



CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE

CONFERÊNCIA DE GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE

TEMA CENTRAL: DEMOCRACIA, TRABALHO E EDUCAÇÃO NA SAÚDE

PARA O DESENVOLVIMENTO: GENTE QUE FAZ O SUS ACONTECER

DOCUMENTO ORIENTADOR

Versão 2

O presente documento é um compilado de documentos para balizamento das Conferência de Gestão do trabalho e Educação em Saúde no Estado do rio Grande do Sul.

É dividido em:

Parte 1: Documento Orientador da Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde

Parte 2: Estado da arte da Educação em Saúde Coletiva

Parte 3: Análise Situacional da Gestão do Trabalho no RS

Parte 4: Eixos de discussão para a Conferência de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde

Parte 5: Compilado das propostas aprovadas na 9ª Conferência Estadual de Saúde do RS



Parte 1:

Documento Orientador da Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde

Apresentação¹

O Sistema Único de Saúde (SUS), maior política pública conquistada pelo povo brasileiro, inscrito na Constituição Federal (CF) de 1988^[2], determina no seu Art. 196 que “A saúde é direito de todos e dever do Estado”, e também prevê que seja garantida, “mediante políticas sociais e econômicas, a redução do risco de doença e de outros agravos e o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”, se comprometendo com o reconhecimento e respeito da diversidade territorial e do povo brasileiro, com a necessária promoção da equidade.

As dimensões continentais do SUS englobam mais de 4 milhões de trabalhadoras e trabalhadores de diversas profissões de saúde de nível técnico/médio e superior. Essa gigantesca força de trabalho em saúde é caracterizada pela participação majoritária das mulheres na gestão e cuidado na saúde e tem sua formação e educação permanente ordenadas pelos entes federativos, conforme Art. 200 da CF de 1988.

A ação destas trabalhadoras e dos trabalhadores está orientada por políticas públicas elaboradas por meio da participação de sujeitos políticos que compartilham saberes e fazeres de uma gestão participativa e interfederativa. Essa participação social é um dos princípios finalísticos do SUS, adotado na CF de 1988 e regulamentado na Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990^[3], constituindo uma das maiores conquistas do processo de construção desse sistema ao longo dos últimos 35 anos.

Esses avanços foram fortemente atacados desde o golpe de 2016, resultando em profundo desfinanciamento do SUS com o teto de gastos imposto pela Emenda Constitucional nº 95/2016^[4], desestruturação de políticas públicas da atenção básica^[5], saúde mental, formação e gestão do trabalho, bem como contrarreformas tributária, trabalhista e previdenciária, retirando direitos essenciais conquistados com muita luta e negociação.

Todas essas contrarreformas ampliaram a situação de desemprego, subemprego, baixos salários, desregulamentação do trabalho e precarização nas relações de trabalho. Esse conjunto de problemas impactou na gestão do trabalho, refletindo a ausência ou insuficiência de plano de carreira(s), de estudos de dimensionamento da força de trabalho e na falta de espaços de negociação coletiva, sobretudo em ambientes e processos de trabalho onde ocorrem diversas violências como assédios, discriminação, racismo,



LGBTfobia, etarismo, capacitismo e desvalorização da diversidade. Essas questões também repercutem na segurança, proteção, saúde física e mental das trabalhadoras e trabalhadores do SUS.

Outrossim, o impacto da pandemia de Covid-19 e sua repercussão no mercado de trabalho e ampliação das vulnerabilizações das trabalhadoras e dos trabalhadores agravou a desproteção social e os submeteu a condições de trabalho inaceitáveis. Esta realidade vem sendo naturalizada através da agenda desumana de austeridade fiscal e sua respectiva desregulamentação quanto aos direitos trabalhistas, sociais e aumento das desigualdades.

Nas últimas quatro décadas de direção política neoliberal, o país conviveu com o processo de desindustrialização, em meio a turbulências econômicas no âmbito nacional e global e empobrecimento da população, principalmente a partir do golpe de 2016, que aprofundou a supressão de direitos e a inaceitável concentração de riqueza e de poder nas mãos de poucos.

Diante desse contexto, urge a necessidade de um debate que envolva o Poder Legislativo, Poder Judiciário, Poder Executivo e o Controle Social para revisar e atualizar legislações vigentes, que limitam o desenvolvimento do SUS, além de constituir uma Lei de Responsabilidade Sanitária^[6] que garanta a responsabilidade fiscal sem renunciar às necessidades de ampliação do acesso a serviços de saúde que dependem da contratação digna e decente de trabalhadoras e trabalhadores para o SUS, bem como de sua qualificação.

Nesse sentido, é fundamental a garantia da educação permanente das equipes de saúde para o aprimoramento do processo de trabalho e o cuidado. Também é crucial rever o processo de formação de profissionais da saúde em todos os níveis, a fim de promover a produção de conhecimento e compromisso social com o SUS. Regular a abertura de cursos e incidir diretamente nas metodologias e conteúdo dos processos formativos, para contemplar a diversidade de saberes e práticas que atendam as reais necessidades da população em toda a sua diversidade humana e territorial, além de construir e consolidar novas estratégias de provimento e fixação de profissionais.

Direitos são conquistados em lutas coletivas permeadas por disputas e conflitos, a partir do reconhecimento do necessário tensionamento da correlação de forças e do acirramento da luta de classes, na direção da defesa da democracia, do desenvolvimento social com geração de renda, da sustentabilidade, da valorização do trabalho e socialização da riqueza.

É importante destacar que historicamente foram realizadas 3 (três) Conferências Nacionais de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde: a Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde^[7], realizada em 1986, tendo como tema central a "Política de Recursos Humanos Rumo à Reforma Sanitária", foi a primeira conferência temática da área após a 8ª Conferência Nacional de Saúde (8ª CNS)^[8], realizada no mesmo ano. A II Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde^[9] aconteceu em 1993, com o tema "Os desafios éticos frente às necessidades no setor saúde" e discutiu o processo de



implementação do SUS e sua relação com a formação, o desenvolvimento dos recursos humanos e a gestão do trabalho em saúde.

A 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde^[10] foi realizada em 2006, com o tema “Trabalhadores de saúde e a saúde de todos os brasileiros: práticas de trabalho, de gestão, de formação e de participação”. Visou discutir e avaliar os processos de trabalho no SUS e propor a implementação de políticas de gestão do trabalho e da educação na saúde como forma de ampliar a participação e a corresponsabilidade dos diversos segmentos do SUS na execução desta política e fortalecer o compromisso social nesse campo. No atual e histórico momento de reconstrução nacional, marcado pela eleição do Presidente Luís Inácio Lula da Silva, no final de 2022, tem-se a primeira mulher Ministra da Saúde, Nísia Trindade, que retomou com base na ciência políticas estruturantes para o fortalecimento do SUS.

Nesse cenário, destaca-se a realização da 17ª Conferência Nacional de Saúde (17ª CNS)^[11], em julho de 2023, que marcou o reconhecimento da participação social na luta pela garantia do direito universal à saúde, a defesa do SUS, da vida e da democracia. Mostrando o quanto é estratégico, portanto, colocar em movimento redes nacionais e frentes de lutas pelo fortalecimento da democracia direta e participativa, no contexto de um grande pacto nacional, que tenha como base a ética da solidariedade e que dê sustentação social e política para os avanços da sociedade.

A convocação da 4ª CNGTES^[12] marca a recuperação do conceito de trabalho em saúde de relevância pública, tendo em vista que são as trabalhadoras e trabalhadores do SUS os sujeitos políticos que constroem cotidianamente, em conjunto com pessoas usuárias e gestoras comprometidas com o SUS, as ações e serviços de saúde pública.

A 4ª CNGTES é parte desse exitoso processo de fortalecimento das instâncias de controle social como espaços de discussão em torno das políticas voltadas para a valorização das trabalhadoras e trabalhadores, implementação das ações de promoção da equidade, a expansão do acesso da população às ações e serviços de saúde, tendo em vista a universalidade da atenção e a integralidade do cuidado.

É inerente à 4ª CNGTES o aprofundamento do debate e avaliação das políticas do trabalho e da educação na saúde para (re)formulação de diretrizes e propostas que conformem a política pública de saúde de forma permanente e consolidada, resistente a conjunturas adversas, com devido monitoramento pelos conselhos de saúde. Portanto, é imprescindível fortalecer ações articuladas intersetorialmente, tanto da formação quanto na gestão do trabalho em saúde, com setores da educação e do trabalho, nas três esferas de governo, com a participação ativa das escolas de saúde pública e dos conselhos de saúde.

Afirma-se, assim, a importância do tema da 4ª CNGTES: “Democracia, Trabalho, e Educação na Saúde para o Desenvolvimento: Gente que faz o SUS Acontecer” como caminho para a visibilidade das trabalhadoras e trabalhadores do SUS, bem como da luta por seus direitos



no trabalho e realização do trabalho que atenda às necessidades da população usuária, reconhecendo o valor das pessoas que fazem o SUS acontecer.

Para tanto, a 4ª CNGTES terá três eixos de discussão, com seus respectivos subeixos, que visam debater toda a complexidade e riqueza do trabalho e da educação na saúde, sendo eles:

Eixo 1 – Democracia, controle social e o desafio da equidade na gestão participativa do trabalho e da educação em saúde

Ementa: A participação social é um dos princípios finalísticos do SUS e é imprescindível para a consolidação da democracia e promoção da equidade na saúde. Nesse sentido, é fundamental estimular estratégias que fortaleçam o controle social e a gestão participativa, assim como reconheçam o protagonismo dos territórios e populações dos diversos municípios e Estados brasileiros. O caminho proposto passa necessariamente pela implementação de ações que, de fato, fortaleçam a equidade e a valorização das trabalhadoras e trabalhadores da saúde, a gestão democrática das relações de trabalho, a afirmação da educação em saúde como experiência transformadora das relações de trabalho no SUS e a integração ensino-serviço-comunidade com o controle social. Subeixo 1.1 - Por um projeto nacional de desenvolvimento participativo para a conquista de um Estado para o “bem viver”; Subeixo 1.2 - Fortalecimento da democracia e promoção da equidade em saúde: desafios da gestão participativa; Subeixo 1.3 - Democratização das relações de trabalho em saúde: fortalecer a gestão participativa; Subeixo 1.4 - Educação em saúde como experiência transformadora das relações de trabalho e da gestão participativa.

Eixo 2 - Trabalho digno, decente, seguro, humanizado, equânime e democrático no SUS: uma agenda estratégica para o futuro do Brasil

Ementa: O trabalho na saúde como um direito é estratégico para a consolidação do SUS. A 4ª CNGTES assume o desafio da articulação na construção de uma agenda estruturante para a conquista do trabalho digno, decente, seguro, humanizado, equânime e democrático na saúde. Subeixo 2.1 - Democratização e humanização das relações de trabalho na saúde tendo a negociação coletiva como estratégia permanente; Subeixo 2.2 - Planejamento e dimensionamento da força de trabalho para alcance do acesso universal à saúde, considerando a agenda do desenvolvimento sustentável^[13]12; Subeixo 2.3 - Promoção da atenção integral à saúde e segurança da trabalhadora e do trabalhador da saúde no âmbito do SUS; Subeixo 2.4 - Enfrentamento da precarização do trabalho na saúde em tempos de globalização, reestruturação produtiva, plataformização e da 4ª Revolução Industrial^[14]13 e os impactos tecnológicos na saúde; Subeixo 2.5 - Regulação da formação, do exercício profissional e das relações de trabalho na saúde; Subeixo 2.6 - Garantia do futuro do trabalho na saúde com carreira de Estado no SUS.

Eixo 3 - Educação para o desenvolvimento do trabalho na produção da saúde e do cuidado das pessoas que fazem o SUS acontecer: a saúde da democracia para a democracia da saúde



Ementa: A educação e a democracia para a produção da saúde impulsionam a consolidação dos princípios e diretrizes do SUS e o desenvolvimento do trabalho das pessoas que fazem o SUS acontecer. Portanto, tomam-se como elementos disparadores para construção de diretrizes, programas e políticas que impulsionem mudanças e avanços nas políticas de formação e educação permanente. Subeixo 3.1 - Educação permanente em saúde como política de desenvolvimento do trabalho no SUS; Subeixo 3.2 - Integração da formação técnica, tecnológica e profissional com os sistemas locais de saúde, constituindo o SUS como uma escola; Subeixo 3.3 - Fomento a capacidades pedagógicas para trabalhadoras e trabalhadores do SUS voltados para o ensino, pesquisa, cooperação comunitária e o trabalho; Subeixo 3.4 - Educação popular em saúde para o fortalecimento do SUS; Subeixo 3.5 - Reconhecimento da participação em atividades de educação permanente em saúde como critérios de avaliação das carreiras na saúde; Subeixo 3.6 - Mobilização estudantil para fortalecimento da integração ensino, serviço, sociedade e gestão do SUS; Subeixo 3.7 - Residências em saúde como produção de aprendizagens experienciadas no trabalho, a partir da articulação com o cotidiano de vida, trabalho e coletividade de pessoas nos territórios para, no e com o SUS; Subeixo 3.8 - Mestrado e doutorado em saúde como ferramenta de proposição concreta de mudança das práticas, processos e organização da formação e do trabalho; Subeixo 3.9 - Não aos cursos da saúde na modalidade de Educação a Distância (EaD)^[15]

^[1] Apresentação do documento orientador da 4ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde: < [Documento orientador 4CNGTES.pdf \(saude.gov.br\)](http://saude.gov.br) >

^[2] Constituição da República Federativa do Brasil. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm

^[3] 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. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm

^[4] 3ª Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016 altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Disponível em: <https://legis.senado.leg.br/norma/540698>

^[5] Nesse documento foi escolhido o termo “atenção básica”, tendo em vista as deliberações do Conselho Nacional de Saúde e de Conferências Nacionais de Saúde que defendem o acesso universal e integral à saúde, na perspectiva do direito à saúde de todas as pessoas.

