



CÓD: OP-056MR-23
7908403534401

GHC

**GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO – GHC
HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO S.A.**

Técnico em Educação

EDITAL N° 02/2023

Língua Portuguesa

1. Leitura e compreensão de textos: Assunto. Estruturação do texto. Ideias principais e secundárias. Relação entre as ideias. Efeitos de sentido. Recursos de argumentação. Informações implícitas: pressupostos e subentendidos.	5
2. Figuras de linguagem.	13
3. Coesão e coerência textuais.	15
4. Léxico: Significação de palavras e expressões no texto. Substituição de palavras e de expressões no texto.	16
5. Estrutura e formação de palavras. Aspectos linguísticos: Relações morfossintáticas.	17
6. Ortografia: emprego de letras e acentuação gráfica sistema oficial vigente (inclusive o Acordo Ortográfico vigente, conforme Decreto 7.875/12).	18
7. Relações entre fonemas e grafias.	19
8. Flexões e emprego de classes gramaticais. Vozes verbais e sua conversão.	19
9. Concordância nominal e verbal.	25
10. Regência nominal e verbal	27
11. Inclusive emprego do acento indicativo de crase	28
12. Coordenação e subordinação: emprego das conjunções, das locuções conjuntivas e dos pronomes relativos.....	29
13. Pontuação.	31

Políticas Públicas da Saúde

1. Política Nacional de Atenção Básica aprovada pelo Ministério da Saúde do Brasil. Diretrizes e Normas para a Atenção Básica para a Estratégia Saúde da Família e o Programa Agentes Comunitários de Saúde. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria MS número 2.436 de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).	41
2. Estatuto da Pessoa Idosa. BRASIL. Lei nº 10.741/2003 - e suas alterações - Dispõe sobre o Estatuto da Pessoa Idosa e dá outras providências.....	69
3. Pacto pela Saúde 2006 e consolidação do SUS. BRASIL. Portaria nº 399/GM/MS, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o pacto pela saúde 2006 - consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto.	80
4. BRASIL. Lei no 8069 de 13 de julho de 1990.	118
5. Constituição Federal: Artigos 196, 197, 198, 199 e 200.	157
6. Organização do Sistema Único de Saúde - SUS, planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa. BRASIL. DECRETO Nº 7.508, DE 28 de Junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências.	159
7. Lei Orgânica da Saúde e condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990 e suas alterações posteriores. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.	163
8. Participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.	171

Conhecimentos Específicos Técnico em Educação

1. Política Nacional de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde – NOB/RH –SUS.	175
2. Trabalho em equipe interdisciplinar.	191
3. Planejamento em Saúde: fundamentos, ferramentas, indicadores e metas.	192
4. Gestão de pessoas em Saúde.	193
5. Gestão de conflitos e trabalho em equipes.	194
6. Gestão das competências organizacionais das empresas públicas.	199
7. Democratização das relações de trabalho.	200
8. Indicadores de valorização do trabalho em Saúde.	201
9. Avaliação de desempenho: concepções, métodos e avaliação de desenvolvimento.	201
10. Assédios no trabalho: conceitos, tipos e características.	207
11. Fundamentos históricos, filosóficos e sociológicos da Educação.	210
12. Concepções teórico-metodológicas de aprendizagem e desenvolvimento humano.	216
13. Relações humanizadas no ambiente de trabalho e no processo de ensino e aprendizagem.	220
14. Direitos humanos, educação e diversidade.	221
15. Educação permanente em Saúde.	222
16. Legislação das Residências Multiprofissionais em Saúde.	222
17. Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Profissional Técnica de Nível Médio (Resolução 06, de 20 de setembro de 2012 – Conselho Nacional de Educação).	226
18. Mestrado e doutorado profissional no âmbito da pós-graduação stricto sensu (Portaria Federal 389, de 23 de março de 2017 – Ministério da Educação).	233
19. Exercício das funções de regulação, supervisão e avaliação de instituições de educação superior e cursos superiores de graduação e sequenciais no sistema federal de ensino. (Decreto n.º 5.773, de 9 de maio de 2006).	233
20. Educação à distância.	242
21. Supervisão educacional.	244
22. Gestão escolar.	246
23. Acessibilidade e Tecnologias assistidas.	252
24. Metodologias ativas.	254
25. Processos de Aprendizagem.	254
26. Formação docente.	257
27. Saúde Suplementar.	266
28. Parque Tecnológico da Saúde.	267
29. Epidemiologia regional brasileira e gaúcha.	267
30. Informação em Saúde.	268

LÍNGUA PORTUGUESA

LEITURA E COMPREENSÃO DE TEXTOS: ASSUNTO. ESTRUTURAÇÃO DO TEXTO. IDEIAS PRINCIPAIS E SECUNDÁRIAS. RELAÇÃO ENTRE AS IDEIAS. EFEITOS DE SENTIDO. RECURSOS DE ARGUMENTAÇÃO. INFORMAÇÕES IMPLÍCITAS: PRESSUPOSTOS E SUBENTENDIDOS

Compreender e interpretar textos é essencial para que o objetivo de comunicação seja alcançado satisfatoriamente. Com isso, é importante saber diferenciar os dois conceitos. Vale lembrar que o texto pode ser verbal ou não-verbal, desde que tenha um sentido completo.

A **compreensão** se relaciona ao entendimento de um texto e de sua proposta comunicativa, decodificando a mensagem explícita. Só depois de compreender o texto que é possível fazer a sua interpretação.

A **interpretação** são as conclusões que chegamos a partir do conteúdo do texto, isto é, ela se encontra para além daquilo que está escrito ou mostrado. Assim, podemos dizer que a interpretação é subjetiva, contando com o conhecimento prévio e do repertório do leitor.

Dessa maneira, para compreender e interpretar bem um texto, é necessário fazer a decodificação de códigos linguísticos e/ou visuais, isto é, identificar figuras de linguagem, reconhecer o sentido de conjunções e preposições, por exemplo, bem como identificar expressões, gestos e cores quando se trata de imagens.

Dicas práticas

1. Faça um resumo (pode ser uma palavra, uma frase, um conceito) sobre o assunto e os argumentos apresentados em cada parágrafo, tentando traçar a linha de raciocínio do texto. Se possível, adicione também pensamentos e inferências próprias às anotações.

2. Tenha sempre um dicionário ou uma ferramenta de busca por perto, para poder procurar o significado de palavras desconhecidas.

3. Fique atento aos detalhes oferecidos pelo texto: dados, fonte de referências e datas.

4. Sublinhe as informações importantes, separando fatos de opiniões.

5. Perceba o enunciado das questões. De um modo geral, questões que esperam **compreensão do texto** aparecem com as seguintes expressões: *o autor afirma/sugere que...; segundo o texto...; de acordo com o autor... Já as questões que esperam interpretação do texto* aparecem com as seguintes expressões: *conclui-se do texto que...; o texto permite deduzir que...; qual é a intenção do autor quando afirma que...*

Tipologia Textual

A partir da estrutura linguística, da função social e da finalidade de um texto, é possível identificar a qual tipo e gênero ele pertence. Antes, é preciso entender a diferença entre essas duas classificações.

Tipos textuais

A tipologia textual se classifica a partir da estrutura e da finalidade do texto, ou seja, está relacionada ao modo como o texto se apresenta. A partir de sua função, é possível estabelecer um padrão específico para se fazer a enunciação.

