

Uma política de pessoal para o SUS-Brasil

Contribuição para o Debate do Abrascão - 2018

Gastão Wagner de Sousa Campos – 2014

Impasses na implementação do SUS:

Enquetes de opinião recentes revelaram duas tendências inquietantes para aqueles que apostam no SUS como meio para assegurar o direito universal à saúde. Depois de 25 anos de SUS, 49% dos brasileiros citam a saúde como principal problema do país (IBOPE/CNI; 2014). O Data Folha divulgou um segundo inquérito segundo o qual 47% dos brasileiros preferem que o governo diminua os impostos para que os indivíduos e famílias tenham dinheiro para comprar planos privados de saúde (Folha de São Paulo; 2014).

Os dados desses inquéritos indicam a percepção de amplo contingente de que as políticas públicas não resolveram o essencial em saúde. Evidenciam importante desistência de que o Sistema Único de Saúde (SUS) dê conta do cuidado à saúde.

O senso comum tende a atribuir ao financiamento inadequado a principal responsabilidade pelas insuficiências do SUS. Entretanto, fatores políticos e de gestão têm tanta importância nessa crise crônica quanto o orçamento público inferior ao mínimo necessário. Desde a criação do SUS se pode constatar que nenhum governo federal ou estadual adotou como política a implementação integral do SUS. A proposta sistêmica de reforma sanitária e de constituição de um sistema público de saúde permaneceu congelada nas resoluções da VIII Conferência Nacional de Saúde (Brasil, 1986) e nos textos legais que a sucederam: Constituição e Leis Orgânicas da Saúde.

Os diferentes dirigentes do SUS, em sucessivos mandatos, mantiveram a velha tradição da Saúde Pública brasileira de operar com programas verticais, centrados em alguma doença ou problema de saúde selecionados por conveniência do governo ou pressão social. Essa forma de fazer política de saúde não tem sido suficiente para assegurar a construção ainda que incremental do sistema nacional de saúde (Santos, 2013). Isto vem ocorrendo em virtude das limitações destes programas, que buscam driblar e não resolver as dificuldades estruturais do SUS; mas também pelo caráter ocasional e transitório da maioria destas intervenções. Há exceções e algumas destas iniciativas, apesar da precariedade do sistema, conseguiram se consolidar e beneficiar a população, como foi o caso da Política Nacional de Vacinação, entre outras. Esta abordagem parcial das necessidades de saúde e, portanto, da constituição do SUS tem sido persistente, os dirigentes sanitários sofisticaram o discurso, mas não a forma de intervir na realidade sanitária. Primeiro falava-se em programas de saúde, depois em Linhas de Cuidado e, por último, os tradicionais programas transformaram-se em Redes Temáticas para se pôr de acordo com a moda do politicamente correto do último decênio. Mudam as palavras, mas a essência continua a mesma: cada governante elege as prioridades de sua gestão mais para se diferenciar dos predecessores do que para atender a carga de doença ou a necessidades de saúde das regiões. Esta forma arbitrária de constituir política vem gerando uma Torre de Babel sanitária, em que os entes federados e as estruturas organizacionais de cada programa ou rede temática não se entendem entre si e, não raro, são concorrentes. O Ministério da Saúde e algumas Secretarias de Estado têm utilizado mecanismos econômicos

como estratégia de indução para que municípios adotem a prioridade e o modo de fazer da união ou dos estados.

A somatória destas iniciativas foram compondo o SUS realmente existente. Assim, abandonou-se a busca de estratégias amplas e a busca de soluções globais para o SUS, já que se provê recursos financeiros, centralmente, para o programa A ou B e não para a rede básica, hospitalar, de urgência ou para a promoção e vigilância à saúde. Como cada dirigente altera as prioridades e programas anteriores a seu livre-arbítrio, vem se produzindo descontinuidade das iniciativas para desenvolvimento do SUS. Essa modalidade de fazer política e gestão em saúde vem também provocando fragmentação do sistema e diluição das responsabilidades sanitárias entre os entes federados.

Além do mais, não houve esforço consistente para reforma da gestão pública que adequasse o aparelho estatal às peculiaridades de funcionamento da rede de atenção à saúde. Inventaram-se alguns mecanismos inovadores – Fundos de Saúde, gestão tripartite, gestão participativa -, mas, no fundo, a saída para inadequação das leis e normas da administração pública diante da complexidade e dinamismo da rede de serviços tem sido transferir à iniciativa privada a gestão da rede de saúde.