^[6] O PL 1.746/2019, do senador Rogério Carvalho (PT-SE), estabelece instrumentos legais de governança, controle, fiscalização, responsabilização e prestação de contas para o SUS. Disponível em: <https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/135962>

^[7] Relatório Final da Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde/1986. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/0116conf_rh.pdf

^[8] Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde/1986. Disponível em:

https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf

^[9] Relatório Final da II Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde/1993. Disponível em:

<https://bvsm.sau.gov.br/bvs/periodicos/crhsv2n1.pdf>

^[10] Relatório Final da 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/relatorios-cns/1519-3-conferencia-nacional-de-gestao-do-trabalho-e-da-educacao-na-saude>

^[11] Resolução nº 719, de 17 de agosto de 2023, dispõe sobre as diretrizes, propostas e moções aprovadas na 17ª Conferência Nacional de Saúde. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes-cns/resolucoes-2023/3120-resolucao-n-719-de-17-de-agosto-de-2023>

^[12] Resolução nº 724, de 09 de novembro de 2023 convoca a 4ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde (4ª CNGTES), cuja Etapa Nacional será realizada em Brasília, entre os dias 19 e 22 de novembro de 2024. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes-cns/3223-resolucao-n-724-de-09-de-novembro-de-2023#:~:text=Convoca%20a%204%C2%AA%20Confer%C3%Aancia%20Nacional,22%20de%20novembro%20de%202024>

^[13] 2ª Organização das Nações Unidas (ONU) e seus parceiros no Brasil estão trabalhando na Agenda 2030 para atingir os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS). São 17 objetivos que abordam os principais desafios de desenvolvimento enfrentados por pessoas no Brasil e no mundo. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/sdgs>

^[14] A Indústria 4.0 também chamada de Quarta Revolução Industrial, engloba um amplo sistema de tecnologias avançadas como inteligência artificial, robótica, internet das coisas e computação em nuvem que estão mudando as formas de produção e os modelos de negócios no Brasil e no mundo. Disponível em: <https://www.portaldaindustria.com.br/industria-de-az/industria-4-0/>

^[15] Segundo o Decreto 9.057, de 25 de maio de 2017, a Educação a Distância (EaD) é a modalidade educacional na qual a mediação didático-pedagógica nos processos de ensino e aprendizagem ocorre com a utilização de meios e tecnologias de informação e comunicação, com pessoal qualificado, com políticas de acesso, com acompanhamento e avaliação compatíveis, entre outros, e desenvolve atividades educativas por estudantes e profissionais da educação que estejam em lugares e tempos diversos. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2015-2018/2017/decreto/d9057.htm



Listas de Tabelas

Tabela 1: Quantitativo de trabalhadores SUS por Macrorregião

Tabela 2: Quantitativo de trabalhadores SUS, nível superior, por Macrorregião

Tabela 3: Quantitativo de trabalhadores SUS, nível médio-técnico, por Macrorregião

Tabela 4: Quantitativo de trabalhadores SUS, nível médio, por Macrorregião

Tabela 5: Distribuição dos trabalhadores estaduais por tipo de vínculo, SES/RS, 2022 e 2023.

Tabela 6: Dados sobre faixa etária

Tabela 7: Dados sobre escolaridade dos servidores

Tabela 8: Dados sobre o marcador sexo:

Tabela 9: Dados sobre os marcadores sexo e raça/cor

Tabela 10: Dados sobre os trabalhadores com deficiência

Tabela 11: dados de sexo, raça/cor e cargos ocupados pelos trabalhadores com deficiência da SES:

Tabela 12: Dados sobre o marcador sexo e tipo de vínculo

Tabela 13: Dados sobre os marcadores sexo feminino e raça/cor distribuídos nos cargos

Tabela 14: Dados sobre os marcadores sexo masculino e raça/cor distribuídos nos cargos

Tabela 15: Relação preliminar de residências multiprofissionais em saúde/ RS

Lista de quadros

Quadro 1: Meta e Indicador Plano Estadual de Saúde 2024- 2027

Quadro 2: Localização NUMESC no RS e situação

Quadro 3: Relação COAPES do RS

Gráficos

Gráfico 1: Distribuição de trabalhadores/ SES

Gráfico 2: Distribuição de trabalhadores/ CRS

Parte 2:

Análise Situacional da Gestão do Trabalho no RS

1. Quantitativo da força de trabalho do SUS no estado do RS:

Tabela 1: Quantitativo de trabalhadores SUS por Macrorregião:

Macrorregião de Saúde	Quantitativo
VALES	15296
SUL	16776
SERRA	16200
NORTE	22629
MISSIONEIRA	13446
METROPOLITANA	83939
CENTRO-OESTE	14960
TOTAL	183.246

Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES. Data da consulta: março/2024.

Tabela 2: Quantitativo de trabalhadores SUS, nível superior, por Macrorregião:

Ocupações de nível superior	Vales	Sul	Serra	Norte	Missio neira	Metropoli tana	Centro-Oeste	Total
Enfermeiro	1278	1702	1778	1634	1099	8206	1581	17278
Médico Clínico	1096	1013	1874	1445	774	5358	888	12448
Cirurgião dentista - clínico geral	663	559	823	875	486	2940	508	6854
Psicólogo	465	526	824	861	617	2797	560	6650

Clínico								
Fisioterapeuta geral	506	555	764	817	639	2660	694	6635
Farmacêutico	468	573	663	748	580	2432	653	6117
Médico residente	107	319	95	229	51	2073	222	3096
Nutricionista	248	211	299	367	240	1184	237	2786
Médico Pediatra	168	254	323	206	106	1477	160	2694
Enfermeiro da estratégia de saúde da família	176	283	174	395	296	1007	191	2522
Total	5175	5995	7617	7577	4888	30134	5694	67080

Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES. Data da consulta: março/2024.

Tabela 3: Quantitativo de trabalhadores SUS, nível médio-técnico, por Macrorregião:

Ocupações de nível técnico	Vales	Sul	Serra	Norte	Missio- neira	Metropoli- tana	Centro- Oeste	Total
Técnico de enfermagem	3482	4311	5138	5472	3298	26233	3858	51792
Técnico de Enfermagem e Socorrista	3460	4280	5107	5459	3289	26073	3784	51452
Auxiliar de enfermagem	106	382	103	261	135	2522	281	3790
Auxiliar de Enfermagem Auxiliar de Ambulância	104	382	102	260	135	2517	281	3781
Técnico e auxiliar em radiologia médica	194	300	255	305	228	1280	236	2798
Técnico em Radiologia e Imagenologia Oper	193	290	254	299	228	1271	236	2771
Técnico e auxiliar de	114	207	455	154	69	881	125	2005

laboratório								
Auxiliar de Laboratório de Análises Clínicas	106	140	448	127	64	614	56	1555
Técnico e auxiliar de farmácia	12	62	29	117	87	426	76	809
Outras ocupações nível técnico e auxiliar em saúde	44	37	14	40	46	316	16	513
Total	7815	10391	11905	12494	7579	62133	8949	121.266

Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES. Data da consulta: março/2024.

Tabela 4: Quantitativo de trabalhadores SUS, nível médio, por Macrorregião:

Ocupações de nível médio	Vales	Sul	Serra	Norte	Missio neira	Metropo litana	Centro-Oeste	Total
Agente comunitário de saúde	1089	1117	833	1927	1623	3203	1117	10909
Atendente de enfermagem /auxiliar de operações serv div e assem	402	227	316	533	349	1469	343	3639
Atendente de farmácia balconista	302	161	215	330	231	1069	237	2545
Atendente de consultório dentário	86	52	96	168	91	311	80	884
Agente de saúde pública	31	128	49	124	60	156	105	653

Agente de saúde pública agente de saneam	31	128	49	124	60	156	105	653
Atendente de enfermagem atend berçario	14	14	5	35	27	89	26	210
Outras ocupações de nível elementar em saúde	-	-	-	-	1	9	1	11
Gesseiro	-	-	-	-	1	9	1	11
Total	3044	2944	2396	5168	4066	9674	3132	30.424

Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES. Data da consulta: março/2024.

Não foi possível trazer informações sobre sexo, gênero, deficiência, raça/etnia, pois não constam esses dados no CNES.

2. Quantitativo da força de trabalho na Secretaria da Saúde do Estado do RS:

Tabela 5. Distribuição dos trabalhadores estaduais por tipo de vínculo, SES/RS, 2022 e 2023.

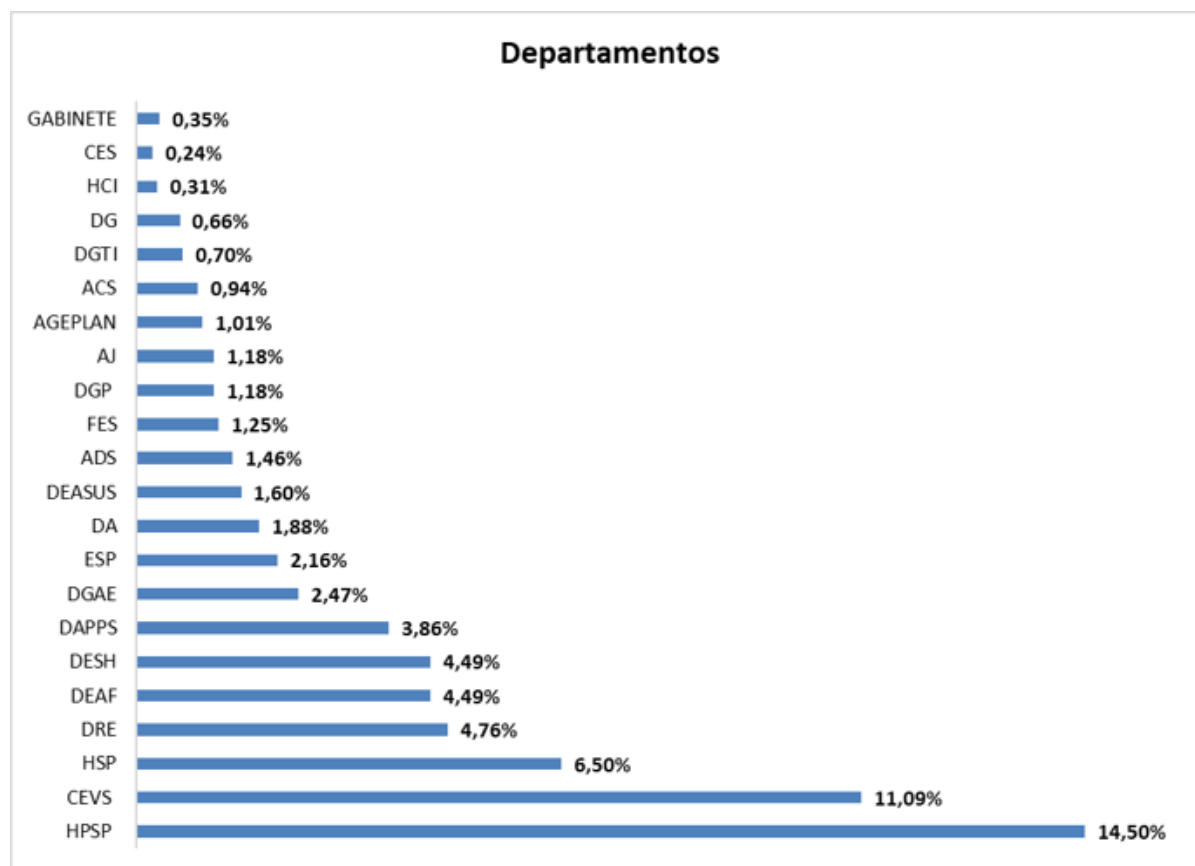
Tipo de Vínculo	2024
Estatutários	2666
Terceirizados	1.166
Adidos	97
Contrato por prazo determinado	138

Cargo Comissionado	220
Celetista	65
Prestadores de serviços	30
Total	
Cedidos*	65

Fonte: DA/SES/RS. Data da consulta: 01/2024. *Não incluído no cálculo. Estagiários e residentes não foram contabilizados nesta tabela.