Veja, no quadro abaixo, os principais tipos e suas características:

TEXTO NARRATIVO	Apresenta um enredo, com ações e relações entre personagens, que ocorre em determinados espaço e tempo. É contado por um narrador, e se estrutura da seguinte maneira: apresentação > desenvolvimento > clímax > desfecho
TEXTO DISSERTATIVO ARGUMENTATIVO	Tem o objetivo de defender determinado ponto de vista, persuadindo o leitor a partir do uso de argumentos sólidos. Sua estrutura comum é: introdução > desenvolvimento > conclusão.
TEXTO EXPOSITIVO	Procura expor ideias, sem a necessidade de defender algum ponto de vista. Para isso, usa-se comparações, informações, definições, conceitualizações etc. A estrutura segue a do texto dissertativo-argumentativo.
TEXTO DESCRITIVO	Expõe acontecimentos, lugares, pessoas, de modo que sua finalidade é descrever, ou seja, caracterizar algo ou alguém. Com isso, é um texto rico em adjetivos e em verbos de ligação.
TEXTO INJUNTIVO	Oferece instruções, com o objetivo de orientar o leitor. Sua maior característica são os verbos no modo imperativo.

Gêneros textuais

A classificação dos gêneros textuais se dá a partir do reconhecimento de certos padrões estruturais que se constituem a partir da função social do texto. No entanto, sua estrutura e seu estilo não são tão limitados e definidos como ocorre na tipologia textual, podendo se apresentar com uma grande diversidade. Além disso, o padrão também pode sofrer modificações ao longo do tempo, assim como a própria língua e a comunicação, no geral.

Alguns exemplos de gêneros textuais:

- Artigo
- Bilhete
- Bula
- Carta
- Conto
- Crônica
- E-mail
- Lista
- Manual

- Notícia
- Poema
- Propaganda
- Receita culinária
- Resenha
- Seminário

Vale lembrar que é comum enquadrar os gêneros textuais em determinados tipos textuais. No entanto, nada impede que um texto literário seja feito com a estruturação de uma receita culinária, por exemplo. Então, fique atento quanto às características, à finalidade e à função social de cada texto analisado.

ARGUMENTAÇÃO

O ato de comunicação não visa apenas transmitir uma informação a alguém. Quem comunica pretende criar uma imagem positiva de si mesmo (por exemplo, a de um sujeito educado, ou inteligente, ou culto), quer ser aceito, deseja que o que diz seja admitido como verdadeiro. Em síntese, tem a intenção de convencer, ou seja, tem o desejo de que o ouvinte creia no que o texto diz e faça o que ele propõe.

Se essa é a finalidade última de todo ato de comunicação, todo texto contém um componente argumentativo. A argumentação é o conjunto de recursos de natureza linguística destinados a persuadir a pessoa a quem a comunicação se destina. Está presente em todo tipo de texto e visa a promover adesão às teses e aos pontos de vista defendidos.

As pessoas costumam pensar que o argumento seja apenas uma prova de verdade ou uma razão indiscutível para comprovar a veracidade de um fato. O argumento é mais que isso: como se disse acima, é um recurso de linguagem utilizado para levar o interlocutor a crer naquilo que está sendo dito, a aceitar como verdadeiro o que está sendo transmitido. A argumentação pertence ao domínio da retórica, arte de persuadir as pessoas mediante o uso de recursos de linguagem.

Para compreender claramente o que é um argumento, é bom voltar ao que diz Aristóteles, filósofo grego do século IV a.C., numa obra intitulada “Tópicos: os argumentos são úteis quando se tem de escolher entre duas ou mais coisas”.

Se tivermos de escolher entre uma coisa vantajosa e uma desvantajosa, como a saúde e a doença, não precisamos argumentar. Suponhamos, no entanto, que tenhamos de escolher entre duas coisas igualmente vantajosas, a riqueza e a saúde. Nesse caso, precisamos argumentar sobre qual das duas é mais desejável. O argumento pode então ser definido como qualquer recurso que torna uma coisa mais desejável que outra. Isso significa que ele atua no domínio do preferível. Ele é utilizado para fazer o interlocutor crer que, entre duas teses, uma é mais provável que a outra, mais possível que a outra, mais desejável que a outra, é preferível à outra.

O objetivo da argumentação não é demonstrar a verdade de um fato, mas levar o ouvinte a admitir como verdadeiro o que o enunciador está propondo.

Há uma diferença entre o raciocínio lógico e a argumentação. O primeiro opera no domínio do necessário, ou seja, pretende demonstrar que uma conclusão deriva necessariamente das premissas propostas, que se deduz obrigatoriamente dos postulados admitidos. No raciocínio lógico, as conclusões não dependem de crenças, de uma maneira de ver o mundo, mas apenas do encadeamento de premissas e conclusões.

Por exemplo, um raciocínio lógico é o seguinte encadeamento:
A é igual a B.
A é igual a C.
Então: C é igual a B.

Admitidos os dois postulados, a conclusão é, obrigatoriamente, que C é igual a A.

Outro exemplo:

Todo ruminante é um mamífero.

A vaca é um ruminante.

Logo, a vaca é um mamífero.

Admitidas como verdadeiras as duas premissas, a conclusão também será verdadeira.

No domínio da argumentação, as coisas são diferentes. Nele, a conclusão não é necessária, não é obrigatória. Por isso, deve-se mostrar que ela é a mais desejável, a mais provável, a mais plausível. Se o Banco do Brasil fizer uma propaganda dizendo-se mais confiável do que os concorrentes porque existe desde a chegada da família real portuguesa ao Brasil, ele estará dizendo-nos que um banco com quase dois séculos de existência é sólido e, por isso, confiável. Embora não haja relação necessária entre a solidez de uma instituição bancária e sua antiguidade, esta tem peso argumentativo na afirmação da confiabilidade de um banco. Portanto é provável que se creia que um banco mais antigo seja mais confiável do que outro fundado há dois ou três anos.

Enumerar todos os tipos de argumentos é uma tarefa quase impossível, tantas são as formas de que nos valem para fazer as pessoas preferirem uma coisa a outra. Por isso, é importante entender bem como eles funcionam.

Já vimos diversas características dos argumentos. É preciso acrescentar mais uma: o convencimento do interlocutor, o auditório, que pode ser individual ou coletivo, será tanto mais fácil quanto mais os argumentos estiverem de acordo com suas crenças, suas expectativas, seus valores. Não se pode convencer um auditório pertencente a uma dada cultura enfatizando coisas que ele abomina. Será mais fácil convencê-lo valorizando coisas que ele considera positivas. No Brasil, a publicidade da cerveja vem com frequência associada ao futebol, ao gol, à paixão nacional. Nos Estados Unidos, essa associação certamente não surtiria efeito, porque lá o futebol não é valorizado da mesma forma que no Brasil. O poder persuasivo de um argumento está vinculado ao que é valorizado ou desvalorizado numa dada cultura.