Um dos efeitos negativos dessa mentalidade e desse tipo de prática é a grave inadequação da política de pessoal para o SUS.

Cultura da improvisação na política e gestão de pessoal:

Constata-se que há uma multiplicidade de políticas e de modos para a gestão de pessoal no SUS. A União, cada município, estado, organização social, fundação de saúde, prestador filantrópico ou privado contratado, quase oito mil entidades prestadoras de atenção à saúde, têm regras próprias, bem como mecanismos de contratação e de pagamento aos trabalhadores de saúde diferentes. Tendo em vista restrições orçamentárias, dificuldades jurídicas e gerenciais para a gestão do trabalho no Brasil, reproduziu-se, na administração pública sanitária, a cultura de improvisação e de precarização das relações de trabalho. Sabe-se que inclusive no Ministério da Saúde quase metade de seus quadros profissionais, particularmente dos programas do tempo do SUS – AIDS, Estratégia de Saúde da Família, saúde mental, oncologia, etc. -, são contratados de maneira precária, mediante “parcerias” com entidades internacionais, como OPAS, UNESCO, entre outras. Tal mecanismo frágil foi novamente utilizado para remunerar médicos e supervisores para o programa “Mais Médicos”. Estados e municípios vêm se socorrendo de terceirização, de contratos com Organizações Sociais e Fundações para driblar a impossibilidade de prover pessoal para os serviços do SUS.

Não há registro de projeto sistêmico sugerido por alguma agência oficial para equacionar a balbúrdia em que se transformaram as relações trabalhistas no SUS. Esta inércia tem várias explicações: em parte, deve-se a restrições orçamentárias e financeiras; em outra parcela há a preocupação em se evitar contratos que obriguem estados, municípios ou outros agentes a arcarem com responsabilidades trabalhistas, em particular com a da aposentadoria, mas também com um corpo efetivo de trabalhadores que onere grande parte do orçamento público. Outra explicação para essa falta de iniciativa em relação à força de trabalho do SUS, se deve a acomodação do poder executivo a um contexto de precarização, que tem permitido ao Estado brasileiro prestar serviços de saúde à comunidade mesmo mantendo baixos salários e desrespeito aos direitos trabalhistas. Em alguma medida, o descompromisso do Estado com o

direito dos trabalhadores têm compensado o financiamento insuficiente do SUS. A mágica de se realizar tanta coisa no SUS com metade dos recursos orçamentários necessários, explica-se pela exploração da força de trabalho em saúde!

Em consequência, a gestão do trabalho em saúde tornou-se difícil, precária. A governabilidade do sistema sobre a força de trabalho é limitada. O conflito crescente entre médicos e a administração pública é apenas a faceta visível do descaso do SUS com seus trabalhadores. Na mesma região, no mesmo serviço, na mesma rede, convivem trabalhadores com direitos e responsabilidades distintas. Diversos regimes jurídicos e diferentes formas de contrato de trabalho. Inúmeros desenhos de processo de trabalho, de responsabilidade sanitária, de prestação de contas do resultado do trabalho e de relação com usuários e com território. Servidores públicos estatutários, regime CLT, contratos de prestação de serviço a “agentes autônomos”, contratos ilegais, diaristas, a variedade é infinita. Miríade de comandos gerenciais: um pedaço da rede e dos trabalhadores é coordenado pela administração municipal, outros pela estadual, outros pelas Universidades, outros por Organizações Sociais, ou por Fundações. Salários distintos para os mesmos papéis, um caos. Trata-se de um falso mercado que vem produzindo baixa efetividade para o trabalho em saúde, desrespeito aos direitos trabalhistas e concorrência predadora entre prestadores de serviço. Esta situação vem produzindo mal-estar entre trabalhadores e usuários, reforçando o afastamento destes sujeitos sociais do projeto do SUS.

A formação de pessoal para o SUS tem funcionado mediante espasmos, esforços descontínuos, dependendo da contratação de diretrizes entre ministérios, universidades, entidades profissionais, estados e municípios.

Trabalhar no SUS passou a ser empreendimento de alto risco. Passou a depender centralmente do “espírito” e do arbítrio do gestor em função. Acontece que os sistemas e o trabalho em saúde são dependentes do envolvimento e da formação ética e técnica dos profissionais. O SUS não avançará caso não se altere esse estilo de não-política para os trabalhadores e para o trabalho em saúde. A alteração desse impasse dependerá de nossa capacidade política para inventar e institucionalizar um novo modo para lidar com o trabalho em saúde.