Os trabalhadores da SES estão lotados nos Departamentos/Assessorias e nas Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS). Segue o percentual de trabalhadores por local de lotação, conforme gráfico abaixo:

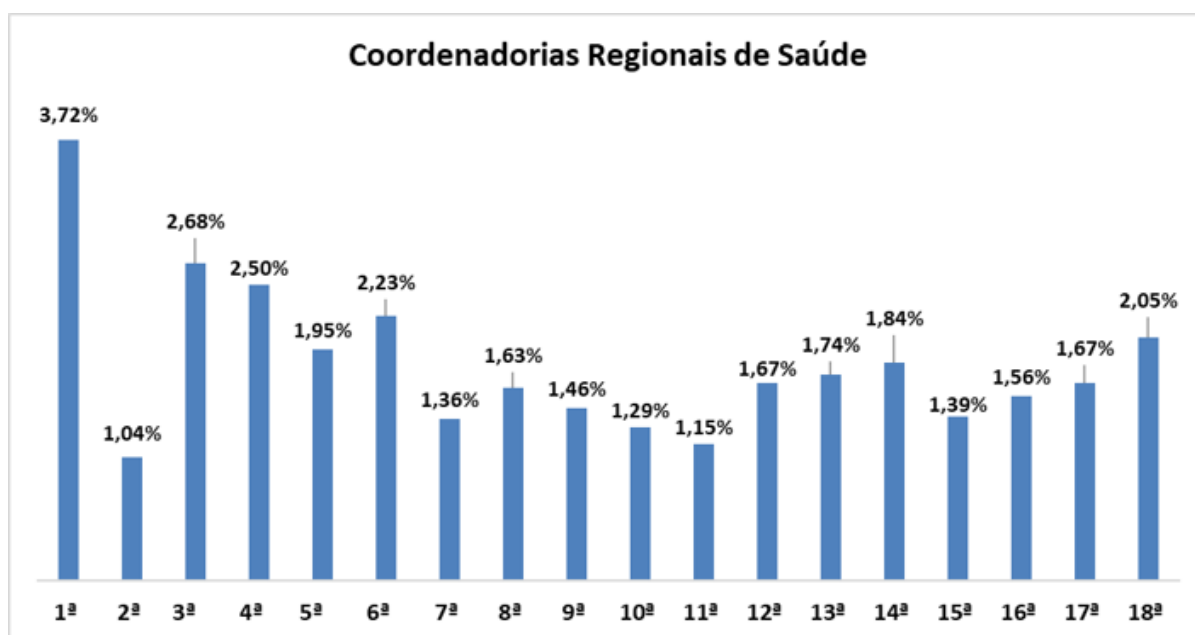
Gráfico 1: Distribuição de trabalhadores/ SES



Legendas: Gabinete da Secretária, Conselho Estadual de Saúde (CES, Hospital Colônia Itapuã (HCI), Direção Geral,

Departamento de Gestão de Tecnologias e Inovação (DGTI), Assessoria de Comunicação Social (ACS), Assessoria de Gestão e Planejamento (AGEPLAN), Assessoria Jurídica (AJ), Departamento de Gestão de Pessoas (DGP), Fundo Estadual de Saúde (FES), Ambulatório de Dermatologia Sanitária (ADS), Departamento de Auditoria do SUS (DEASUS), Departamento Administrativo (DA), Escola de Saúde Pública (ESP), Departamento de Gestão da Atenção Especializada (DGAE), Departamento de Atenção Primária e Políticas de Saúde (DAPPS), Departamento Estadual de Sangue e Hemoderivados (DESH), Departamento de Assistência Farmacêutica (DEAF), Departamento de Regulação Estadual (DRE), Hospital Sanatório Partenon (HSP), Centro Estadual de Vigilância em Saúde (CEVS), Hospital Psiquiátrico São Pedro (HPSP).

Gráfico 2: Distribuição de trabalhadores/ CRS



Legendas: 1ª CRS (Porto Alegre), 2ª CRS (Frederico Westphalen), 3ª CRS (Pelotas), 4ª CRS (Santa Maria), 5ª CRS (Caxias do Sul), 6ª CRS (Passo Fundo), 7ª CRS (Bagé), 8ª CRS (Cachoeira do Sul), 9ª CRS (Cruz Alta), 10ª CRS (Alegrete), 11ª CRS (Erechim), 12ª CRS (Santo Ângelo), 13ª CRS (Santa Cruz do Sul), 14ª CRS (Santa Rosa), 15ª CRS (Palmeira das Missões), 16ª CRS (Lajeado), 17ª CRS (Ijuí), 18ª CRS (Osório)

Tabela 6: Dados sobre faixa etária:



Faixa Etária dos Servidores do Quadro da Saúde			
30 anos ou menos.	31 a 45 anos	46 a 60 anos	61 anos ou mais
4,85%	32,59%	41,13%	21,44%

Fonte: Seção Núcleo de Informática/DGESP/DA/SES/RS. Data da consulta: janeiro/2024.

Tabela 7: Dados sobre escolaridade dos servidores:

Escolaridade dos Servidores do Quadro da Saúde		
Não possui informação de sua escolaridade	Ensino fundamental e ensino médio	Nível superior, pós-graduação, mestrado ou doutorado
4,08%	28%	67,91%

Fonte: Seção Núcleo de Informática/DGESP/DA/SES/RS. Data da consulta: janeiro/2024.

Tabela 8: Dados sobre o marcador sexo:

SEXO		
Dado	Mulheres	Homens
Trabalhadores na SES	2248	939

Fonte: Seção Núcleo de Informática/DGESP/DA/SES/RS. Data da consulta: março/2024.

Dados referentes às dimensões Analíticas para Equidade no SUS na SES/RS

Tabela 9: Dados sobre os marcadores sexo e raça/cor:

RAÇA/COR		
Dado	Mulheres	Homens
Branca	1604	629
Preta	140	55
Parda	186	77
Indígena	2	0
Amarela	2	0
Não informado	314	178
	2248	939

Fonte: Seção Núcleo de Informática/DGESP/DA/SES/RS. Data da consulta: março/2024.

Tabela 10: Dados sobre os trabalhadores com deficiência:

TRABALHADORES COM DEFICIÊNCIA				
Sexo	Raça/cor	Tipo de deficiência		
		Auditiva	Física	Visual
Feminino	Branca	3	2	3

	Preta	-	1	-
Masculino	Branca	-	3	2
Total		3	6	5

Fonte: Seção Núcleo de Informática/DGESP/DA/SES/RS. Data da consulta: abril/2024.

Se fizermos o cruzamento dos dados de sexo, raça/cor e cargos ocupados pelos trabalhadores com deficiência da SES, temos as seguintes informações:

Tabela 11: dados de sexo, raça/cor e cargos ocupados pelos trabalhadores com deficiência da SES:

TRABALHADORES COM DEFICIÊNCIA				
Sexo	Raça/Cor	Cargos		
		Assistente em Saúde	Técnico em Saúde	Especialista em Saúde
Feminino	Branca	-	1	7
	Preta	-	-	1
Masculino	Branca	1	-	4
Total		1	1	12

Fonte: Seção Núcleo de Informática/DGESP/DA/SES/RS. Data da consulta: abril/2024.

Porém, se consideramos as informações partir de ações realizadas na SES (monitoramento das condições de saúde e mapeamento dos trabalhadores com deficiência), quando os próprios trabalhadores se autodeclaram como “pessoa com deficiência”, podemos afirmar que há um maior quantitativo de trabalhadores com deficiência na SES, pois foram computados 62 trabalhadores.

Tabela 12: Dados sobre o marcador sexo e tipo de vínculo:

VÍNCULO EMPREGATÍCIO SES		
Tipo	Mulheres	Homens
Cargo Comissionado	142	78
Celetista	40	25

Contrato Por Prazo Determinado	113	25
Estatutário	1898	768
Adidos	54	43

Fonte: Seção Núcleo de Informática/DGESP/DA/SES/RS. Data da consulta: março/2024.

Tabela 13: Dados sobre os marcadores sexo feminino e raça/cor distribuídos nos cargos:

SEXO - FEMININO							
Cargo	Raça/Cor						
	Branca	Preta	Parda	Indígena	Amarela	Não If	
Especialista em Saúde	1025	35	63	2	2	129	1256
Técnico em Saúde	125	29	21			5	180
Assistente em Saúde	52	7	11			17	87
Extinto*	135	46	65			102	348
Geral	69	11	14			34	128
Técnico Científico	33	1	1			17	52
Secretária de Estado	1	-	-	-	-	-	1
Adido	51	1	1	-	-	1	54
Comissionado	113	10	10			9	142
	1604	140	186	2	2	314	2248

Fonte: Seção Núcleo de Informática/DGESP/DA/SES/RS. Data da consulta: março/2024.

*Lei 13.417/2010 - anexo II – estatutários - cargos de nível fundamental.

Tabela 14: Dados sobre os marcadores sexo masculino e raça/cor distribuídos nos cargos:

SEXO - MASCULINO					
Cargo	Raça/Cor				
	Branca	Preta	Parda	Não informado	
Especialista	366	7	23	80	476



em Saúde					
Técnico em Saúde	27	8	6	1	42
Assistente em Saúde	31	4	5	8	48
Extinto*	57	16	26	43	142
Geral	44	6	6	19	75
Técnico Científico	22	-	-	11	33
Adido	25	3	4	11	43
Comissionado	56	10	7	5	78
	628	54	77	178	937

Com relação ao sexo masculino por raça/cor predomina os seguintes cargos: brancos, exercendo o cargo especialista em saúde, pardos e pretos em cargos extintos.

No sexo feminino por raça/cor, predomina entre trabalhadoras brancas, amarelas e indígenas o cargo especialista em saúde, e entre trabalhadoras pretas e pardas o cargo extinto. Faz-se importante salientar que cerca de 14% não possuem preenchimento da informação raça/cor.

Considera-se, portanto, a força de trabalho na SES/RS preponderantemente feminina, branca, com vínculo estatutário e de nível superior. A profissão mais frequente é a enfermagem, seguida pela farmácia.

É importante mencionar que não foi possível trazer informação a respeito de identidade de gênero e orientação sexual, pois esses dados não constam no Sistema de Recursos Humanos do Estado do RS – RHE. O RHE é o banco de dados utilizado para buscar as informações a respeito dos servidores da SES.



Parte 3

Estado da arte na Educação em Saúde Coletiva do RS

A análise da educação em saúde coletiva do Estado do RS leva em conta as estratégias que a Secretaria Estadual de Saúde vem adotando desde a constituição da Escola de Saúde Pública, através do Decreto Estadual nº 13.812, de 11 de julho de 1962. Da finalidade inicial - cursos anuais e regulares para a formação de técnicos nos diversos setores da Saúde Pública - até o momento houve redimensionamento de ações, as quais vem buscando fortalecer a educação em saúde coletiva no RS.

Como marcos da Política Estadual de Educação em Saúde Coletiva, citamos a [Portaria SES nº 39/ 2000](#) (criação NURESC, NUMESC); a [Resolução CIB/ RS 590/ 2013](#) (criação da Rede de Educação em Saúde Coletiva alterada pela [Resolução CIB/ RS nº 320/2017](#)) e a [Portaria SES nº 1.112/2022](#) (institui a Política Estadual de Educação Permanente em Saúde Coletiva).

Importante ressaltar o conceito expresso na Resolução CIB/RS nº 590/ 2013 acerca da educação em saúde coletiva:

“Considera-se, como Educação em Saúde Coletiva, práticas educativas entre trabalhadores, movimentos sociais, conselhos, instituições de ensino e gestores de políticas públicas em saúde e intersetoriais, que não se reduzem aos domínios técnico-científico e profissional e se fundamentam em relações orgânicas de acompanhamento, assessoramento e/ou apoio nos cotidianos das redes de cuidado. Perspectiva-se a tradução da “clínica centrada no usuário” em itinerários formativos singulares. Integra-se trabalho e educação (inseparabilidade do pensar e do agir), e inter-relaciona-se distintos campos de saber (saberes populares, ciências sociais, da saúde). Configura-se em redes de educação: interações, conexões e fluxos entre múltiplos “nós”/coletivos organizados de produção em saúde. Desde a referência da Educação Permanente em Saúde, interroga-se sobre os modos de gestão do trabalho e potencializa o controle social, ao afirmar a indissociabilidade de gestão, atenção, educação e participação”

Pela inexistência de indicadores de educação em saúde coletiva, a nível nacional, há alguns anos, tem-se buscado uma forma de tornar evidente o que é produzido pelas CRS e pelos municípios, os quais nem sempre percebem que realizam inúmeras ações de educação em saúde coletiva. Sendo assim o presente capítulo inclui dados coletados pela Escola de Saúde Pública, através dos formulários preenchidos pelos representantes. Para tanto, no Plano Estadual de Saúde 2024-2027, consta no objetivo 3 - “Qualificar a gestão da saúde, viabilizando a implementação das ações necessárias para aprimorar os processos de trabalho”, metas e indicadores importantes para o fortalecimento da educação em saúde coletiva do Estado, os quais são monitorados a partir da Escola de Saúde Pública:

Quadro 1: Meta e Indicador Plano Estadual de Saúde 2024- 2027



Meta	Indicador
Implantar 7 dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial Escola nas macrorregiões de saúde	Número de dispositivos RAPS Escola implantados
Implementar a Política Estadual de Educação Permanente em Saúde Coletiva	Percentual das ações realizadas para a implementação da Política Estadual de Educação Permanente em Saúde Coletiva
Qualificar 16.000 trabalhadores/gestores/usuários por meio de oferta de ações educacionais descentralizadas	Número de trabalhadores qualificados
Garantir a manutenção de 100% das bolsas para o Programa da Residência Integrada em Saúde da Escola de Saúde Pública	Percentual de bolsas mantidas
Formar 100 trabalhadores em nível de pós-graduação lato sensu em Saúde Pública.	Número de trabalhadores formados
Ampliar em 15% o número de Núcleos Municipais de Educação em Saúde Coletiva	Percentual de Núcleos Municipais de Educação em Saúde Coletiva ampliados
Implementar a Política de Pesquisa da SES	Percentual das ações realizadas para a implementação da Política de Pesquisa da SES

Fonte: Plano Estadual de Saúde 2024-2027:<07152035-pes-2024-2027-rio-grande-do-sul.pdf
(saude.rs.gov.br)>

Cabe ressaltar que a Dispositivos da Rede de Educação Em Saúde Coletiva (Resolução 590/2013) são fortalecidos através da [Portaria SES nº 1.112/2022](#), tais como NURESC e NUMESC. Sendo os intercâmbios interfederativos uma importante estratégia de fortalecimento da educação em saúde coletiva no Estado. Apesar disto, percebemos que pouco são utilizamos, uma vez que ainda se mantém a lógica de capacitação, treinamento e cursos como ações essenciais de educação em saúde. Sendo, em muitas situações, confundidas como educação permanente em saúde.

1. Núcleos Regionais de Educação em Saúde Coletiva

Para fomentar e fortalecer a educação em saúde coletiva no Estado, os Núcleos Regionais de Educação em Saúde Coletiva (NURESC) foram instituídos através da Portaria Estadual SES/RS de nº 39, de 01 de dezembro de 2000 e representam a estratégia de descentralização da ESP nas CRS. Sendo assim, em cada CRS, há um NURESC. Nos últimos



anos algumas permaneceram com as mesmas representações, sendo que há servidores novos em duas CRS (6ª e 13ª) e uma permanece sem representação (12ª e 16ª). Este contexto impacta não somente na análise dos territórios, como também na falta de sensibilização e apoio à rede em relação à educação em saúde coletiva.