Tipos de Argumento

Já verificamos que qualquer recurso linguístico destinado a fazer o interlocutor dar preferência à tese do enunciador é um argumento. Exemplo:

Argumento de Autoridade

É a citação, no texto, de afirmações de pessoas reconhecidas pelo auditório como autoridades em certo domínio do saber, para servir de apoio àquilo que o enunciador está propondo. Esse recurso produz dois efeitos distintos: revela o conhecimento do produtor do texto a respeito do assunto de que está tratando; dá ao texto a garantia do autor citado. É preciso, no entanto, não fazer do texto um amontoado de citações. A citação precisa ser pertinente e verdadeira. Exemplo:

“A imaginação é mais importante do que o conhecimento.”

Quem disse a frase aí de cima não fui eu... Foi Einstein. Para ele, uma coisa vem antes da outra: sem imaginação, não há conhecimento. Nunca o inverso.

Alex José Periscinoto.

In: Folha de S. Paulo, 30/8/1993, p. 5-2

A tese defendida nesse texto é que a imaginação é mais importante do que o conhecimento. Para levar o auditório a aderir a ela, o enunciador cita um dos mais célebres cientistas do mundo. Se um físico de renome mundial disse isso, então as pessoas devem acreditar que é verdade.

Argumento de Quantidade

É aquele que valoriza mais o que é apreciado pelo maior número de pessoas, o que existe em maior número, o que tem maior duração, o que tem maior número de adeptos, etc. O fundamento desse tipo de argumento é que mais = melhor. A publicidade faz largo uso do argumento de quantidade.

Argumento do Consenso

É uma variante do argumento de quantidade. Fundamenta-se em afirmações que, numa determinada época, são aceitas como verdadeiras e, portanto, dispensam comprovações, a menos que o objetivo do texto seja comprovar alguma delas. Parte da ideia de que o consenso, mesmo que equivocado, corresponde ao indiscutível, ao verdadeiro e, portanto, é melhor do que aquilo que não desfruta dele. Em nossa época, são consensuais, por exemplo, as afirmações de que o meio ambiente precisa ser protegido e de que as condições de vida são piores nos países subdesenvolvidos. Ao confiar no consenso, porém, corre-se o risco de passar dos argumentos válidos para os lugares comuns, os preconceitos e as frases carentes de qualquer base científica.

Argumento de Existência

É aquele que se fundamenta no fato de que é mais fácil aceitar aquilo que comprovadamente existe do que aquilo que é apenas provável, que é apenas possível. A sabedoria popular enuncia o argumento de existência no provérbio “Mais vale um pássaro na mão do que dois voando”.

Nesse tipo de argumento, incluem-se as provas documentais (fotos, estatísticas, depoimentos, gravações, etc.) ou provas concretas, que tornam mais aceitável uma afirmação genérica. Durante a invasão do Iraque, por exemplo, os jornais diziam que o exército americano era muito mais poderoso do que o iraquiano. Essa afirmação, sem ser acompanhada de provas concretas, poderia ser vista como propagandística. No entanto, quando documentada pela comparação do número de canhões, de carros de combate, de navios, etc., ganhava credibilidade.

Argumento quase lógico

É aquele que opera com base nas relações lógicas, como causa e efeito, analogia, implicação, identidade, etc. Esses raciocínios são chamados quase lógicos porque, diversamente dos raciocínios lógicos, eles não pretendem estabelecer relações necessárias entre os elementos, mas sim instituir relações prováveis, possíveis, plausíveis. Por exemplo, quando se diz “A é igual a B”, “B é igual a C”, “então A é igual a C”, estabelece-se uma relação de identidade lógica. Entretanto, quando se afirma “Amigo de amigo meu é meu amigo” não se institui uma identidade lógica, mas uma identidade provável.

Um texto coerente do ponto de vista lógico é mais facilmente aceito do que um texto incoerente. Vários são os defeitos que concorrem para desqualificar o texto do ponto de vista lógico: fugir do tema proposto, cair em contradição, tirar conclusões que não se fundamentam nos dados apresentados, ilustrar afirmações gerais com fatos inadequados, narrar um fato e dele extrair generalizações indevidas.

Argumento do Atributo

É aquele que considera melhor o que tem propriedades típicas daquilo que é mais valorizado socialmente, por exemplo, o mais raro é melhor que o comum, o que é mais refinado é melhor que o que é mais grosseiro, etc.

Por esse motivo, a publicidade usa, com muita frequência, celebridades recomendando prédios residenciais, produtos de beleza, alimentos estéticos, etc., com base no fato de que o consumidor tende a associar o produto anunciado com atributos da celebridade.

Uma variante do argumento de atributo é o argumento da competência linguística. A utilização da variante culta e formal da língua que o produtor do texto conhece a norma linguística socialmente mais valorizada e, por conseguinte, deve produzir um texto em que se pode confiar. Nesse sentido é que se diz que o modo de dizer dá confiabilidade ao que se diz.

Imagine-se que um médico deva falar sobre o estado de saúde de uma personalidade pública. Ele poderia fazê-lo das duas maneiras indicadas abaixo, mas a primeira seria infinitamente mais adequada para a persuasão do que a segunda, pois esta produziria certa estranheza e não criaria uma imagem de competência do médico:

- Para aumentar a confiabilidade do diagnóstico e levando em conta o caráter invasivo de alguns exames, a equipe médica houve por bem determinar o internamento do governador pelo período de três dias, a partir de hoje, 4 de fevereiro de 2001.

- Para conseguir fazer exames com mais cuidado e porque alguns deles são barrapésada, a gente botou o governador no hospital por três dias.

Como dissemos antes, todo texto tem uma função argumentativa, porque ninguém fala para não ser levado a sério, para ser ridicularizado, para ser desmentido: em todo ato de comunicação deseja-se influenciar alguém. Por mais neutro que pretenda ser, um texto tem sempre uma orientação argumentativa.

A orientação argumentativa é uma certa direção que o falante traça para seu texto. Por exemplo, um jornalista, ao falar de um homem público, pode ter a intenção de criticá-lo, de ridicularizá-lo ou, ao contrário, de mostrar sua grandeza.

O enunciador cria a orientação argumentativa de seu texto dando destaque a uns fatos e não a outros, omitindo certos episódios e revelando outros, escolhendo determinadas palavras e não outras, etc. Veja:

“O clima da festa era tão pacífico que até sogras e noras trocavam abraços afetuosos.”

O enunciador aí pretende ressaltar a ideia geral de que noras e sogras não se toleram. Não fosse assim, não teria escolhido esse fato para ilustrar o clima da festa nem teria utilizado o termo até, que serve para incluir no argumento alguma coisa inesperada.

Além dos defeitos de argumentação mencionados quando tratamos de alguns tipos de argumentação, vamos citar outros:

- Uso sem delimitação adequada de palavra de sentido tão amplo, que serve de argumento para um ponto de vista e seu contrário. São noções confusas, como paz, que, paradoxalmente, pode ser usada pelo agressor e pelo agredido. Essas palavras podem ter valor positivo (paz, justiça, honestidade, democracia) ou vir carregadas de valor negativo (autoritarismo, degradação do meio ambiente, injustiça, corrupção).

- Uso de afirmações tão amplas, que podem ser derrubadas por um único contra exemplo. Quando se diz “Todos os políticos são ladrões”, basta um único exemplo de político honesto para destruir o argumento.

