiva.
7. O Conselho Nacional de Saúde deve articular, juntamente com o Congresso Nacional, propostas para a flexibilização da Lei de Responsabilidade Fiscal no setor da saúde e da educação.
8. Criar o plano de cargos, carreiras e salários do SUS (PCCS) com garantia de:
  - a) Isonomia salarial conforme nível de formação e tipo de contratação;
  - b) Incentivo à qualificação profissional (licença do trabalho, manutenção do salário, gratificação por qualificação);



- c) Mecanismos de estímulo, como vantagens financeiras, para a jornada de trabalho com dedicação exclusiva.
  - d) Jornada de trabalho de 30 horas.
9. Instituir uma política de valorização dos trabalhadores da rede de saúde, viabilizando incentivos financeiros para serviços de lotação de difícil acesso como forma de garantir atenção à saúde para toda a população.
  10. As instituições públicas e privadas de saúde devem estabelecer mecanismos de incentivo que ampliem a participação dos trabalhadores nos eventos oficiais do controle social.

### **Gestão da Educação em Saúde**

11. O gestor deve exercer seu papel no fomento à Educação Permanente em Saúde, através da divulgação de dados da situação de saúde da população e da atualização dos trabalhadores do quadro da rede de serviços do SUS, sem partidarismos; deve liberar ponto para a qualificação profissional; deve direcionar financiamento para a atualização dos trabalhadores e valorizar a Educação Permanente para o desenvolvimento da carreira no plano de cargos, carreiras e salários do SUS (PCCS-SUS).
12. A qualificação multiprofissional e interdisciplinar nos diversos níveis de atenção à saúde deve ter em vista as demandas sociais da população.
13. Construir critérios nacionais para expansão de cursos e de vagas em graduações da saúde (em cumprimento às determinações do Conselho Nacional de Saúde), dentre os quais destacamos: não abrir cursos isolados de centros de ciências da saúde; ampliar a oferta de cursos em vagas públicas de formação para o SUS, de acordo com a realidade local; utilizar critérios de seleção que assegurem a fixação dos profissionais bem como contemplem justificativas de desenvolvimento e necessidades regionais ou sociais e que impliquem diretamente nos processos seletivos e de gestão destes cursos e vagas.
14. Desenvolver estratégias de fortalecimento dos Pólos de Educação Permanente em Saúde, como por exemplo, a criação de núcleos locais (municipais ou distritais) para a educação permanente, com garantia da participação de todos os atores previstos na portaria 198/04 do Ministério da Saúde.
15. O gestor deve aproximar-se de todas as Instituições formadoras visando garantir a formação voltada para a realidade da saúde no país.
16. A qualificação dos profissionais da saúde deve ser financiada pelos três entes federados (União, Estados e Municípios) e voltada para a formação para o SUS, priorizando as ações desenvolvidas nas instituições formadoras públicas, e que a carga horária destes cursos possa ser de, pelo menos, 50% durante o horário de trabalho.