Desde 2021, a ESP tem desenvolvido o apoio institucional aos NURESC através das cartografias regionais, reuniões de monitoramento e avaliação de processos, reuniões mensais com as representações NURESC e participação em ações definidas a partir do monitoramento e avaliação. A partir de 2022, formulários quadrimestrais e anual foram criados, em conjunto entre ESP e NURESC, para monitorar as ações de educação em saúde coletiva, Núcleos Municipais de Educação em Saúde Coletiva, Contratos Organizativos de Ação Público Ensino-Saúde e Comissões de Integração Ensino Serviço.

2. Núcleos Municipais de Educação em Saúde Coletiva

Apesar da existência do dispositivo existir desde 2000, o monitoramento dos NUMESC passou a ocorrer em 2022. Em 2023, foi observada a instabilidade dos dados relativos aos Núcleos Municipais de Educação em Saúde Coletiva, uma vez que as informações de atividade e inatividade dos NUMESC mudaram devido a constante atualização dos dados para apresentar a realidade dos territórios nos Encontros Macrorregionais de Educação em Saúde Coletiva que ocorrem pela primeira vez no RS. Para tanto, a partir do VI Encontro Estadual de Educação em Saúde Coletiva ocorrida em novembro de 2023, passou-se a compreender como NUMESC aquele instituído através de instrumento legal de criação (decreto, lei, portaria) e não mais a citação do município referindo a existência de NUMESC e se estava ativo ou inativo.

A partir do exposto, em 2022 contávamos com 62 NUMESC ativos e 77 inativos. Em 2023, conforme a pactuação descrita acima e a resposta dos NURESC ao formulário de monitoramento anual, temos 54 NUMESC com instrumento legal em funcionamento e 18 NUMESC com instrumento legal inativo. A partir do comparativo, tomando por base a nova pactuação, os municípios de Pinhal Grande, Veranópolis, Itaqui, Maçambará e Manoel Viana estavam como ativos em 2022 e não estão em funcionamento. São Sepé, Santo Antônio da Patrulha e Osório não estavam operando e passaram a funcionar.

A partir dos relatórios de 2022 e reuniões de monitoramento e avaliação com os NURESC, havia municípios descritos como NUMESC (ativo ou inativo) e que não consta na tabela abaixo pois, conforme o exposto, a pactuação é de ser considerado NUMESC somente aqueles que tenham instrumento legal de criação. Os municípios de Taquara, Sapucaia do Sul, Minas do Leão, Nova Prata, Pirapó, São Luiz Gonzaga e Ijuí apareciam como ativos e Harmonia, São Pedro da Serra, Novo Tiradentes, Agudo, São José do Polêsine, Silveira Martins, Tupanciretã, Vila Nova do Sul, Itacurubi, Nova Esperança do Sul, Santiago, Unistalda, Canela, Nova Petrópolis, Vacaria, Carazinho, Marau, Arvorezinha, Aceguá, Dom Pedrito, Lavras do Sul, Caibaté, Cerro Largo, Dezesseis de Novembro, Entre-Ijuis, Garruchos, Guarani das Missões, Porto Xavier, Rolador, Salvador das Missões, Santo Ângelo, São Pedro

do Butiá, Sete de Setembro, Ubiretama, Vitória das Missões, Estrela, Ajuricaba, Augusto Pestana, Bozano, Catuípe, Chiapetta, Crissiumal, Inhacorá, Jóia, Nova Ramada, Panambi, São Martinho e São Valério como inativos.

Quadro 2: Localização NUMESC no RS e situação

CRS	Região de Saúde	Município	NUMESC Ativo
1ª	06 – Paranhana:	Riozinho	NÃO
		Araricá	NÃO
	07 – Vale dos Sinos:	Campo Bom	SIM
		Estância Velha	SIM
		Nova Hartz	NÃO
		Novo Hamburgo	SIM
		Sapiranga	SIM
		São Leopoldo	SIM
		Portão	SIM
		08 – Vale do Caí/Metropolitana:	Brochier
	Canoas		SIM
	Maratá		SIM
	Montenegro		SIM
	Nova Santa Rita		SIM
	Pareci Novo		SIM
	São José do Sul		SIM
	São Sebastião do Caí		NÃO
	10 – POA/Metropolitana:	Tabaí	NÃO
		Cachoeirinha	SIM
Gravataí		SIM	
2ª	15 – Caminho das Águas:	Porto Alegre	SIM
		Esperança do Sul	NÃO
3ª	21 – Região Sul	Capão do Leão	SIM
		Pelotas	SIM
		Rio Grande	SIM
		São Lourenço do Sul	SIM
4ª	01 - Verdes Campos	Dilemando de Aguiar	SIM

		Dona Francisca	SIM
		Santa Maria	SIM
		São Martinho da Serra	SIM
		São Pedro do Sul	SIM
		São Sepé	SIM
		Toropi	SIM
	02 - Entre Rios:	Cacequi	SIM
		Capão do Cipó	NÃO
		Jaguari	SIM
		Jari	NÃO
		Mata	SIM
		São Francisco de Assis	SIM
		São Vicente do Sul	SIM
5ª	23 – Caxias e Hortênsias	Caxias do Sul	SIM
	25 – Vinhedos e Basalto	Bento Gonçalves	SIM
		Veranópolis	NÃO
		Vila Flores	NÃO
26 – Uvas e Vales	Feliz	SIM	
9ª	12 – Portal das Missões	Cruz Alta	SIM
10ª	03 – Fronteira Oeste:	Alegrete	SIM
		Barra do Quaraí	SIM
		Quaraí	SIM
		Rosário do Sul	SIM
		Santana do Livramento	SIM
		São Gabriel	SIM
		Uruguaiana	SIM
11ª	11 – Alto Uruguai Gaúcho:	Aratiba	NÃO
13ª	28 – Santa Cruz do Sul:	Rio Pardo	SIM
		Santa Cruz	SIM
		Venâncio Aires	SIM
14ª	14 – Fronteira Noroeste:	Cândido Godoy	NÃO
		Porto Santa Cruz	NÃO
		Santa Rosa	SIM

		Tucunduva	NÃO
16ª	29 – Vale das Montanhas	Lajeado*	SIM
17ª	13 –Região da Diversidade	Condor	NÃO
		Coronel Barros	NÃO
		Pejuçara	NÃO
		Sede Nova	NÃO
18ª	04 – Belas Praias	Capão da Canoa	SIM
		Xangri-lá	SIM
	05 – Bons Ventos	Imbé	SIM
		Santo Antônio da Patrulha	SIM
		Osório	SIM

* Dado verificado até o desligamento da referência de NURESC (jun/2023) e presença do NUMESC de Lajeado no I Encontro Macrorregional de Educação em Saúde Coletiva - Macrorregião Vales.

* Sem dados atualizados pelas referências serem recentes no NURESC (6ª e 12ª)

Base de dados quadro: Formulário de Monitoramento e Avaliação de Educação em Saúde Coletiva ESP/ SES/ RS

3 - Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES)

O COAPES foi criado através da [Portaria Interministerial nº 1.124, de 04 de agosto de 2015](#), buscando o fortalecimento da integração entre ensino, serviços e comunidade no âmbito do SUS.

Apesar da retomada da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde, não temos um acompanhamento nacional dos COAPES. Os dados aqui expressos são aqueles que foram possíveis serem atualizados através do Formulário de Monitoramento e Avaliação de Educação em Saúde Coletiva/ ESP/ SES/ RS e Planilha específica de Monitoramento COAPES 2023.

A tabela apresentada abaixo, apresenta a relação de COAPES mapeados no Estado, sendo que temos ciência de continuidade nos processos de Porto Alegre, São Leopoldo, Novo Hamburgo, Cachoeira do Sul, Santa Cruz, Palmeira das Missões e Ijuí. Os demais, neste momento, não temos outros dados que corroborem a permanência.

Quadro 3: Relação COAPES do RS

CRS	Município sede	Municípios parceiros	IES	Vigência
1ª	Novo Hamburgo	NA	Associação Pró-Ensino Superior em Novo Hamburgo – ASPEUR, mantenedora Feevale	2019 até 2024
	São Leopoldo	NA	Univerisidade do Vale do Rio dos Sinos - Unisinos	2018 até 2023
	Montenegro	NA	UNISC	
	Porto Alegre	NA	UFRGS / Instituto Porto Alegre da Igreja Metodista IPA/ Unisinos/ UFCSPA/ União Brasileira de educação e Assistência – PUCRS/ Associação Hospitalar Moinhos de Vento/ Instituto Técnico de Educação Porto Alegre Ltda – ITEPA/ Sociedade Sulina Divina Providência / Complexo de Ensino Superior S.A – IMED / Instituto Brasileiro de Osteopatia – IBO / SES- ESP	2019 até 2024
3ª	Pelotas	NA	Univeridade Federal de Pelotas e UCPel	–
	Rio Grande		Universidade Federal de Rio Grande, FURG e Anhanguera	–
6ª	Passo Fundo		Univeridade Federal Fronteira do Sul / Hospital de Clínicas de Passo Fundo / Associação Hospitalar São Vicente de Paulo / Fundação Universidade de Passo Fundo / Complexo de Ensino Superior Especializado na Área da Saúde / Complexo de Ensino Superior Meridional	2017 até 2022

8ª	Cachoeira do Sul		Universidade Luterna do Brasil (Campus Cachoeira do Sul) UNISC de Santa Cruz do Sul; Uninter; Unopar; Centro Educacional KRSABER; Escola de Educação Profissional do Hospital de Caridade e Beneficência de Cachoeira do Sul (HCB)	Vigente desde 26 de outubro de 2016
10ª	Uruguaiana (coordenação do Comitê Gestor Local)	Quaraí, Maçambará, Manoel Viana, Itaqui, Santa Margarida do Sul, Rosário do Sul, São Borja e São Gabriel	Universidade Federal do Pampa UNIPAMPA	2015 até 2020
11ª	Erechim		Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões	
12ª	Santo Ângelo	NA	URI (Universidade Regional Integrada do alto Uruguai e das Missões)	
13ª	Santa Cruz do Sul	Sinimbu Pântano Grande Venâncio Aires Vale do Sol	Universidade de Santa Cruz do Sul - UNISC	
15ª	Palmeira das Missões	NA	Universidade Federal de Santa Maria (USM) - Campus Palmeira das Missões	Vigente desde 2022 sem data final.
16ª	Lajeado	Estrela Putinga Teutônia Arroio do Meio Cruzeiro do Sul Encantado Marques de Souza Roca Salles Muçum	Univates - Universidade do Vale do Taquari	



17ª	Ijuí	NA	Universidade Regional do Noroeste do RS	2020 até 2025
-----	------	----	---	---------------

4. Comissão de Integração Ensino-Serviço

As Comissões de Integração Ensino-Serviço foram criadas através da [Portaria 1.996/2007](#), a qual dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, instituída pela [Portaria GM/MS nº 198/2004](#).

No Estado do RS, desde meados de 2015 a CIES Estadual está inativa. Apesar disso, há CIES em algumas Coordenadorias Regionais de Saúde, congregando as regiões de saúde do seu território.

Através do relatório de monitoramento e avaliação 2023 e do monitoramento das ações de NURESC, temos CIES na 4ª, 7ª, 8ª, 11ª, 13ª Coordenadorias Regionais de Saúde. Está em reorganização na 3ª CRS e na 16ª tinha sido reativada em 2022, mas após a saída da servidora do NURESC, está inativa.

DPermanecemos, com recurso advindos da Portaria 1996/2007, os municípios de Campo Bom, Igrejinha, Erechim e Santiago para uso da região, necessitando da CIES para organização de projetos. Sendo que a CIES da área de abrangência da 4ª CRS já está em processo para uso do recurso.

5. Colegiado Estadual de Educação Permanente em Saúde e Colegiados Macrorregionais de Educação Permanente em Saúde

Os Colegiados são dispositivos referendados pela [Portaria SES nº 1.112/2022](#) (institui a Política Estadual de Educação Permanente em Saúde Coletiva) como instâncias de debate da educação em saúde coletiva.

É preconizado o Colegiado Estadual, definido pela [Portaria SES nº 987/2023](#) e passará por reformulações em 2024 devido a alteração na sua composição. Dos 7 (sete) Colegiados



Macrorregionais previsto na Portaria, dois (2) estão em desenvolvimento: Colegiado Macrorregional para a Política de Educação Permanente em Saúde Coletiva da Região Missioneira ([Portaria SES Nº 852/2023](#)) e Colegiado Macrorregional para a Política de Educação Permanente em Saúde Coletiva da Região Norte ([Portaria SES Nº 760/2023](#)).

6. Residência Médica e Multiprofissional

Segundo dados da Comissão Estadual de Residência Médica do RS (CEREM- RS) estão cadastrados **3.056** residentes em formação nos estabelecimentos de ensino e serviços. Em relação à Residência Multiprofissional em Saúde, na esfera estadual foi criada a Comissão Descentralizada Multiprofissional de Residência (CODEMU) em setembro de 2023, que está em fase de implementação. Além da necessidade de identificar todas as Comissões de Residência Multiprofissional do Estado e obter acesso aos editais, com número de vagas e residentes ativos.

A presente CODEMU realizou um mapeamento preliminar (finalizado no início de 2024). A tabela 14 explicita o que foi delineado até o momento.

Assim, um dos desafios para aprimorar a obtenção de dados e a gestão da informação é qualificar o Sistema Nacional de Residências em Saúde (SINAR), disponibilizado pelo Ministério da Educação (MEC). Este sistema foi desenvolvido para dar mais agilidade ao processo de gestão dos programas de residências realizadas nas instituições credenciadas pela Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS). Até o momento, o SINAR não possui ferramentas suficientes para dar acesso e visibilidade aos dados desejados.