POLÍTICAS PÚBLICAS DA SAÚDE

POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA APROVADA PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL. DIRETRIZES E NORMAS PARA A ATENÇÃO BÁSICA PARA A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E O PROGRAMA AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. PORTARIA MS NÚMERO 2.436 DE 21 DE SETEMBRO DE 2017. APROVA A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA, ESTABELECENDO A REVISÃO DE DIRETRIZES PARA A ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA, NO ÂMBITO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

Política Nacional de Atenção Básica

Transcorridos 27 anos desde a promulgação das Leis nº 8.080 e nº 8.142, de 1990, é possível dizer que, mesmo com dificuldades e lacunas, foram as políticas direcionadas para o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil que mais favoreceram a implantação dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).

Expressas por meio de documentos específicos, as Políticas Nacionais de Atenção Básica (PNAB) tiveram papel fundamental nesse processo, permitindo inflexões importantes, principalmente no modelo de atenção e na gestão do trabalho em saúde nos municípios. Isso ocorreu de modo articulado à introdução dos mecanismos de financiamento que desempenharam papel indutor na sua adoção como eixo estruturante da organização das ações e serviços de saúde.

Em setembro de 2017, foi publicada uma nova PNAB3, que suscitou a crítica de organizações historicamente vinculadas à defesa do SUS, como a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) e a Escola Nacional de Saúde Pública (Ensp). Em nota conjunta, as três instituições denunciaram, entre outras coisas, a revogação da prioridade dada à Estratégia Saúde da Família (ESF) na organização do SUS com a provável perda de recursos para outras configurações da Atenção Básica (AB), em um contexto de retração do financiamento da saúde. Demonstraram preocupação com retrocessos em relação à construção de uma APS integral, que vinha direcionando o modelo de AB baseado na ESF.

Este artigo teve como objetivo analisar as alterações nas diretrizes da AB promovidas no texto da PNAB 2017, tomando como parâmetros a PNAB 2011 e os princípios da universalidade e da integralidade da atenção à saúde, na perspectiva de uma APS forte e de uma rede integrada de atenção à saúde no SUS. Os temas analisados foram: a cobertura; a posição relativa da ESF; a configuração das equipes; e a organização dos serviços.

Inicialmente, foram identificados alguns marcos instituintes da AB no Brasil e suas contribuições para a configuração do SUS. Na sequência, procurou-se situar o contexto de formulação dessa nova política e discutir prováveis riscos e retrocessos das alterações propostas para o SUS.

Apontamentos sobre a trajetória da política de Atenção Básica no Brasil

Em 1994, a criação do Programa Saúde da Família (PSF) permitiu ampliar a cobertura em saúde, em um movimento inicialmente voltado apenas para a parte da população brasileira em situação social mais vulnerável. Configurou-se um modo de compor a equipe e de organizar o processo de trabalho, com base territorial e responsabilidade sanitária, referências sustentadas pelas sucessivas políticas.

Com a Norma Operacional Básica do SUS de 1996 (NOB/96), o PSF assumiu a condição de estratégia de reorientação da APS, em substituição às modalidades tradicionais. A NOB/96 instituiu os componentes fixo e variável do Piso da Atenção Básica (PAB) e estabeleceu incentivos financeiros aos municípios que adotassem o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs) e o PSF, tornando automática e regular a transferência de recursos federais para o financiamento desses programas.

Essa priorização teve repercussões concretas, e, em 1998, foi estabelecido o primeiro Pacto de Indicadores da Atenção Básica, processo que se renovou periodicamente por meio da negociação intergestores de metas para a avaliação e o monitoramento da AB no SUS. Desdobrou-se, também, em outros dispositivos de fortalecimento da AB, como, por exemplo, a criação do Sistema de Informação da Atenção Básica (Siab), também em 1998, substituindo o Sistema de Informação do Programa de Agente Comunitário de Saúde (Sipacs).

Ainda visando à reorientação do modelo de atenção, foi criado, em 2002, o Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (Proesf), voltado para os municípios com mais de 100 mil habitantes, explicitando a compreensão da saúde da família como uma estratégia viável não apenas nas pequenas cidades e no meio rural, onde se implantou originalmente. No âmbito do Proesf, foi criada, em 2005, a Avaliação para a Melhoria da Qualidade (AMQ), que instituiu uma metodologia de avaliação em diversos níveis: gestores, coordenadores, unidades de saúde e Equipes da Saúde da Família (EqSF), com o propósito de qualificação da AB por meio da avaliação.

A agenda política de fortalecimento da APS por meio da ESF consolidou-se gradativamente e, em 2006, tornou-se uma das dimensões prioritárias do Pacto pela Vida. Naquele mesmo ano, foi publicada a PNAB, revisada em 2011, buscando preservar a centralidade da ESF para consolidar uma APS forte, ou seja, capaz de estender a cobertura, prover cuidados integrais e desenvolver a promoção da saúde, configurando-se como porta de entrada principal do usuário no SUS e eixo de coordenação do cuidado e de ordenação da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Esse processo envolveu um amplo escopo de ações, mobilizando instituições e sujeitos sociais para responder aos desafios colocados para a formação de trabalhadores, a organização do processo de trabalho, as interações com a comunidade, a compreensão do território e as relações entre os entes federados.

Segundo Magalhães Júnior e Pinto, há, pelo menos, dois indicadores importantes da centralidade dada à PNAB no âmbito federal das políticas de saúde. São eles: o aumento superior a 100% dos recursos repassados aos municípios para o financiamento da AB, entre 2010 e 2014; e a aplicação de recursos para a qualificação e a ampliação da estrutura das unidades, por meio de um projeto específico, o Requalifica SUS, lançado em 2011.

Também em 2011, foi instituído o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), que incorporou elementos da AMQ e ampliou as vertentes de avaliação, tendo como finalidade a certificação das EqSF. Esse Programa permitiu vincular formas de transferência de recursos do PAB variável aos resultados provenientes da avaliação, constituindo-se em um mecanismo de indução de novas práticas. Em termos de cobertura, dados disponibilizados pelo Ministério da Saúde (MS) indicam que a ESF alcançava 58% da população, em outubro de 2017, e sabe-se que essa cobertura chegou a atingir 100% em alguns municípios. Tudo isso mediante novos serviços, modalidades e arranjos de equipes multiprofissionais, com destaque para as equipes ampliadas pela saúde bucal e pelos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf). Mesmo reconhecendo a persistência de problemas no acesso, na qualidade e na continuidade da atenção, diversos estudos sugerem avanços decorrentes das políticas de APS na redução de internações evitáveis e dos gastos hospitalares, e para a melhoria das condições de vida e saúde da população brasileira

Notas sobre a conjuntura e o texto da Política Nacional de Atenção Básica 2017

Presenciou-se, recentemente, a reorganização das forças políticas conservadoras no Brasil, o que resultou no impedimento de Dilma Rousseff e na condução do seu vice Michel Temer à Presidência. Ao mesmo tempo, observa-se o rápido fortalecimento de uma pauta antidemocrática e autoritária, orientada para o aprofundamento da mercantilização dos direitos sociais brasileiros.