17. Os estagiários curriculares não podem ser utilizados para substituir a falta de trabalhadores no SUS, deve-se garantir que suas incumbências sejam pactuadas em contrato, que haja respaldo de profissional qualificado e que ele conheça a realidade do SUS, priorizando os estágios curriculares das universidades públicas.
18. Implementar mudanças curriculares, estabelecendo ações cooperadas entre o SUS, as instituições de ensino, os estudantes, os professores e os movimentos sociais.
19. Promover a formação massiva de facilitadores de Educação Permanente em Saúde e ativadores de mudanças no ensino das graduação e do ensino técnico em saúde.
20. Reafirmar a iniciativa do projeto VER-SUS/Brasil (Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde do Brasil), oportunizando o contato direto dos estudantes com as realidades sociais, com os movimentos sociais, com os serviços e a gestão do sistema de saúde e com os conselhos de saúde.
21. Criar novas residências integradas, com garantia de uma Comissão Nacional de Residências Multiprofissionais ampliada, e reconhecer e valorizar as mesmas e as especializações em saúde na pontuação de processos seletivos, concursos e carreira, em reconhecimento aos aperfeiçoamentos especializados feitos pelo próprio SUS.
22. Criar e implementar massivamente programas (com bolsas) de especialização e de residência em Atenção Básica e em Saúde Coletiva, estabelecendo critérios para as áreas, profissões, vagas e cenários de aprendizagem, com ênfase nas regiões urbanas de periferia e regiões rurais, integradas ao trabalho das equipes e articuladas aos sistemas municipais de saúde (o financiamento deve ter caráter regulador).
23. O financiamento dos hospitais de ensino deve ser por orçamento coerente com a certificação e a contratualização, não por programas de incentivo pontual; o hospital deve inserir-se em rede de atenção e de formação, integrar-se à construção do SUS, na pesquisa, na assistência, na formação, no desenvolvimento científico, na avaliação tecnológica apropriada e na participação nos Pólos de Educação Permanente em Saúde.
24. Construir e utilizar indicadores orçamentários e de impacto para a implementação de políticas de Educação na Saúde que sirvam de parâmetro para interrogar se as metas relativas à formação e ao desenvolvimento terão compromisso de execução na gestão do sistema e se baseiem em:
  - a) transparência, suficiência, sustentabilidade como política de expressão do SUS (montagem de uma rede-escola);
  - b) reconhecimento do campo, conhecimento das necessidades e prioridades locais;
  - c) estabelecimento de ações cooperadas entre SUS e instituições de ensino, estudantes, professores e movimentos sociais;
  - d) construção da formação regular e oficial da especialização em área profissional dentro do SUS.

### **Participação do trabalhador na gestão e negociação do trabalho e na gestão da educação na saúde**

25. A gestão do trabalho nas equipes de saúde deve garantir espaço para a reflexão e a educação permanente do e no processo de trabalho.

### **Financiamento do trabalho e da educação na saúde pela União, pelos estados e pelos municípios**

26. Regulamentar e padronizar o protocolo de orçamentação dos planos de saúde nas diversas esferas de governo assegurando orçamento específico na área da saúde para o desenvolvimento profissional, de maneira que se garanta que os recursos financeiros para a educação na saúde estejam na ordem de no mínimo 1% dos recursos destinados ao SUS.
27. Garantir a alocação de recursos financeiros pelas três esferas de governo para ações de Educação Permanente em Saúde, investindo nos trabalhadores da rede de serviços e nos futuros trabalhadores do SUS, bem como em ações de educação popular em saúde, de acordo com a necessidade de cada localidade, conforme a pactuação feita nos Pólos de Educação Permanente.

### **Controle social na gestão do trabalho e da educação em saúde**

28. Condicionar o repasse de recursos financeiros à criação de câmaras técnicas/conselhos gestores nos serviços conveniados ao SUS, compostas por usuários, trabalhadores, prestadores e gestores.
29. Garantir espaços de diálogo, participação e construção conjunta com o Controle Social nos Conselhos Deliberativos das Instituições de Ensino Superior (IES).

### **Produção e incorporação de saberes a partir das práticas de trabalho, de gestão, de formação e de participação.**

30. Estimular atividades de vivência de estudantes da área da saúde nos serviços, em comunidades e com os movimentos sociais, e que para tanto haja abertura da Gestão do SUS municipal para a construção com o Movimento Estudantil, para que os estudantes conheçam o sistema globalmente (exemplo Projeto VER-SUS); garantindo que as equipes participantes do projeto sejam multiprofissionais e interdisciplinares, para que se pensem ações em conjunto; e que haja a participação dos usuários neste processo.
31. Promover a formação dos Agentes Comunitários de Saúde, respeitando o aprendizado oriundo da prática de trabalho e tornando-o objeto do seu processo constante de desenvolvimento.

32. Inserir os estudantes na comunidade através de atividades curriculares e extracurriculares para que vivenciem a realidade social, incentivando a mudança da formação acadêmica hospitalocêntrica, fragmentada, elitista e inadequada às demandas sociais. Exigir a discussão acerca do papel social da universidade e o estabelecimento de vínculos com a comunidade, sensibilizando e problematizando os atores envolvidos.