Tabela 15 - Relação preliminar de residências multiprofissionais em saúde/ RS

Instituição	Programas	Data Início COREMU	Nº Vagas Residentes Cadastradas	Nº Preceptores (aprox)	Nº Tutores (aprox)

Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul (ESP-RS)	1. Atenção Básica em Saúde (Multi); 2. Vigilância em Saúde (Multi); 3. Saúde Coletiva – Gestão em Saúde (Multi); 4. Saúde Mental Coletiva (Multi); 5. Dermatologia Sanitária (Multi)	1999 - 26/06/2015	124	53	31
Fundação Universitária de Cardiologia (IU-FUC)	1. Programa de Residência em Atenção Cardiovascular (Multi).	2007	17	14	8
Hospital de Clinicas de Passo Fundo (HCPF)	1. Programa de Residência Multiprofissional em Urgência e Emergência/Intensivismo (Multi); 2. Programa de Residência Multiprofissional em Materno Infantil/Neonatologia (Multi); 3. Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Clínica Especializada em Neurologia (Multi); 4. Programa de Residência Multiprofissional em Atenção à Saúde Mental (Multi).	2014 - MEC em 2017	39	30	4
Hospital de Clinicas de Porto Alegre (HCPA)	1. Adulto Crítico (Multi); 2. Análises Clínicas (Uni); 3. Atenção Cardiovascular (Multi); 4. Atenção Integral ao Paciente Adulto Cirúrgico (Multi); 5. Atenção Integral ao Usuário de Drogas (Multi); 6. Atenção Materno Infantil (Multi); 7. Atenção Primária à Saúde (Multi); 8. Controle Infecção Hospitalar (Multi); 9. Enfermagem Obstétrica (Uni); 10. Física Médica (Uni); 11. Onco-Hematologia (Multi); 12. Saúde da Criança (Multi); 13. Saúde Mental (Multi).	2010	67	124	24
Hospital Nossa Senhora da Conceição – Grupo Hospitalar Conceição (HNSC-GHC)	1. Atenção à Saúde da Mulher e da Criança (Multi); 2. Atenção à Saúde Mental (Multi); 3. Atenção ao Paciente Crítico (Multi); 4. Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo Facial (Odontologia); 5. Enfermagem Obstétrica (Enfermagem); 6. Onco-Hematologia (Multi); 7. Saúde Coletiva - Gestão em Saúde (Multi); 8. Saúde da Família (Multi).	2004	91	70	0
Hospital Santa Cruz (HSC) e APESC (Associação Pró-ensino em Santa Cruz do Sul) - UNISC	1. Programa de Residência Multiprofissional em Saúde - Atenção em Urgência e Emergência (Multi)	2014	20	16	8

PREMUS - Hospital São Lucas da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul	1. Programa de Residência em Urgência (Multi); 2. Programa de Residência em Saúde do Idoso (Multi); 3. Programa de Residência em Apoio Diagnóstico e Terapêutico (Uni); 4. Programa de Residência em Física Médica do Radiodiagnóstico (Multi); 5. Programa de Residência em Física Médica da Radioterapia (Multi).	2007	24	20	4
Secretaria Municipal da Saúde da Prefeitura Municipal de Porto Alegre (SMS/PMPA)	1. Residência Multiprofissional em Atenção Primária à Saúde (Multi)	2020	12	12	4
Universidade de Passo Fundo (UPF); Hospital São Vicente de Paulo (HSVP) e Prefeitura Municipal de Passo Fundo (PMPF)	1. Saúde Animal Integrada à Saúde Pública (Uni); 2. Cirurgia e Traumatologia Bucodentofacial (Uni); 3. Atenção Cardiovascular (Multi); 4. Atenção à Saúde do Idoso (Multi); 5. Atenção em Oncologia (Multi)	2012	112	150	40
Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS)	1. Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Mental; 2. Residência Multiprofissional em Atenção Básica; 3. Residência Uniprofissional em Farmácia Clínica e Farmácia Hospitalar (em análise pelo MEC/SINAR)	2014	22	35	7
Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS)	1. Atenção Básica	2016	6	5	3
Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA)/ Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre (ISCMPA)	1-Programa de Residência em Atenção em Terapia intensiva (Multi); 2-Programa de Residência em Atenção ao Câncer Infantil (Multi); 3-Programa Residência em Oncologia Hematologia (Multi); 4- Programa de Residência em Física Médica ênfase em Radioterapia (Uni)	2012	26	49	24

<p>Universidade Federal de Pelotas (UFPEL)</p>	<p>1. Atenção à Saúde da Criança (Multi); 2. Atenção em Oncologia (Multi); 3. Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial (Odontologia); 4. Anestesiologia Veterinária (Medicina Veterinária); 5. Clínica Cirúrgica em Animais de Companhia (Medicina Veterinária); 6. Clínica Médica em Animais de Companhia (Medicina Veterinária); 7. Clínica Médica de Equinos (Medicina Veterinária); 8. Clínica Médica de Ruminantes (Medicina Veterinária); 9. Diagnóstico por Imagem em Medicina Veterinária (Medicina Veterinária); 10. Medicina de Animais Silvestres (Medicina Veterinária); 11. Patologia Animal (Medicina Veterinária); 12. Patologia Clínica Veterinária (Medicina Veterinária); 13. Medicina Veterinária Preventiva (Medicina Veterinária); 14. Inspeção e Tecnologia de Produtos de Origem Animal (Medicina Veterinária); 15. Saúde Coletiva (Medicina Veterinária).</p>	<p>2010</p>	<p>35</p>	<p>88</p>	<p>31</p>
<p>Universidade Federal de Rio Grande (FURG)</p>	<p>1. Residência Integrada Multiprofissional Hospitalar com Ênfase na Atenção à Saúde Cardio-Metabólica do Adulto (RIMHAS)(Multi); 2. Multiprofissional - Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF) (Multi).</p>	<p>16 de agosto de 2010</p>	<p>10</p>	<p>22</p>	<p>23</p>

Universidade Federal de Santa Maria (UFSM)	1. Medicina Veterinária: Ênfase em Clínica Médica de Pequenos Animais (uni); 2. Medicina Veterinária: Ênfase em Diagnóstico por Imagem (uni); 3. Medicina Veterinária: Ênfase em Patologia Clínica (uni); 4. Medicina Veterinária: Ênfase em Anestesiologia Veterinária (uni); 5. Medicina Veterinária: Ênfase em Cirurgia Veterinária (uni); 6. Medicina Veterinária: Clínica de Grandes Animais: Ênfase em Clínica de Ruminantes (uni); 7. Medicina Veterinária Preventiva: Ênfase em Análises Micotoxicológicas e Patologia Aviária; 8. Medicina Veterinária Preventiva: Ênfase em Doenças Infecciosas e Parasitárias (uni); 9. Gestão e Atenção Hospitalar Sistema Público Saúde – Onco-hematologia (multi); 10. Gestão e Atenção Hospitalar Sistema Público Saúde - Atenção à Saúde da Mulher e da Criança (multi); 11. Gestão e Atenção Hospitalar Sistema Público Saúde – Saúde do Adulto com Ênfase em Doenças Crônicas Degenerativas; 12. Saúde Mental no Sistema Público de Saúde/UFSM – Atenção à Saúde Mental (multi); 13. Saúde da Família (multi); 14. Vigilância em Saúde (multi)	2009	72	88	68
Fundação Universidade Federal do Pampa (Uruguiana)	1. Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Coletiva; 2. Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Mental Coletiva; 3. Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Urgência e Emergência; Programa de Residência Integrada Multiprofissional em medicina Veterinária (UNIPROFISSIONAL)	2015	24	32	24

Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)	1. Residência Integrada em Saúde da Criança: violências e vulnerabilidades (Multi); 2. Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Coletiva (Multi); 3. Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental Coletiva (Multi); 4. Residência Integrada em Saúde Bucal - Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Faciais (Uni); 5. Residência Integrada em Saúde Bucal – Estomatologia (Uni); 6. Residência Integrada em Saúde Bucal (Uni); 7. Residência Integrada em Saúde Bucal - Saúde da Família e Comunidade (Uni); 8. Residência em Área Profissional - Anestesiologia Veterinária (UNI); 9. Residência em Área Profissional - Cirurgia de Pequenos Animais (Uni); 10. Residência em Clínica e Cirurgia de Animais Silvestres e Exóticos (Uni); 11. Residência em Clínica e Cirurgia de Grandes Animais (Uni); 12. Residência Profissional em Clínica Médica de Pequenos Animais (uni); 13. Residência em Área Profissional - Diagnóstico por Imagem Veterinária (Uni); 14. Residência em Área Profissional - Patologia Clínica Veterinária (Uni); 15. Residência em Área Profissional - Patologia Veterinária (Uni).	2006	85		
Universidade Franciscana (UFN) - Santa Maria	1. Programa de Residência Uniprofissional em Enfermagem Obstétrica (uni); 2. Programa de Residência Uniprofissional em Enfermagem Urgência e Trauma (uni); 3. Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Clínica Especializada com Ênfase em Infectologia e Neurologia (Multi); 4. Programa de Residência Multiprofissional em Reabilitação Física (Multi); 5. Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental (Multi)	2012	42	48	21

Universidade Luterana do Brasil (ULBRA)	1. Clínica especializada Adulto/Idoso – Hospitalar (Multi); 2. Saúde Coletiva – Atenção Básica (Multi); 3. Veterinária (Uni)			46	16
Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul/Fundação Municipal de Saúde de Santa Rosa UNIJUÍ (Santa Rosa)					
IPA/HPS	1. Urgência e Emergência (multi)	2013	16	6	3
FEEVALE	1. Urgência e Trauma (Multi)		16		
Sociedade Beneficência e Caridade de Lajeado – Hospital Bruno Born; UNIVATES	1. Atenção ao Câncer (Multi); 2. Intensivo/ Urgência/ Emergência (Multi)		18		

Fonte: Comissão Descentralizada Multiprofissional de Residência – CODEMU/ RS.

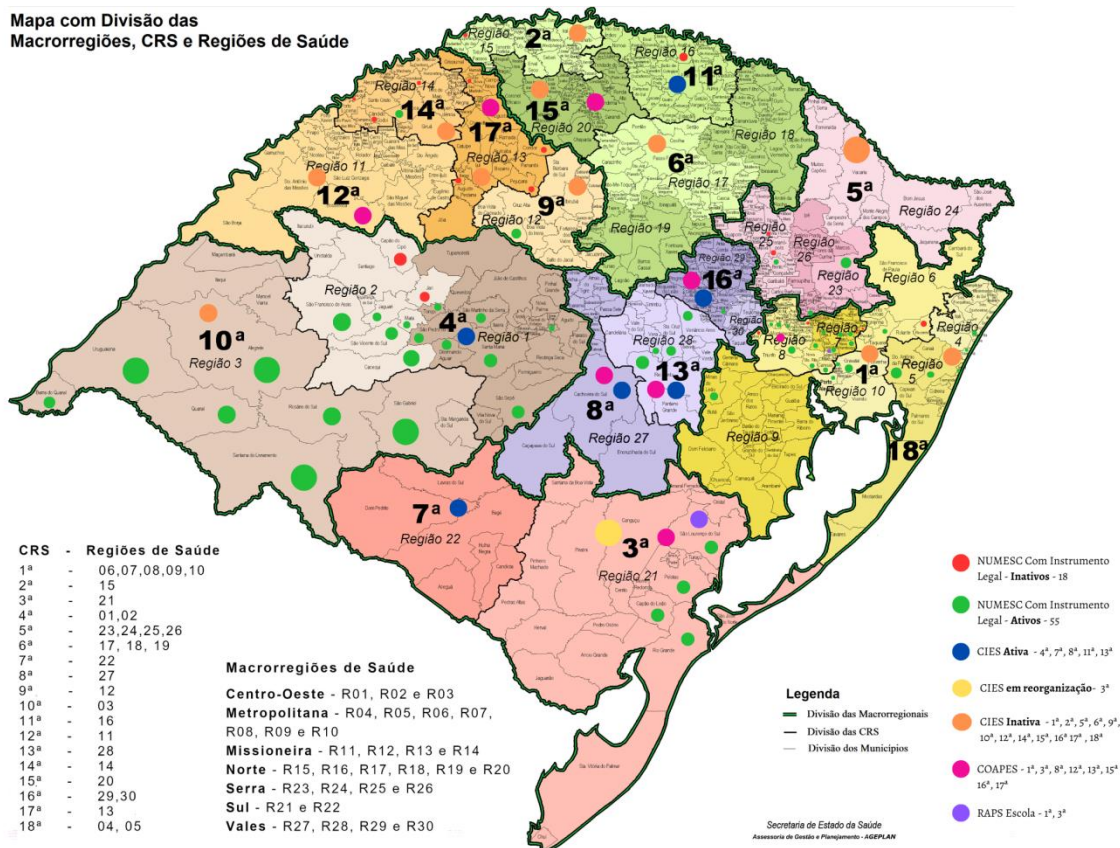
Atualização: Início de 2024.

7. Dispositivos Rede de Atenção Psicossocial- Escola (RAPS Escola)

Criada através da [Portaria SES nº 323/ 2022](#), os dispositivos Rede de Atenção Psicossocial Escola são dispositivos para fomento e fortalecimento da rede de atenção psicossocial através das residências multiprofissionais em saúde mental coletiva e médica psiquiátrica. Dos 7 (sete) dispositivos macrorregionais, estão habilitados para o recebimento do recurso, a partir de edital específico, temos 2 (dois): Macrometropolitana - município de São Leopoldo e Macrorregião Sul - município de São Lourenço do Sul.