Seguiu-se a aprovação de medidas ditas ‘racionalizantes’, sob a justificativa da necessidade de enfrentar o desequilíbrio fiscal, atribuído ao descontrole das contas públicas decorrentes de ‘políticas paternalistas’, que teriam agravado a crise econômica. A orientação é modificar a destinação dos recursos do fundo público, limitando as políticas sociais, promovendo a redução da dimensão pública do Estado e ampliando a participação do setor privado. Do mesmo modo, opera-se uma ofensiva contra a classe trabalhadora, atingindo conquistas fundamentais, como os direitos trabalhistas e previdenciários. Trata-se de um conjunto de reformas supressoras de direitos sociais, em uma represália sem proporções ainda calculadas, do capital contra o trabalho.

Entre as alterações legislativas que viabilizam esse processo, destaca-se a promulgação da Emenda Constitucional nº 95/2016, conhecida como a emenda do ‘Teto dos Gastos’, que congela por 20 anos a destinação de recursos públicos e produz efeitos nas diversas políticas, especificamente no financiamento do SUS.

Essas medidas incidem sobre uma relação frágil entre o SUS e a sociedade brasileira, e caminham em paralelo ao fortalecimento ideológico do setor privado como alternativa de qualidade para o atendimento das necessidades de saúde. Conformam-se, assim, o terreno propício para dar prosseguimento à desconstrução do SUS, cujo financiamento jamais alcançou um patamar de suficiência e estabilidade, ao passo que as empresas privadas de planos de saúde sempre foram objeto de fortalecimento, por meio da destinação de incentivos financeiros contínuos.

Nessa conjuntura, as tendências que orientavam a revisão da PNAB 2011 já vinham sendo anunciadas, pelo menos, desde outubro de 2016, quando foi realizado o VII Fórum Nacional de Gestão da Atenção Básica, cujos indicativos para tal revisão foram publicados em um documento-síntese. Ali, já se apresentava uma perspectiva regressiva, especialmente preocupante, considerando-se a correlação de forças muito desfavorável aos que defendem a saúde como um direito universal.

Desde então, as notícias sobre a revisão da PNAB foram se intensificando, mas sua produção foi pouco divulgada oficialmente e sua discussão manteve-se em espaços restritos, como a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e as reuniões entre os técnicos do MS. Em 27 de julho de 2017, o texto preliminar foi apresentado na CIT e encaminhado para consulta pública por dez dias. Apesar do curto prazo, a consulta recebeu mais de 6 mil contribuições, sem que tenham gerado, entretanto, mudanças expressivas no texto original ou tenham sido divulgados os seus resultados. A nova PNAB foi aprovada em 30 de agosto de 2017, pouco mais de um mês após tornar-se oficialmente pública. Uma característica marcante do texto da nova PNAB é a explicitação de alternativas para a configuração e implementação da AB, traduzindo-se em uma pretensa flexibilidade, sustentada pelo argumento da necessidade de atender especificidades locais regionais.

Supostamente, amplia-se a liberdade de escolha dos gestores do SUS, o que poderia ser visto como positivo por responder às demandas de um processo de descentralização mais efetivo. Entretanto, esse processo só se completaria com a transferência de recursos necessários à autonomia de gestão pelos municípios, e com os mecanismos de controle social e participação popular. A presente análise não valida o raciocínio otimista, justamente porque é fruto de uma leitura informada pela atual conjuntura, que indica limites rigorosos, a partir dos quais essa política e suas possibilidades se realizarão. Pode-se dizer que o discurso da PNAB se constrói de modo ambivalente, incorporando verbos como sugerir e recomendar, que retiram o caráter indutor e propositivo da política e expressam a desconstrução de um compromisso com a expansão da saúde da família e do sistema público. Entende-se, ainda, que essa estrutura de texto tem o propósito de blindá-lo à crítica, tornando suas proposições de mais fácil assimilação, afinal, a partir do que está escrito, diversas opções seriam possíveis. Esta ambivalência é um recurso que permite omitir escolhas prévias (ideológicas), que parecem determinar o processo de revisão da PNAB no momento político atual. Tais escolhas remetem a uma concepção de Estado afinada com a racionalidade neoliberal, que aponta para o sentido inverso a uma maior presença do Estado, requerida para a continuidade do SUS como projeto e da AB como estratégia principal para a garantia da saúde como direito universal.

Feitas essas considerações mais gerais, apresenta-se a discussão de elementos específicos presentes na nova PNAB, inventariando os riscos potenciais detectados para o SUS e seus princípios.

Relativização da cobertura

Como ressaltado, a universalidade é um princípio estruturante da atenção à saúde no âmbito do SUS, que, aliada à integralidade, tem distinguido a PNAB de conformações simplificadas e focalizantes de APS. Baseadas nesses princípios, as PNAB 2006 e 2011 vinham projetando a expansão da ESF, nas duas últimas décadas. Considerando este movimento, o tema da cobertura da AB destaca-se como um importante indicador da intencionalidade da PNAB 2017.

Retrospectivamente, percebe-se que, entre os itens necessários à implantação da ESF nas PNAB 2006 e 2011, encontrava-se uma única referência à cobertura universal. Ela se construiu de forma mediada, representada pela relação entre o número previsto de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) por equipe e a cobertura de 100% da população cadastrada. Nessas PNAB, constava que, para a implantação de EqSF, seria necessário um número de ACS suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 ACS por EqSF. A PNAB 2011 acrescentou o alerta de que não se deveria ultrapassar o limite máximo de moradores vinculados a cada equipe, evidenciando a preocupação com as condições que poderiam diretamente afetar a qualidade da atenção.

No texto da PNAB 2017, anterior à consulta pública, não há nenhuma referência à cobertura universal. A referência a 100% de cobertura é retomada no texto publicado, porém restrita a certas áreas:

Em áreas de risco e vulnerabilidade social, incluindo de grande dispersão territorial, o número de ACS deve ser suficiente para cobrir 100% da população, com um máximo de 750 pessoas por agente, considerando critérios epidemiológicos e socioeconômicos.

A flexibilização da cobertura populacional está relacionada também aos parâmetros da relação equipe/população apresentados no item 'Funcionamento'. Ali se lê que a população adscrita recomendada por equipe de AB e EqSF é de 2 mil a 3,5 mil pessoas. Entretanto, neste mesmo item, de acordo com as especificidades do território, prevê-se também a possibilidade de "outros arranjos de adscrição" 3(70), com parâmetros populacionais diferentes, que podem ter alcance "maior ou menor do que o parâmetro recomendado" 3(70). A decisão a esse respeito fica a cargo do gestor municipal, em conjunto com a equipe de AB e o Conselho Municipal ou Local de Saúde, com a ressalva de que fica assegurada a qualidade do cuidado.

Na PNAB 2011 havia a seguinte indicação: "quanto maior o grau de vulnerabilidade, menor deverá ser a quantidade de pessoas por equipe" 2(55). Segundo essa redação, o critério de flexibilização de parâmetros populacionais apontava claramente a intenção de favorecer aqueles que apresentassem maior necessidade de atenção. O mesmo não pode ser dito em relação à nova PNAB, que, mais uma vez, se descompromete a adotar parâmetros que favoreçam um processo de atenção progressivamente mais qualificado. Ao desconsiderar a relação entre quantidade e qualidade, a afirmação de que deve ser assegurada a qualidade do cuidado torna-se mera retórica.

A cobertura é igualmente relativizada por meio da indefinição do número de ACS, uma vez que a PNAB 2017 indica que o número de ACS por equipe deverá ser definido de acordo com base populacional (critérios demográficos, epidemiológicos e socioeconômicos), conforme legislação vigente.