Estamos diante do desafio de realizar ampla reforma da gestão pública, criando condições de possibilidade da existência de um novo tipo de servidor público. Um sistema de gestão e de atenção que combine responsabilidade sanitária com a saúde de cada pessoa e da coletividade com importante grau de autonomia e de envolvimento do trabalhador de saúde.

Apresentarei em seguida algumas estratégias para debatermos a modificação radical do paradigma vigente ao se pensar e lidar com o trabalho em saúde no SUS.

Política de Pessoal única para o SUS:

A existência de um novo tipo de profissional de saúde depende da constituição de uma política única para o SUS. Uma normatização que contemple diversidades funcionais das várias profissões e especialidades e também a diversidade sanitária e de contexto das várias regiões brasileiras.

Imagino que devêssemos romper com a tradição de organizar carreiras com base nas categorias profissionais. O trabalho em saúde tem características especiais, dependendo tanto

do envolvimento de cada trabalhador com a saúde de outras pessoas, quanto do trabalho coletivo, organizado em equipes multiprofissionais e em redes de cuidado. Deveremos imaginar uma carreira que respeite a identidade de cada especialidade ou profissão, mas que estimule a prática interdisciplinar e o compartilhamento de responsabilidades e de tarefas. A fragmentação do processo de cuidado em tarefas estanques e a circulação dos cidadãos entre profissionais e serviços como se fosse uma peça deslizando por uma linha de produção tem resultados ineficazes, desumanos e ineficientes.

Imagino um novo tipo de política – em realidade seriam várias carreiras – organizada segundo a lógica das principais áreas dos sistemas de saúde, em nosso caso do SUS. Identifico no SUS cinco áreas temáticas principais: atenção básica; atenção de média e alta complexidade (rede secundária e terciária – ambulatorios, centros de referência, serviços de atenção domiciliar e hospitais); rede de urgência e emergência; rede de vigilância à saúde; e apoio à gestão do SUS (setor administrativo, manutenção e financeiro).

Os direitos trabalhistas, definidos em lei, e as especificidades da prática de cada profissão ou especialidade deverão ser levadas em conta em cada uma das carreiras das cinco áreas temáticas. Assim, as normas e características do trabalho de enfermagem, médico, odontológico, farmacêutico, etc., serão considerados na organização de cada uma destas carreiras temáticas. Funcionarão como vetores matriciais para as carreiras horizontais temáticas.

O desenho de carreiras com duplo condicionamento – um vertical que favorece o trabalho colaborativo e interdisciplinar, e outro horizontal que respeita direitos e especificidade de cada profissão e especialidade – objetiva enfraquecer o corporativismo entre as profissões de saúde, em especial aquele do médico, e fortalecer a relação dialógica com os usuários. É uma estratégia para se ampliar as condições de possibilidade para a constituição de um novo tipo de trabalhador de saúde para o SUS.

Cada uma dessas áreas tem lógica organizacional e de funcionamento específicas.

A atenção básica, para atender seu escopo, precisa de uma equipe competente e de recursos para realizar atenção tanto do tipo clínico quanto de promoção à saúde. Depende de continuidade do cuidado – a mesma equipe cuidando dos mesmos usuários, em um dado território -, para que se logre vínculo e horizontalidade no processo terapêutico. No Brasil, além dos profissionais com formação geral (cuidado individual e coletivo), incluiu-se outras profissões e especialistas, quer sobre a forma dos NASFs, quer como equipes de saúde mental, reabilitação, etc., atuando diretamente na atenção básica. A dificuldade para expandir e consolidar a Estratégia de Saúde da Família e o apoio matricial na atenção básica no Brasil pode ser explicada, principalmente, pela inadequação global da política e da gestão de pessoal para esta área. Esta responsabilidade foi delegada aos municípios, que, em geral, não contam com recursos financeiros e de gestão para dar conta de tal responsabilidade. A interferência do Ministério de Saúde nessa dinâmica, com o programa “Mais Médicos” comprova a impossibilidade do governo municipal dar conta sequer da política de pessoal para a atenção básica. Em quase todos os países em que se consolidaram políticas públicas de saúde de caráter universal, tem sido destacado o papel da atenção básica na construção de viabilidade do sistema. Para isto, estes países, tem priorizado a formação, o recrutamento e a remuneração de trabalhadores para a atenção primária.