O RS conta com o Grupo Técnico Institucional para monitoramento e avaliação Macrometropolitana - município de São Leopoldo ([Portaria SES nº 651/2023](#)) e Grupo Técnico Institucional para monitoramento e avaliação Macrorregião Sul - município de São Lourenço do Sul ([Portaria SES nº 652/ 2023](#)).

Mapa 1: Estado da arte da educação em saúde coletiva do RS



Mapa fornecido pelo apoio de NURESC/ ESP/ RS

7. Política de Pesquisa da Secretaria Estadual de Saúde

A Divisão de Pesquisa da ESP/RS coordena a Política de Pesquisa da SES/RS (Portaria SES nº 602/2023), apoiada pelo Comitê Gestor da Política de Pesquisa (CGPPSES) que é constituído por representantes de cada departamento/assessoria e contribuem para a implementação e monitoramento da produção e do financiamento em pesquisa na SES/RS. As ações de estruturação e incremento da pesquisa em saúde na SES/RS são reconhecidas pelo CNPq que a incluíram como uma Instituição de Ciência e Tecnologia (ICT) a partir de 2022.

No âmbito da Secretaria Estadual de Saúde, Todos os projetos de pesquisa desenvolvida na SES/RS, que utilizam dados e/ou informações da SES/RS, tanto projeto próprio da SES quanto oriundo de outras instituições deve ser encaminhado ao Comitê



Gestor da Política de Pesquisa da SES/RS (CGPPSES) para conhecimento, aprovação e autorização de execução do projeto atendendo os requisitos institucionais dispostos na [Portaria SES/RS N° 1134/2022](#).

Na ausência dessa autorização o projeto de pesquisa não poderá ser executado no âmbito da SES/RS.



Parte 4:

Eixos de discussão para a Conferência de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde¹

EIXO 1

DEMOCRACIA, CONTROLE SOCIAL E O DESAFIO DA EQUIDADE NA GESTÃO PARTICIPATIVA DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE

“Que há sempre um mundo, apesar de já começado, há sempre um mundo pra gente fazer Um mundo não acabado Um mundo filho nosso, com a nossa cara, o mundo que eu disponho agora foi criado por mim Euzin, pobre curumim, rico, franzino e risonho, sou milionário do sonho”.

Emicida – Milionário do Sonho

O caminho do fortalecimento da democracia, do controle social no SUS e ampliação da gestão participativa e promoção da equidade para as trabalhadoras e trabalhadores do SUS, passa necessariamente pela valorização dessas pessoas e investimento na educação em saúde como experiência transformadora das relações de trabalho no SUS e promotora de integração de ensino-serviço comunidade com o controle social. Para tanto é necessário aprofundar debates e conformar diretrizes para os seguintes subeixos temáticos:

Subeixo 1.1 - Por um projeto nacional de desenvolvimento participativo para a conquista de um Estado para o “bem viver”

O SUS e a democracia participativa se desenvolveram no período neoliberal, diante do acúmulo da força social e política materializada na reforma sanitária. Com unidade e amplitude foi possível construir o caminho para o respeito aos direitos constitucionais e inserir a participação da comunidade nas decisões das políticas públicas de saúde. Porém, sabemos que a disputa entre as necessidades sociais e os interesses do capital exige a atenção contínua das cidadãs e dos cidadãos para não permitir retrocessos aos que já foram conquistados, a base de muita luta.

Essa não é uma realidade apenas no Brasil, mas mundial, que traz impactos negativos nas vidas das trabalhadoras e trabalhadores, em que o Estado tem historicamente se retirado do campo dos investimentos, por exemplo, em políticas públicas de combate à desigualdade social, e as delegado ao setor privado. A materialização do modelo neoliberal se deu pela financeirização das políticas sociais, ampliação da privatização e das concessões de serviços públicos em uma verdadeira mercantilização da vida. Este cenário atinge o trabalho e a educação na saúde, com a intensificação da atuação de empresas do mercado internacional na formação em saúde e na gestão do trabalho, com a substituição da força de trabalho pelo uso indiscriminado de novas tecnologias, o que tem ampliado o subemprego, o desemprego e a precarização do trabalho.

Para se contrapor a esse processo, alguns eixos basilares necessitam permear nossos diálogos, nos diferentes espaços: a defesa do Estado democrático, laico, inovador, que garanta ampla liberdade para o povo e sua participação política na gestão; compreender o desenvolvimento como fator de distribuição de renda e progresso social, através do estabelecimento de reformas que permitam a universalização dos direitos sociais, retome e restabeleça processos de autonomia frente ao



complexo econômico e industrial da saúde que perpassa a reindustrialização nacional, além de investir fortemente no combate ao racismo, a LGBTransfobia, à intolerância religiosa, entre outras violências que ocorrem no mundo do trabalho em saúde.

Portanto, a 4ª CNGTES reafirma que o controle social do SUS é a expressão máxima da democracia participativa no Brasil e não pode se furtar de fazer esse debate e buscar mudanças, não apenas para “driblar os efeitos do capitalismo”, mas para criar fatos com vistas à transformação da realidade, por meio de ações robustas que se contraponham à dura realidade imposta pelo sistema econômico, seja pelos debates nos conselhos locais e nas associações de bairro, entre outros. Buscando coletivamente ações legítimas para dizermos em alto e em bom som: “Somos cidadãos e cidadãos brasileiros com direitos garantidos constitucionalmente e não aceitamos nenhum passo atrás!”.

Pergunta ativadora do debate: Que desafios estão presentes na arena da luta social por trabalho digno e decente no SUS em tempos de financeirização das políticas sociais e precarização do trabalho, e como superá-los?

Subeixo 1.2 - Fortalecimento da democracia e promoção da equidade em saúde: desafios da gestão participativa

O SUS foi criado a partir de um amplo processo de redemocratização do país e inserido na CF de 1988, que reconhece a saúde como direito de cidadania, tendo sido regulamentado na Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990²¹ e na Lei nº 8.142/1990. O SUS tem sido construído em um cenário contraditório de permanente tensão entre a tendência estatizante, pautada no desafio da conquista da saúde como direito universal e com ampliação das estruturas públicas para o cuidado e a atenção à saúde, e a tendência privatizante, orientada pela lógica do mercado, na qual prevalece a redução da intervenção pública na prestação e na oferta destes serviços.

Essa situação tem demandado uma mobilização intensa da participação e controle social, por meio da criação e funcionamento dos conselhos de saúde, e a realização periódica de conferências de saúde, em todos os níveis de gestão do SUS, nacional, estadual e municipal. O controle social se constitui como uma das maiores conquistas do processo de construção desse sistema ao longo dos últimos 35 anos e tem contribuído para a ampliação da participação dos diversos atores sociais e políticos na tomada de decisões e no monitoramento e avaliação das políticas de saúde, constituindo, assim, um espaço de gestão participativa, de formulação de propostas e de resistência em conjunturas adversas.

São inegáveis os avanços que a sociedade civil organizada, as trabalhadoras e trabalhadores, gestoras e gestores do SUS vêm realizando no exercício do processo do controle social, a consolidação da democracia participativa na saúde. Ainda temos, contudo, um longo caminho a percorrer rumo à valorização e o respeito às questões étnicas, regionais, socioculturais, de orientação sexual, de identidade de gênero, geração, deficiências e patologias. O fortalecimento da equidade em saúde é fundamental para que as propostas governamentais de promoção de saúde sejam condizentes com a realidade da população, atentando às particularidades de suas necessidades e demandas, valores e práticas sociais.



Nesse sentido, cabe ressaltar a importância do Programa Nacional de Equidade de Gênero, Raça e Etnia e Valorização das Trabalhadoras e Trabalhadores do SUS^[3], iniciativa que tem o desafio institucional de enfrentar as várias formas, de violência, racismo e assédio que acontecem no cotidiano do trabalho. Objetiva reconhecer a interseccionalidade na produção de desigualdade de gênero e raça no trabalho na saúde e garantir a transversalidade da política de equidade de gênero e raça em todas as políticas públicas, de modo a estabelecer ambientes seguros, relações que favoreçam o diálogo, transparência, ética e respeito à diversidade das trabalhadoras e trabalhadores sejam, em função da identidade de gênero, raça e etnia, sexualidade, geração, deficiências e patologias.

Além disso, cabe destacar a relação direta entre a construção do SUS e as transformações que estão se dando no mundo do trabalho e no modo de produzir serviços de saúde, bem com a atualização dos debates da educação em saúde no sentido da articulação entre o desenvolvimento de habilidades, conhecimentos e valores das trabalhadoras e trabalhadores, e as necessidades do SUS. Esses temas também têm sido incluídos na agenda das instâncias de controle social, a exemplo do CNS, que dentre suas 19 comissões intersetoriais inclui a Comissão Intersetorial de Recursos Humanos e Relações do Trabalho (CIRHRT)^[4], que tem como objetivo assessorar o CNS nos temas referentes à educação e ao trabalho em saúde, articulando políticas e programas destas duas áreas, em defesa do SUS como preceito orientador da formação profissional e das relações de trabalho que se estabelecem nas redes de atenção à saúde.

Considerando a materialização da gestão do trabalho e da educação em saúde nos territórios, tem-se como um grande desafio a criação de comissões sobre estes temas nos conselhos municipais e estaduais de saúde. Tais comissões são estratégicas para garantir a capilaridade das deliberações do CNS e das conferências, e, especialmente, constituir um espaço de debate sobre as mudanças necessárias na gestão do trabalho e da educação na saúde em cada local, de acordo com as especificidades e responsabilidades de cada ente federativo. Com esse intuito o CNS aprovou a Recomendação nº 10, de 14 de fevereiro de 2020^[5]. Vale destacar que o município deve ser valorizado como a primeira instância de construção do modelo de atenção, proposto para o SUS, configurando-se como espaço potencializador de redes de participação social de alta capilaridade. A articulação cooperativa e solidária entre as gestões municipais e a gestão estadual, conformando um modelo regionalizado, representa a concretização da atenção integral à saúde. A 4ª CNGTES, portanto, é o espaço e o momento propício para o debate em torno dos problemas que, todavia, persistem e da elaboração de propostas que contribuam para o aperfeiçoamento do programa e das práticas de promoção da equidade em saúde, tendo em vista, inclusive, a garantia da implementação das ações de promoção da equidade e valorização das trabalhadoras e trabalhadores do SUS. Para isso, são apresentadas diferentes estratégias articuladoras que visam potencializar as vozes da sociedade civil organizada na indicação de suas próprias condições de vida e necessidades relacionadas à gestão do trabalho e da educação em saúde. A valorização e o respeito às diferenças étnicas, regionais, socioculturais, de orientação sexual, de identidade de gênero, geração, deficiências e patologias são fundamentais para que as propostas governamentais para a promoção da saúde sejam condizentes com a realidade do povo.

A gestão participativa constitui um direito constitucional à vida digna e para um país soberano, a partir da construção do poder político no Estado Democrático de Direito, tendo a população e a gestão como sujeitos políticos transformadores da realidade.



Pergunta ativadora do debate: Como promover equidade no que se refere à composição e às discussões dos conselhos, conferências de saúde e outros espaços de gestão participativa do SUS?

Subeixo 1.3 - Democratização das relações de trabalho em saúde: fortalecer a gestão participativa

O controle social tem o potencial de estimular experiências para o desenvolvimento de melhores condições de vida e promoção da saúde, na construção da cidadania e melhoria das condições de trabalho. É possível implementar diversas estratégias de gestão participativa e proposição de colegiados e espaços horizontais.

Um dos mais importantes instrumentos de democratização na administração pública brasileira se expressa na Mesa Nacional de Negociação Permanente do Sistema Único de Saúde (MNNP-SUS)^[6] cuja história se entrelaça no processo histórico de luta das trabalhadoras e trabalhadores da saúde, desde a 8ª CNS, que é o marco histórico e vitorioso da Reforma Sanitária no país.

Este processo tem envolvido uma série de fatores técnicos, políticos e econômicos, com vias à democratização das relações de trabalho, o que significa possibilitar a fala e a escuta recíproca entre gestão e classe trabalhadora, com o objetivo de melhoria das condições e relações de trabalho e a qualidade das ações e serviços de saúde prestadas à população em todos os níveis organizacionais do sistema de saúde. Nesse sentido, constituir proposições significativas como instituir Comitês de Equidade que abordem a temática de Educação e Trabalho em Saúde e Conselhos Locais, por exemplo.

Para tanto, são fundamentais a identificação e formulação de propostas e estratégias que contribuam para o fortalecimento dos espaços de gestão participativa que visem a superação das barreiras e superação dos desafios que se apresentam para a melhoria das condições de trabalho e remuneração no SUS. Nesse sentido, é crucial utilizar o atual momento político por meio da aprovação de diretrizes e propostas que venham dar materialidade às mudanças necessárias no campo do trabalho, da educação e na vida de todas as pessoas.

Outra dimensão indispensável é a democracia nas relações de trabalho; assim como instâncias que defendam os direitos e as necessidades da classe trabalhadora, tendo como princípio básico a defesa dos interesses mais elementares da categoria: trabalho digno, decente, seguro, humanizado, equânime e democrático. Nessa perspectiva, a gestão do trabalho requer a interlocução com entidades representativas da classe trabalhadora (sindicatos/federações, associações, etc.).

Pergunta ativadora do debate: Quais as ações necessárias para garantir a instalação de mesas de negociação, comitês de equidade e demais espaços de gestão participativa no campo da saúde?

Subeixo 1.4 - Educação em saúde como experiência transformadora das relações de trabalho e da gestão participativa

A formação em saúde, a educação permanente de profissionais de saúde e a educação popular em saúde têm sido temas incluídos na agenda do SUS desde os seus primórdios, quando, no bojo dos movimentos sociais que compreendem as condições de vida e trabalho como determinantes sociais da saúde, colocou-se o desafio da mudança e da transformação do conteúdo das práticas educativas. Isso ocorreu tanto no âmbito dos cursos de ensino médio técnico, graduação e pós-



graduação na área, quanto nas discussões sobre as limitações das atividades de capacitação técnica das trabalhadoras e trabalhadores inseridos no processo de trabalho, ao tempo em que se avançava com experiências de educação popular em saúde que adotavam a proposta de educação crítico-reflexiva, sistematizada por Paulo Freire.