Deste modo, pode-se compor equipes com apenas um ACS. Quando uma política, simultaneamente, torna indefinido o número de ACS por equipes e flexibiliza os parâmetros de cobertura, reforça-se o risco de serem recompostas barreiras ao acesso à saúde de parte da população. Lembre-se, aqui, que o ACS é um trabalhador que deveria ser o 'elo' entre os serviços de saúde e a população, contribuindo para facilitar o acesso e proporcionar uma relação estável e contínua entre a população e os serviços de APS. Tal formulação compromete, também, um conjunto de processos já instituídos na ESF, que se estruturam por meio da presença constante de um trabalhador da saúde no território. Entre esses processos,

destacam-se a escuta e a percepção de problemas e necessidades que poderiam ser invisíveis aos serviços, bem como a identificação e a criação de possibilidades de intervenção, dadas a partir de seus conhecimentos sobre a dinâmica da vida no território.

Essas alterações articuladas abrem um precedente inédito na história da PNAB, que desestabiliza o compromisso da política com a universalidade da atenção à saúde no SUS.

A segmentação do cuidado: padrões essenciais e ampliados de serviços

Pode-se dizer que, além da universalidade, outro princípio com o qual a PNAB 2017 se descompromete é o da integralidade. Isto se dá, principalmente, por meio da definição de padrões diferenciados de ações e cuidados para a AB, novamente, sob o argumento das condições ou especificidades locais. Estes padrões distinguem-se entre 'essenciais' e 'ampliados'.

Os padrões essenciais são 'as ações e os procedimentos básicos', que deveriam ser garantidos pelas equipes em todo o País. Embora sejam apresentados como condições básicas de acesso à atenção à saúde, e de qualidade do cuidado oferecido, a própria segmentação os remete à ideia de mínimos. Assim, o termo 'básico' se esvazia do sentido que é tão caro a alguns autores da literatura sobre APS no Brasil, isto é, como distintivo do compromisso da AB, de ser o primeiro nível de acesso a um sistema universal, que abrange uma rede integral e complementar de atenção à saúde, capaz de resolver 80% dos problemas de saúde da população.

Os padrões ampliados correspondem a ações e procedimentos considerados estratégicos para se avançar e alcançar padrões elevados de acesso e qualidade na AB, considerando as especificidades locais e decisão da gestão.

Entretanto, tais padrões são apenas recomendados. A PNAB projeta um compromisso que se limita aos padrões essenciais, que, como já advertido, tendem a se configurar em torno de cuidados mínimos, recuperando a concepção de APS seletiva.

Não há nenhum conteúdo especificado que possibilite conhecer e analisar a que corresponderiam tais padrões. Não se sabe quais procedimentos e ações integram o padrão básico e, portanto, mantêm-se a incerteza sobre a capacidade de esse padrão atender as necessidades de saúde que deveriam ser contempladas na APS. Em relação ao padrão ampliado, cabe questionar: existem ações e cuidados que integram a AB hoje, e que podem ser negligenciados a ponto de constituírem um padrão opcional, ou seja, apenas recomendável? A análise empreendida conclui o inverso. Este é um modo de consentir com o aprofundamento das desigualdades e a segmentação do acesso e do cuidado que marcam a APS em diversos países da América Latina, como apontam Giovanella et al.

O risco colocado, pela diferenciação entre os serviços 'essenciais' e 'ampliados', é de que se retome a lógica da seletividade com diretrizes que reforcem a segmentação e a fragmentação dos serviços e das ações de saúde no SUS, a partir da APS. Segundo Conill, Fausto e Giovanella, a segmentação e a fragmentação são categorias fundamentais para a compreensão dos problemas dos sistemas de saúde. Estão relacionadas à garantia dos direitos sociais e são muito sensíveis aos problemas de financiamento público, com efeitos restritivos às possibilidades de acesso aos demais níveis de atenção e à constituição de redes integradas de atenção à saúde.

A segmentação propugnada pela PNAB deve ser examinada de modo articulado à racionalidade, aos interesses e à perspectiva de sistema de saúde enunciada pelo atual ministro da saúde, Ricardo Barros, segundo a qual seria desejável compreender os setores pú-

CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

Técnico em Educação

POLÍTICA NACIONAL DE GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE – NOB/RH –SUS

Apresentação da Terceira Versão

Nos últimos anos, mais precisamente na última década, os atores sociais envolvidos com as questões de saúde no Brasil vêm desenvolvendo um processo de ampla participação da sociedade na definição das políticas para o setor, no sentido de reorganizar as ações e serviços de saúde, na busca de assegurar a cobertura universal e equânime da promoção, da proteção e da recuperação da saúde da população brasileira. Deste modo, a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS (NOB/RH-SUS) constituiu-se em mais um dos instrumentos produzidos a partir da participação da sociedade organizada, para a consolidação do Sistema Único de Saúde, recolocando a importância do trabalho para o sistema, a necessidade da valorização profissional na implantação dos modelos assistenciais e a regulação das relações de trabalho no setor saúde.

A decisão do Conselho Nacional de Saúde de organizar a Oficina de Recursos Humanos para o SUS, partiu da necessidade de sistematizar o acúmulo de produções e experiências dos órgãos gestores e das instâncias de controle social do SUS, nas tentativas de se definirem mecanismos e instrumentos mais adequados para a gestão do trabalho no SUS, apresentando uma possibilidade mais efetiva e operacional.

Neste sentido, ressaltamos a edição da Portaria GM830, de 20 de junho de 1990, do Ministério da Saúde, que constituiu Comissão Especial para Planos de Carreira, Cargos e Salários para o Sistema Único de Saúde; a Resolução de número 12, aprovada na reunião ordinária dos dias 2 e 3 de outubro de 1991, do Conselho Nacional de Saúde, que estabeleceu “Orientações gerais para o Plano de Carreira, Cargos e Salários para os Estados, Municípios e Distrito Federal”; os relatórios das Conferências Nacionais de Saúde e de Recursos Humanos para o SUS; os trabalhos desenvolvidos pela Comissão Intersetorial de Recursos Humanos e pela Mesa Nacional de Negociação do SUS que, de algum modo, influenciaram na implementação de políticas de recursos humanos em experiências isoladas, mas que não se efetivaram como política nacional para a gestão do trabalho no SUS.

A decisão de elaborar os “Princípios e Diretrizes para uma Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS” foi tomada entre a Comissão Intersetorial de Recursos Humanos e a Mesa Nacional de Negociação do SUS, baseadas em deliberação da X Conferência Nacional de Saúde, pela demonstração da efetividade e unificação normativa dos procedimentos de gestão, no processo de descentralização da gestão do sistema, através do instrumento Norma Operacional Básica - NOB.

Em 1998, elaborou-se uma primeira versão preliminar do documento “Princípios e Diretrizes para a NOB/RH-SUS”, que foi divulgada, pelo CNS em novembro do mesmo ano (1ª edição) após ser colocada em discussão entre vários especialistas convidados pelo Conselho Nacional de Saúde - CNS, na “Oficina Nacional de Trabalho sobre Recursos Humanos para o SUS”, que aconteceu em Goiânia, nos dias 16 e 17/11/98.