A carreira para a média e alta complexidade, serviços de apoio secundário e hospitais, com certeza, terá uma diversidade maior de profissões e de especialidades, tornando difícil a

composição de salários, equipes e a própria circulação do pessoal por mais de um espaço de trabalho. Enfermaria, consultórios, centros cirúrgicos, de reabilitação, etc. Provavelmente, dentro deste segmento seremos levados a criar desenhos especiais para algumas subáreas temáticas, como Saúde Mental, Traumatologia e Reabilitação, Oncologia, Atenção Domiciliar, etc.

A carreira para Urgência e Emergência deverá ser bastante flexível, contando com profissionais que a escolherão como caminho principal, mas também deverá estar aberta a trabalhadores de outras áreas temáticas que se proponham a realizar atividades adicionais em plantões em serviços de urgência ou emergência.

A carreira para a Vigilância à Saúde será composta principalmente por profissionais do campo ampliado da Saúde Coletiva. Especialistas em saúde coletiva, infectologia, estatística, agrotóxicos, segurança do trabalho, etc. Como a Saúde Pública é atribuição exclusiva do poder público em quase todo o mundo, os exemplos de política de pessoal, já aplicadas em outros países, para esta área temática são abundantes. Observe-se que a Vigilância para proteger a saúde coletiva necessita enfrentar-se com interesses econômicos poderosos. Uma das características desta carreira deverá ser a autonomia sanitária, algo assemelhado ao poder que desfruta o poder judiciário. Em alguma, medida, para todas as áreas temáticas, com este novo paradigma de política, pretende-se um sistema de saúde em que seja diminuído o poder discricionário e quase ilimitado do poder executivo. Reservando às equipes um importante grau de autonomia em relação a condutas de promoção, de prevenção e de reabilitação.

A área de apoio à gestão deverá sempre operar em parceria com trabalhadores das outras áreas temáticas. Todas as profissões específicas da área da saúde, mais economistas, administradores, engenheiros, entre outras especialidades deverão compor esta carreira. A palavra “apoio” na denominação desta área temática indica que não se propõe que os membros desta área tenham monopólio no exercício das funções de gestão e de direção do SUS. Qualquer profissional, de todas as áreas temáticas, poderão pleitear a função de gestor de serviço, programa, etc. O que se objetiva com a criação desta carreira é a constituição de um corpo permanente de especialistas em governo para assegurar qualidade à administração pública. Sugere-se que a escolha dos dirigentes do SUS ocorra por meio de seleção pública entre interessados de todas as carreiras. Sugere-se um sistema de banca composta por especialistas da área em questão – hospital, atenção básica, saúde mental, etc. -, gestores e trabalhadores da área com experiência. Estas bancas analisarão os candidatos com base no currículo, formação em gestão, saúde coletiva, experiência profissional, habilidade para lidar com pessoas, entre outras, e os classificarão para uma lista de gestores a serem indicados conforme as vagas apareçam. Mesmo havendo seleção de gestores com base em mérito, será importante definir-se mandato máximo. Enfim, esta proposta propõe que se acabe com a prática de indicar dirigentes para a saúde com base na confiança do poder executivo; fim do livre provimento exceto para a cúpula do SUS, ministro, secretário de estado, gabinete, que no caso, continuariam sendo cargos de confiança.

Um único organismo responsável pela política de pessoal:

Dada a complexidade da política de pessoal será impossível que a responsabilidade por sua construção e manutenção seja transferida a municípios ou a prestadores locais ou regionais de saúde.

A gestão dessa nova política seria necessariamente compartilhada entre União, estados e municípios, ficaria a cargo da Comissão Tripartite do SUS, mediante a criação de um órgão público (autarquia ou Fundação Pública) e de um Fundo Orçamentário para Política de Pessoal.

BIBLIOGRAFIA:

IBOPE/CNI; 2014. Pesquisa: Retratos da Sociedade Brasileira – Problemas e Prioridades; 2014. Acesso em 15 novembro de 2014: www.ibope.com.br/pt-br/noticias/Paginas/Brasileiro-elege-saude.

FOLHA DE SÃO PAULO; 2014. Seminários Folha _ Fórum a Saúde do Brasil. Acesso em 15 de novembro de 2014: www1.folha.uol.com.br/seminariosfolha/2014/03/1431101-47-dos-brasileiros.

SANTOS, NELSON RODRIGUES dos. SUS, política de Estado: seu desenvolvimento instituído e instituinte e a busca de saídas. Cienc. saúde coletiva, Jan. 2013, vol 18, n 1, p:273-280.