Assim, ao longo dos 35 anos de construção do SUS, a formação em saúde tem sido objeto de inúmeros trabalhos acadêmicos e de processos de reforma curricular estimuladas pela elaboração das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN)^[7], para os cursos da área de saúde, principalmente a partir de 2001. Além disso, a necessidade de adequação dos perfis profissionais às necessidades do processo de trabalho em saúde nos diversos níveis organizacionais do SUS, gerou a elaboração e implementação de cursos de formação de trabalhadoras e trabalhadores de nível médio técnico e inúmeras atividades de educação permanente em saúde, desenvolvidas pelas escolas de saúde pública e escolas técnicas do SUS. Esses espaços se constituem em uma ampla rede de escolas (Rede de Escolas Técnicas do SUS - RET-SUS)^[8] responsáveis pela implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS)^[9]. A educação popular e as educadoras e educadores populares são estratégicos para a defesa de um projeto democrático para a gestão do trabalho e da educação em saúde e para o desenvolvimento do Brasil.

A realização da 4ª CNGTES é, portanto, um momento especialmente importante para o debate em torno do conjunto destas iniciativas no campo da Educação Permanente em Saúde, de modo a se formular proposta que possam vir a compor uma política pública abrangente nesta área, na perspectiva de proporcionar experiências extraordinárias e reflexões entre a equipe multiprofissional, por meio da troca de saberes com a população. As Conferências Livres da 4ª CNGTES, Municipais/Regionais e Estaduais, tem o potencial de serem espaços de compartilhamento de experiências inovadoras que vêm sendo desenvolvidas nos seus territórios, em escolas de saúde pública e universidades, trazendo diretrizes e propostas que venham a ser adotadas para o enfrentamento e superação dos desafios existentes, e, sobretudo, para a construção do futuro da educação em saúde no país.

Esse processo deve contemplar desde propostas de mudanças estruturais na formação em saúde coerentes com os desafios do século 21, até a incorporação de abordagens inovadoras de ensino-aprendizagem, formação de docentes e preceptores, fortalecimento da RET-SUS, a Educação Permanente em Saúde, a expansão da Educação Popular em Saúde que valorize o conhecimento científico (contra o negacionismo) e o saber popular, de modo a consolidar o apoio da população ao SUS e garantir, assim, sua consolidação, alinhado a um projeto de desenvolvimento, tendo como uma das estratégias o fortalecimento do Complexo Econômico – Industrial da Saúde (CEIS) para enfrentamento das desigualdades e geração de renda.

Pergunta ativadora do debate: O que fazer para ampliar a participação social nos debates sobre educação e trabalho em saúde com qualidade, diversidade e pluralidade?

EIXO 2

TRABALHO DIGNO, DECENTE, SEGURO, HUMANIZADO, EQUÂNIME E DEMOCRÁTICO NO SUS: UMA AGENDA ESTRATÉGICA PARA O FUTURO DO BRASIL

“Imagine Levarmos a mesma bandeira E o prazer de atuar Com direitos iguais”.



REALIZAÇÃO



GOVERNO
DO ESTADO
**RIO
GRANDE
DO SUL**
SECRETARIA DA SAÚDE



Leci Brandão – Sonho do Trabalhador

O trabalho na saúde como um direito é estratégico para a consolidação do SUS. A 4ª CNGTES assume o desafio da articulação na construção de uma agenda estruturante para a conquista do trabalho digno na saúde. Assim, “todo dia é 1º de maio na luta das trabalhadoras e trabalhadores do SUS por direitos, sonhos e utopias”. Afinal, são elas as responsáveis pela produção e reprodução da vida, que se mobilizam na dinâmica das lutas de classes, grupos e categorias profissionais nas suas relações com o Estado e o mercado, assim como da atuação político-ideológica de diversos organismos, considerando a perspectiva sócio-histórica e as especificidades do tempo e espaço.

O contexto de crescente precariedade do trabalho no país tem evidenciado suas múltiplas faces, com desdobramentos nos âmbitos econômico, jurídico, político e moral, invadindo esferas e setores antes relativamente protegidos. Sob formas renovadas, já não respeitam os limites da formalidade, o que se vê, inclusive, no setor público, assim como para dentro do campo tradicionalmente protegido das chamadas profissões liberais.

Essa realidade tem atingido, em particular, trabalhadoras e trabalhadores jovens, mulheres negras, imigrantes involuntários, pessoas com deficiência, povos indígenas, grupos historicamente vulnerabilizados. Deste modo, é seguro afirmar que o trabalho na atualidade reflete o que define o trabalho precário e instável, sem vínculo reconhecido, portanto, inseguro; temporário, com inserção parcial involuntária porque é dependente da demanda; com renda insuficiente ou inexistente e instável, em face à retirada de direitos e de proteção. O ideário neoliberal, marcado pelo apelo ao individualismo e à narrativa do empreendedorismo, vai ao encontro de jovens, que necessitam de trabalho, regulamentado e legislado, com a ilusão de que hão de progredir por si mesmos e por merecimento, desresponsabilizando o Estado, retirando direitos, reduzindo as oportunidades e aprofundando as desigualdades.

É também importante realçar que o contexto da pandemia da Covid-19 impactou, social e economicamente, na vida da população em todo o mundo e no Brasil, bem como o próprio mundo do trabalho: mercado de trabalho na saúde, nas inovações tecnológicas (exames complementares, vacinas, telemedicina, etc.), até a exposição das desumanidades, vulnerabilidades e fragilidades das condições de trabalho na saúde.

Essa realidade criou condições para legitimar a terceirização indiscriminada, já experienciada antes mesmo da Covid-19, mas aprofundada pela pandemia, e que produziu o avanço da precarização, insegurança social, desproteção, sofrimento, sobrecarga de trabalho e multiemprego gerado pelos salários insuficientes, o que tem provocado graves danos na vida das trabalhadoras e trabalhadores, além de mortes evitáveis; o que torna o trabalho precário uma categoria central, uma vez que entre grupos vulnerabilizados, as trabalhadoras e trabalhadores precarizados foram especialmente atingidos.

A 4ª CNGTES é o espaço de debate sobre o futuro da gestão do trabalho em saúde no Brasil para impulsionar o desenvolvimento do país, na perspectiva de uma sociedade mais justa e equânime, que permita às trabalhadoras e trabalhadores acesso a direitos constitucionalmente assegurados, compartilhando sonhos e lutas por utopias coletivas. Em contraposição ao contexto das transformações advindas da crise de acumulação e reprodução do capital que, nas duas últimas décadas, afetaram o Estado brasileiro.



Neste sentido, investir em ações que valorizem o trabalho na perspectiva de assegurar um trabalho decente, digno, seguro, equânime, humanizado e democrático na saúde é fundamental para qualificar as relações, processos, vínculos e condições de trabalho e atenção às demandas da população.

A materialização desses pressupostos ocorre a partir do processo de organização, sistematização e implementação de ações estratégicas no âmbito do trabalho em saúde, fortalecendo ações que abrangem as necessidades das trabalhadoras e trabalhadores nos espaços de gestão, controle social, formação, vigilância e atenção à saúde e do SUS, propriamente dito.

Para tanto, as políticas públicas no âmbito da gestão do trabalho em saúde devem considerar como fundamentais as questões de: a) gênero na sua dimensão inclusiva, diversa já que a presença feminina é majoritária nos mais de 4 milhões de trabalhadoras e trabalhadores na saúde; b) cor/raça/etnia, uma vez que essa força de trabalho em saúde é constituída por elevado contingente de pessoas negras e, em crescimento, as indígenas; c) configuração de mundos desiguais socialmente de profissionais de saúde, de nível superior e técnico, trabalhando na mesma equipe, produzindo serviços de saúde no mesmo ambiente, deve ser combatido na busca de políticas mais inclusivas e socialmente dignas; d) precariedade do trabalho e o trabalho precarizado devem ser superados com a formulação de políticas públicas, objetivando o trabalho decente preconizado pela Organização Internacional do Trabalho (OIT)^[10] e pelo Protocolo nº 9/2011 da MNNP-SUS^[11].

Compreendendo a importância desses elementos, algumas diretrizes colaboram para estruturação e ampliação do debate sobre políticas do campo do trabalho na saúde. Para tanto a conferência debruça-se sobre os seguintes subeixos:

Subeixo 2.1 - Democratização e humanização das relações de trabalho na saúde tendo a negociação coletiva como estratégia permanente

A democratização das relações de trabalho na área da saúde necessita de processos de negociação que incluam a interlocução permanente entre trabalhadoras e dos trabalhadores, por meio de suas entidades representativas, e os gestores da saúde (União, Estados, municípios e instituições privadas).

Por compreender a negociação coletiva como instrumento fundamental para a democratização das relações de trabalho no SUS, uma das estratégias fundamentais para qualificação das relações de trabalho é a instituição das mesas de negociação permanente do SUS, que trazem consigo um amplo processo de articulações com entes federativos e organizações privadas para subsidiar os processos de negociação com informação e apoio técnico, promovendo assim a melhoria das relações, condições e processos de trabalho na saúde.

Pergunta ativadora do debate: Como construir processos de pactuação de caráter permanente, a exemplo da MNNP-SUS, que possibilitem a ampliação de direitos que respondam às demandas de relações de trabalho nos estados e municípios?

Subeixo 2.2 - Planejamento e dimensionamento da força de trabalho para alcance do acesso universal à saúde, considerando a agenda do desenvolvimento sustentável



Segundo a Organização Panamericana da Saúde (OPAS)^[12]25, os países da Região das Américas, incluindo o Brasil, reafirmaram recentemente seu compromisso com o acesso universal à saúde, reconhecendo que, apesar dos avanços no desenvolvimento econômico e social e no fortalecimento dos sistemas de saúde, persistem as desigualdades e a exclusão no acesso a serviços integrais, adequados, oportunos e de qualidade, particularmente no caso dos grupos populacionais em situações de vulnerabilidade. Persistem iniquidades na disponibilidade, na distribuição e na qualidade de profissionais da saúde (entre os países e internamente, entre os níveis de atenção e entre os setores público e privado), retenção escassa em áreas rurais e desassistidas, altas taxas de mobilidade e migração, bem como precariedade nas condições de trabalho, baixa produtividade e qualidade do desempenho limitada, o que impede a expansão progressiva dos serviços, sobretudo na atenção básica. Onde há provimento de trabalhadoras e trabalhadores para a saúde, estes nem sempre têm o perfil e as competências necessárias ou o enfoque intercultural, nem tampouco se encontram no lugar e no momento adequados para melhorar a saúde das comunidades onde atuam, tornando-se imprescindível o planejamento da força de trabalho em saúde.

Nesse sentido, estabelece-se como um processo contínuo de identificação (instituição/serviço, objetivos, modelo de atenção e gerencial, planejamento, território, demandas, distribuição e epidemiologia, processos de trabalho, perfis profissionais, formações, habilitações, vinculações e regulação), análise (capacidade instalada, estrutura física e tecnologias, produções realizadas x esperadas, processos de trabalho e indicadores/parâmetros, dimensão de realidade) e quantificação (aplicação de metodologia, indicadores e parâmetros e condições, habilitações e planos) da força de trabalho em saúde necessária para o funcionamento adequado das instituições, conhecendo-se e planejando os processos de trabalho, contribuindo com a gestão, ordenação da formação e qualificação das trabalhadoras e dos trabalhadores da saúde.

Pergunta ativadora do debate: Como avançar para assegurar o acesso universal da população a ações e serviços de saúde articulados a uma agenda de valorização das trabalhadoras e dos trabalhadores da saúde?

Subeixo 2.3 - Promoção da atenção integral à saúde e segurança da trabalhadora e do trabalhador da saúde no âmbito do SUS

Os locais de trabalho, pela própria natureza da atividade desenvolvida e pelas características de organização, relações interpessoais, manipulação ou exposição a agentes físicos, químicos, biológicos, situações de deficiência ergonômica ou riscos de acidentes, podem comprometer a saúde e a segurança do trabalhador em curto, médio e longo prazo, provocando lesões imediatas, doenças ou a morte.

A política econômica alicerçada na lógica do capitalismo predatório é responsável pelo crescimento do estado de desesperança; de adoecimentos no trabalho incluindo a questão da saúde mental que contabiliza aumento de depressão, Síndrome de Burnout, alcoolismo e outras drogas, suicídio entre tantos outros danos à vida; bem como, escassez de oportunidades na perspectiva intergeracional sendo que as populações mais atingidas são a negra, indígena, de pessoas com deficiências e LGBTQIA+.



A pandemia trouxe à tona algumas questões que realçaram os riscos aos quais estavam expostas as trabalhadoras e os trabalhadores da saúde. Um dos pontos de insegurança e risco foi o acesso e a qualidade inadequados dos Equipamentos de Proteção Individual (EPI). Outra questão se refere aos agentes de risco e riscos ergonômicos no ambiente de trabalho, seguida dos problemas e insatisfações com o ambiente de trabalho onde estas pessoas atuam realçando um ambiente desprotegido. Cabe ressaltar, que se soma a essa problemática o fato de que um quarto da classe trabalhadora da saúde já apresenta comorbidades, sendo as mais prevalentes: hipertensão, obesidade, doenças pulmonares, depressão, diabetes e doenças cardíacas.