A segunda versão, publicada em maio/2000 (2ª edição), foi o resultado deste processo. Ou seja, da soma do produto do trabalho das Comissões do Conselho Nacional de Saúde com a contribuição dos convidados para a Oficina Nacional de Recursos Humanos, realizada em Goiânia.

Este documento contém um título que trata da “Fundamentação” para o estabelecimento de princípios e diretrizes para uma NOB/RH-SUS e um segundo título que trata dos “Conceitos Básicos” nela existentes.

O terceiro título, “A Gestão do Trabalho no SUS”, como especificado no sumário, inclui itens que, normalmente, representam os principais problemas em relação à gestão do trabalho no dia a dia da gestão do sistema.

Reservamos um título especialmente para tratar do “Desenvolvimento do Trabalhador para o SUS”, considerado como uma questão estratégica para a Gestão do Trabalho.

“A Saúde Ocupacional do Trabalhador do SUS” foi entendida como uma questão de extrema importância, considerando-se a falta de regulamentação existente até hoje sobre o tema. O quinto título tem essa finalidade.

O sexto título trata do “Controle Social da Gestão do Trabalho no SUS”. É importante ressaltar que talvez seja este um dos itens de maior dificuldade para o exercício do controle social do sistema de saúde. Normalmente, faltam dados e informações necessários à disposição dos conselhos de saúde para nortear o exercício de suas funções, o que muitas vezes inviabiliza a atuação nesse campo. Estes princípios e diretrizes para a NOB definem alguns itens fundamentais para a atuação dos Conselhos de Saúde.

O sétimo título trata das “Siglas Utilizadas no Documento”.

Além do produto da Oficina realizada em Goiânia (a segunda versão), foram definidos alguns encaminhamentos para dar continuidade ao processo de discussão e elaboração da terceira versão de “Princípios e Diretrizes para uma Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS”:

1. Encaminhar, formalmente, a Segunda Versão do documento ao Ministério da Saúde;
2. Divulgá-lo por meio dos instrumentos de comunicação do Conselho Nacional de Saúde - CNS: Conferência Nacional de Saúde On Line, Home Page do CNS, Jornal do CNS e o Boletim do CNS;
3. Realizar seminários temáticos ou de todo o documento nos estados, no decorrer de 1999;
4. Introduzir a temática de Recursos Humanos nas Conferências Municipais e Estaduais de Saúde, visando à discussão deste documento no decorrer de 1999, e, na ausência de Conferências, nos respectivos Conselhos de Saúde;

5. Redigir a Terceira Versão dos “Princípios e Diretrizes para a elaboração da NOB/RH-SUS”;

6. Encaminhar a Terceira Versão à Comissão Intergestores Tripartite (CIT); aos Conselhos Estaduais de Saúde (CES); às Comissões Intergestores Bipartite (CIB) e aos Conselhos Municipais de Saúde (CMS) para a elaboração final da NOB/RH-SUS;

No decorrer deste processo, avaliar a pertinência e oportunidade de como tratar a questão dos Recursos Humanos e da NOB/RH-SUS, no nível das Conferências de Saúde, gerais ou específicas de Recursos Humanos.

A discussão deste documento não teve caráter homogêneo em todo país, conforme previsto nos itens 3 e 4 acima. Foi discutido por alguns conselhos de saúde, algumas conferências municipais e estaduais e por seminários específicos organizados por entidades nacionais e estaduais dos trabalhadores ou órgãos gestores de alguns estados.

Em abril/2000, foram definidas algumas estratégias e encaminhamentos para a elaboração do documento final, com a posição do CNS sobre a NOB/RH-SUS. A primeira delas, foi a realização de 5 Seminários Macrorregionais (Florianópolis, Goiânia, Manaus, Rio de Janeiro e Fortaleza) para discutir a segunda versão preliminar. Participaram destes Seminários, as Secretarias Estaduais de Saúde, Secretarias Municipais, Conselhos Estaduais, entidades representantes dos trabalhadores nos estados, universidades e escolas de saúde. A segunda, foi a solicitação do CNS, para que alguns especialistas, juristas, representantes de entidades, gestores, lideranças e estudiosos do assunto, avaliassem o documento, com roteiro previamente elaborado. A terceira, foi a compilação de propostas e sugestões apresentadas nos vários fóruns que discutiram o documento, como conferências de saúde, seminários, encontros, entre outros.

Nos dias 30 e 31/08/2000, o Conselho Nacional de Saúde, sob a coordenação da Comissão Intersetorial de Recursos Humanos - CIRH e da Mesa Nacional de Negociação do SUS, realizou em Salvador - BA, a segunda “Oficina Nacional de Recursos Humanos para o SUS”, com a participação de 60 convidados, para proporem o texto da terceira versão de “Princípios e Diretrizes para a NOB/RH-SUS”, analisando-se a segunda versão preliminar do CNS, os consolidados dos seminários macrorregionais, dos especialistas e dos debates realizados em outros fóruns, além das opiniões dos convidados presentes.

Em Salvador, definiu-se que a terceira versão não dará caráter conclusivo ao documento do CNS, conforme previsto anteriormente, mas que a mesma deverá ser um instrumento de debate da Política Nacional de Recursos Humanos para o SUS, especialmente, dos pontos polêmicos identificados, ressaltados na oficina e assinalados nesta terceira versão, durante a 11ª Conferência Nacional de Saúde, conforme indicativo do item 7 dos encaminhamentos propostos na Oficina de Goiânia e que, somente depois, deverá haver uma última versão final (quarta) aprovada pelo CNS. Estão contemplados nesta versão, os pontos divergentes mais importantes localizados no processo de discussão do documento. Estes pontos recebem numeração seqüencial idêntica, acrescida da letra “A” para a proposta com maior aceitação e da letra “B” para as opiniões divergentes.

Nesta terceira versão estão acrescentados três anexos que, não necessariamente, necessitam fazer parte do documento final de “Princípios e Diretrizes para a NOB/RH-SUS” mas, nesta atual fase, poderão subsidiar os debates acerca do tema. São eles:

Legislação Vigente sobre a Gestão Pública do Trabalho;
Opiniões sobre a pertinência e viabilidade, os desafios, os pontos críticos, as dificuldades, as questões omitidas e as estratégias para a implementação da NOB/RH-SUS nas três esferas de gestão do SUS;

Contribuição de Especialistas para a NOB/RH-SUS.

Nelson Rodrigues dos Santos
Conselho Nacional de Saúde

Introdução

Desde a institucionalização do Sistema Único de Saúde a partir da Constituição Federal de 1988, quatro questões sobre a gestão têm sido freqüentemente realçadas como fundamentais para a sua implementação: a descentralização, o financiamento, o controle social e os recursos humanos.

De todas elas, a mais complexa e que vem sofrendo o maior processo de desregulamentação dentro da política de reforma do Estado no País, é a dos Recursos Humanos. Trabalhadores dos diversos níveis de governo e de entidades prestadoras de serviço ao Sistema Único de Saúde - SUS convivem no mesmo local de trabalho com direitos e deveres diferenciados, o que é um problema ainda a ser resolvido. É comum a falta de estímulo profissional, os desvios de funções, as duplas ou triplas jornadas de trabalho, a submissão a formas improvisadas e arcaicas de vinculação e gestão, cuja regra é a transgressão à lei, e ainda, com poucos ou inexistentes espaços de negociação com seus empregadores.

Observa-se que, em nome de práticas “antiengesamento da máquina pública”, pratica-se a “lei da selva” na gestão do trabalho na área da saúde.

Os problemas da gestão do trabalho existentes em 1988 quando da elaboração da Constituição Federal, onde em um mesmo local de trabalho dos serviços públicos de saúde encontravam-se servidores das diferentes instâncias de governo (e de diferentes órgãos), de uma ou várias instituições da administração indireta (autarquias, institutos e fundações) e, muitas vezes terceirizados, originados das propostas de trabalho em parcerias e da tentativa de se implantarem as Ações Integrais de Saúde (AIS), com trabalhadores recebendo salários, vantagens e benefícios diferenciados, o que originou a reivindicação de se implantar o Regime Jurídico Único, para a contratação no serviço público, a situação é agravada com a não-implementação do Regime Jurídico Único e com a sua extinção.

Atualmente, além da manutenção de todas as situações anteriores, implementou-se a contratação de trabalhadores para o serviço público, sem concurso público, com a utilização de vários mecanismos, tais como, os contratos em cargos comissionados para atividades de caráter permanente; a contratação de serviços terceirizados (empresas, associações de moradores, cooperativas e outras) para a realização de atividades públicas de caráter permanente; a instituição dos Consórcios (administrativos) Intermunicipais de Saúde transformados em empresas privadas, entre outras, com a mesma finalidade; a utilização de contratos administrativos e da contratação por tempo determinado (instituída para atender a necessidade temporária de excepcional interesse público), em situações comuns, fora das condições e prazos definidos por lei.

Nas instituições privadas (filantrópicas e lucrativas), prestadoras de serviços de saúde, as distorções são de outra ordem. Nesses casos, a ênfase da desregulamentação se dá, principalmente, pela tentativa das entidades de se desonerarem das obrigações fiscais e pelo descumprimento das normas regulamentares de contratação de pessoal. As formas mais comuns são: a contratação de serviços profissionais, de nível universitário, por profissionais autônomos; a contratação através de cooperativas (que nem sempre são regulamentadas); motivadas pela isenção fiscal delas; e a contratação de estagiários, como substituição de mão-de-obra profissional, pela possibilidade de remuneração inferior do trabalho.

Em relação à gestão de recursos humanos dos serviços de saúde descentralizados, observam-se situações muito diferenciadas na realidade brasileira. Por exemplo, há Estados em que, até hoje, realizam-se contratações de servidores para prestarem serviços de competência dos Municípios; outros que publicam documentos de descentralização de serviços e de recursos humanos, preocupando-se somente com o pagamento da folha de pessoal preexistente à municipalização. Outra situação é aquela que ocorre em locais onde há um grande número de processos de aposentadorias, transferências de servidores e dos programas de demissões voluntárias promovidos pelo governo federal e por alguns governos estaduais, onde serviços de saúde são desativados, principalmente naqueles municípios que não possuem infra-estrutura que possibilite as reposições necessárias.

Os Recursos Humanos no setor Saúde são a base para a viabilização e implementação dos projetos, das ações e serviços de Saúde disponíveis para a população. A utilização dos avanços tecnológicos e da alta tecnologia não substituirão a atuação de um profissional de saúde na função essencial de atendimento àqueles que necessitam de atenção.

Sabe-se que o investimento nos Recursos Humanos irá influenciar decisivamente na melhoria dos serviços de saúde prestados à população. Assegurar que trabalhadores em saúde estejam satisfeitos com o seu processo de trabalho e com o resultado de seu trabalho, é um caminho prático e certo para o avanço na implementação do sistema.

Estes princípios e diretrizes para a Norma Operacional Básica de recursos Humanos (NOB/RH-SUS) têm por finalidade primordial estabelecer parâmetros gerais para a Gestão do Trabalho no SUS. Ao compatibilizá-los com as diferentes realidades e situações institucionais, busca-se superar os desafios da implementação de uma política de Recursos Humanos para o SUS.

Pode-se considerar que uma NOB/RH-SUS seja um documento/instrumento de alta qualidade para a gestão do sistema de saúde, principalmente porque sua formulação implica um processo altamente participativo e democrático, com discussões e negociações que levam à construção de uma política de recursos humanos, desde já pactuada. Um dos principais problemas a serem resolvidos para a sua implementação é a falta de antecedentes de priorização e o tipo de tratamento que a questão dos Recursos Humanos em saúde tem recebido nos processos de reformas do Estado. É necessário garantir, portanto, que a elaboração da NOB/RH-SUS assegure que seus conteúdos sejam efetivamente operacionalizáveis.

1. Fundamentação

A Constituição Federal de 1988 consagrou a cidadania e a dignidade da pessoa como humana como direitos fundamentais. Esses ideais foram inscritos no texto constitucional, elevando à condição de relevância pública as ações e serviços de saúde, à medida que ordena ser a saúde um direito fundamental do homem.

O mandamento constitucional estabelece que a “saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (CF/88, art.196).

A análise histórica, da concepção ao processo de implementação do SUS, demonstra que desde os primeiros movimentos pela Reforma Sanitária até a atual fase de implementação do sistema, várias foram as iniciativas de se inserir um sistema de saúde na Lei Maior, o que sempre foi determinado pelos momentos institucionais do país.

Mas, sem dúvida, foi o atual texto constitucional que revelou a mais profunda e importante estruturação e organização do Sistema Único de Saúde, à medida que dispôs sobre as ações e serviços de saúde, definindo atribuições e competência ao Estado para o setor.

A Carta Política ao organizar e estruturar o Sistema Único de Saúde no contexto da Seguridade Social, fixou como seus princípios fundamentais, a universalidade, a igualdade, a descentralização, o atendimento integral além de outros, o qual destacamos, a participação da comunidade na gestão, fiscalização e acompanhamento das ações e serviços de saúde (CF/88, art. 194, parágrafo único, I, c/c art. 198, III). Ao se elaborar uma proposta de Diretrizes Gerais para a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do SUS, procurou-se obedecer a esses princípios já consagrados.

Outras disposições de natureza infra-constitucional surgiram, tais como, as Leis Orgânicas da Saúde que vieram atender ao reclamo constitucional. No campo infra-legal, temos as portarias do Ministério da Saúde e as deliberações do Conselho Nacional de Saúde e das Conferências Nacionais de Saúde, todas formatando o atual arcabouço jurídico-legal do Sistema.

As Conferências e os Conselhos de saúde são instâncias colegiadas do SUS em cada esfera de governo, por expressa disposição legal. A lei conferiu ao Conselho o caráter permanente e deliberativo, cabendo-lhe a formulação de estratégias e o controle da execução da política de saúde, cujas decisões são homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada nível de governo, sem prejuízo das funções do poder legislativo correspondentes.

Na perspectiva de cuidar da política de recursos humanos para a saúde, o Conselho Nacional de Saúde instituiu a Comissão Intersetorial de Recursos Humanos - CIRH, tendo como finalidade articular uma proposta de política nacional de recursos humanos para o setor, com a participação e envolvimento de todos os segmentos integrantes do SUS. Esse trabalho vem sendo desenvolvido de forma integrada com a Mesa Nacional de Negociação do SUS, estabelecendo um rico processo que ultrapassa os limites e os conceitos clássicos da negociação coletiva de trabalho próprios do setor privado.