Esse cenário nos evidencia a necessidade de investir em ações que intervenham nas relações entre saúde, trabalho, e doença na sua complexidade, por meio da atuação interdisciplinar, intersetorial e multiprofissional. Portanto, fortalecer essa área tem como objetivo a promoção e a proteção da saúde por meio da realização de ações de vigilância, assim como visa à assistência, recuperação e reabilitação da saúde das trabalhadoras e trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho.

Pergunta ativadora do debate: Quais os desafios para implementação de políticas e ações de saúde e segurança da trabalhadora e do trabalhador que impulsionem a qualificação das condições e relações de trabalho na saúde?

Subeixo 2.4 - Enfrentamento da precarização do trabalho na saúde em tempos de globalização, reestruturação produtiva, plataformização e da 4ª Revolução Industrial e os impactos tecnológicos na saúde

Desde sua criação, o SUS tem como desafio a ampliação dos serviços em seu caráter público, com vistas a atender as necessidades da população quanto às ações e serviços de saúde. Soma-se a necessária implementação dos princípios da descentralização e regionalização, que se concretiza em um cenário neoliberal que tem como um dos seus eixos a reestruturação produtiva. Nessa esteira, ganham força modelos privatistas por meio de Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (Oscip), Organizações Sociais (OS), Parcerias Público-Privadas (PPP), contratos com cooperativas, consórcios e fundações privadas, entre outras. Os argumentos utilizados para implementação dessas propostas referem a ineficiência do Estado na gestão de políticas sociais e as limitações impostas pela Lei de Responsabilidade Fiscal na contratação de trabalhadoras e trabalhadores, especialmente nos municípios.

Na prática, o que mais chama atenção é a precarização dos vínculos de trabalho e a contratação por processos seletivos em detrimento de concursos públicos e vínculos permanentes na direção da valorização do trabalho. Além disso, nos anos recentes a precarização tem sido intensificada pela plataformização e os impactos do uso perverso e apropriação desigual das tecnologias para trabalhadoras, trabalhadores e pessoas usuárias da saúde.

Pergunta ativadora do debate: Como ampliar a mobilização e o engajamento de novos sujeitos políticos na luta e na construção de propostas contra os modelos privatistas na saúde?

Subeixo 2.5 - Regulação da formação, do exercício das relações de trabalho na saúde



A regulação das profissões de saúde no Brasil é composta por um conjunto normativo amplo, complexo e fragmentado, que encontra sua base na CF de 1988 e se complementa por uma extensa e variada quantidade de leis, decretos, portarias e, principalmente, resoluções editadas pelos conselhos profissionais. Em síntese, a regulação do exercício profissional no campo da saúde deve ser realizada para que os profissionais, em sua atuação, realizem atendimentos com qualidade e na medida das necessidades da população, contribuindo para o desenvolvimento do país.

Considerando esse contexto, a regulação do trabalho, a regulação da formação, do exercício profissional e das relações de trabalho se configuram como uma temática estratégica para efetivação do SUS e pauta importante para a Gestão do Trabalho e Educação em Saúde.

Pergunta ativadora do debate: Quais diretrizes devem incidir na formulação da política nacional de regulação da formação, do exercício profissional e das relações de trabalho na saúde para contribuir com a qualificação da atenção, vigilância, gestão e ampliação do acesso à saúde de forma articulada aos territórios?

Subeixo 2.6 - Garantia do futuro do trabalho na saúde com carreira de Estado no SUS

A luta pela carreira única nacional remonta à histórica 8ª CNS e se repete em conferências posteriores, a exemplo da 17ª CNS, que aprovou a proposta: “Criar a Carreira Única Interfederativa, com financiamento tripartite, piso salarial nacional para todas as categorias profissionais, com contratação exclusiva por concurso público, combate à terceirização, valorização das pessoas trabalhadoras da saúde e priorização das que trabalham no território, ampliação das políticas de educação permanente, atendendo as reais necessidades da população brasileira.”

Ao longo dos anos, várias iniciativas foram desenvolvidas pelos entes federados, buscando o aprofundamento do debate e a elaboração de estratégias e diretrizes para o desenvolvimento de carreiras no SUS. Contudo, todas as propostas e iniciativas foram insuficientes e carecem de definições e direcionamento. É necessário que a proposta de carreira única nacional seja fortalecida como parte de uma política de valorização do trabalho em saúde, em diálogo com as entidades representativas de trabalhadoras e trabalhadores, conselhos de saúde e MNNPSUS.

Pergunta ativadora do debate: Quais as propostas para tornar realidade a política nacional de carreira única do SUS?

EIXO 3

EDUCAÇÃO PARA O DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO NA PRODUÇÃO DA SAÚDE E NO CUIDADO DAS PESSOAS QUE FAZEM O SUS ACONTECER: A SAÚDE DA DEMOCRACIA PARA A DEMOCRACIA DA SAÚDE.



“É só regar, pra alimentar o arvoredo Por essa luta eu não retrocedo Pra ver toda a mocidade Com os frutos da liberdade Escorrendo de entre os dedos Que é pra enterrar de uma vez seus medos”.

João Nogueira – Canto do Trabalhador

O ordenamento da formação das trabalhadoras e trabalhadores é atribuição constitucional do SUS, assim como o desenvolvimento tecnológico, a inovação na saúde, o ensino técnico, tecnológico, graduado e a produção de pesquisas, que precisam, portanto, ser assim consideradas nas políticas e iniciativas da gestão e do controle social. Para tanto, mantém-se como fundamental a necessidade de aprofundamento e criação de novas estratégias de trabalho articuladas entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação para que as mudanças nos processos formativos na área da saúde sejam mais ágeis, efetivas e voltadas às necessidades de fortalecimento do SUS.

Os cursos da saúde têm sido regulados não apenas pelos órgãos governamentais, mas, dada a condição de “preservação da integridade física e subjetiva”, são analisados também pela sociedade civil. Atualmente, na saúde, são submetidos ao CNS os cursos de enfermagem, medicina, odontologia e psicologia. As bases da regulação produzida pelo CNS procuram superar a tradição acadêmica ainda predominante e de caráter disciplinar e profissional da formação, o caráter de relevância pública da oferta de vagas em cursos da saúde em que se prioriza a abertura de novas vagas em territórios com dificuldade de provimento e fixação, a prioridade para projetos pedagógicos que integram a formação desde os primeiros momentos com cenários do SUS e o desenvolvimento dos sistemas locais de saúde.

Ou seja, a importância da articulação dos temas do trabalho e da educação na saúde aparecem no debate das políticas públicas brasileiras há muitos anos. Mas, foi a partir da criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES)^[13], em 2003, que a temática alcançou maiores avanços. Nos 20 anos da SGTES, foram criados dispositivos e iniciativas que conseguiram alcançar estados e municípios. O conceito de “desenvolvimento do trabalho em saúde” foi fundamental, por ter explicitado novas conexões entre o campo da educação e do trabalho na saúde uma vez que teve atribuído o status de relevância pública e, portanto, tornou as demandas do SUS como parâmetro para orientar a formação, seja no ensino técnico e tecnológico, seja na graduação, na pós-graduação ou na qualificação das trabalhadoras e trabalhadores.

O sentido de educação pelo e no trabalho atribuído à “educação permanente em saúde” representa a conexão, como política de desenvolvimento do trabalho no SUS e como concepção pedagógica da aprendizagem situada no cotidiano dos serviços. É necessário fortalecer as iniciativas de educação permanente em saúde nos serviços, nas redes, nos sistemas locais de saúde e no ensino da saúde. O CNS também utiliza essa concepção pedagógica para o desenvolvimento do trabalho no controle social, em uma atividade muito relevante desenvolvida no país todo.

Subeixo 3.1 - Educação permanente em saúde como política de desenvolvimento do trabalho no SUS

O diálogo entre trabalho e formação é imprescindível para a garantia do direito constitucional à saúde. Investir na formação de qualidade e comprometida com os territórios e suas gentes deve se constituir em uma premissa para efetivação de processos de trabalho compartilhados e com todos



os atores envolvidos. Garantir uma formação implicada com a compreensão dos modos de viver e cuidar, também pressupõe dar atenção às pessoas que trabalham no cotidiano dos serviços de saúde, seja na atenção ou na gestão.

Fortalecer a educação permanente em saúde inclui o reconhecimento de que as trabalhadoras e trabalhadores da saúde precisam de espaços de tempos protegidos na organização do trabalho para refletir sobre o desempenho na produção de saúde nos territórios; sobre indicadores de alcance de objetivos nas principais políticas do SUS, na qualidade do trabalho realizado; e sobre a dinâmica do trabalho em equipe e em rede que conseguem realizar e, ainda, o provimento de recursos financeiros. Também significa envolver todas as pessoas que estejam no exercício da gestão, da atenção, da participação social e da formação.

Os trabalhos de atenção e de gestão precisam de ações de desenvolvimento, que ora são cursos e iniciativas estruturadas, ora são rodas de conversa e outras iniciativas. Não é demais lembrar que as trabalhadoras e trabalhadores da saúde não são “recursos”, são gente que tem projetos políticos, compromissos e uma base ética que precisam ser mobilizados pela formação.

O fortalecimento da educação permanente em saúde passa pelo reconhecimento da relevância das escolas de saúde, das instituições formadoras e da formação pedagógica necessária a todos os agentes do trabalho na saúde. Nenhuma profissão detém o saber e a capacidade plena de fazer o que precisa ser feito no cotidiano dos serviços e, portanto, a formação para o trabalho em equipes é fundamental. Os serviços de saúde somente constituem redes de cuidado se houver formação integrada entre as pessoas que atuam num e noutro serviço, destacando a importância da troca de saberes, fazeres e do matriciamento, que facilita o trânsito dos usuários para obterem o cuidado e a capacidade das trabalhadoras e dos trabalhadores de oferecerem orientações e encaminhamentos em tempo oportuno e com integralidade.

Em síntese, o fortalecimento da educação permanente em saúde requer a mobilização de serviços e sistemas locais de saúde, escolas de saúde, instituições formadoras, gestores, trabalhadores e usuários.

A perspectiva intercultural do trabalho em saúde é outra dimensão relevante que necessita de estímulos em ações de formação e educação permanente em saúde para se realizar. É necessário enfrentar o reducionismo na construção do conhecimento dos territórios e a burocratização formalista dos modos de pensar e realizar a educação no trabalho e no ensino da saúde, de tal forma que os recursos financeiros da educação permanente em saúde sejam aplicados em todas as formas de fortalecer a capacidade de aprender a aprender no cotidiano do trabalho no sistema de saúde e na formação técnica e profissional em saúde, contribuindo para promover a reflexão crítica nos processos de trabalho.

Pergunta ativadora do debate: Como assegurar o efetivo apoio técnico e financeiro para o fortalecimento da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) nas três esferas de gestão do SUS?

Subeixo 3.2 - Estímulo à integração da formação técnica, tecnológica e profissional com os sistemas locais de saúde, constituindo o SUS como uma escola



No contexto atual brasileiro e internacional, há uma visível tensão entre as lógicas de regulação do sistema de educação, onde o cumprimento das formalidades dos cursos é suficiente para a autorização, e a lógica de organização do trabalho no sistema de saúde, onde as capacidades locais e os territórios e suas demandas de saúde são os ordenamentos das aprendizagens e da realização do trabalho. A tradição que predomina até os dias atuais é a do sistema de educação, o que dificulta a orientação das Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos e as demais orientações de mudança dos últimos 20 anos, ignorando a definição Constitucional.

É necessário assegurar a integração dos processos formativos com o trabalho, em todo o ciclo de formação, priorizando metodologias de vivência e estágios com caráter multiprofissional, para desenvolver capacidades adicionais de trabalho em equipe interprofissional e de aprendizagem no território. A área de gestão da educação na saúde do Ministério da Saúde, das secretarias estaduais e municipais de saúde necessitam exercer ação regulatória da formação, com ações locais, induzindo cenários de aprendizagem prática com atuação entre profissões, mobilizando as instituições de ensino a aproximações e corresponsabilidade com a produção de saúde nos territórios, conforme orientações da legislação, que busca, há quase 30 anos, a indução de mudanças mais efetivas no desenvolvimento de capacidades laborais compatíveis com as necessidades de saúde da população.

O SUS não pode se restringir a responder às demandas de estágio profissional, mas deve atuar ativamente para construir mudanças na formação e no desenvolvimento das capacidades profissionais necessárias ao trabalho em saúde. Da mesma forma, para implementar o SUS como escola, deve ser considerado o perfil epidemiológico para priorizar a alocação de estágios e promover transformações na qualidade de saúde da população nos territórios, por meio de ações específicas de pesquisa e extensão em articulação entre as instituições de ensino e a comunidade.

Também é necessário discutir a precarização da formação, que repercute diretamente nas condições e nas relações de trabalho com impacto na qualidade da atenção à saúde. A investida da iniciativa privada sobre os cursos da área da saúde e do SUS é uma questão importante que deve se fazer presente nas agendas dos órgãos governamentais e do controle social. A maioria da oferta das vagas da formação em saúde, especialmente no ensino técnico e superior, são vinculadas a instituições privadas e aos grandes conglomerados educacionais.

O trabalho da Câmara Técnica da Comissão Intersetorial de Recursos Humanos e Relações de Trabalho (CT/CIRHRT/CNS)^[14]27 demonstra que a maior parte dos novos cursos apresenta propostas pedagógicas que evidenciam incipiente ou nenhum diálogo com o SUS e/ou compromisso com a melhoria das condições de vida e de saúde das pessoas e coletividades. A participação direta da comunidade na fiscalização e monitoramento dos processos de formação e trabalho, por meio dos conselhos municipais, estaduais e Conselho Nacional de Saúde, deve ser fortalecida no espaço deliberativo na construção e execução das políticas públicas de saúde.

A proposta de criação e manutenção de comissões similares à CIRHRT em conselhos estaduais e municipais, de comissões intra e interinstitucionais, tais como as comissões de integrações de educação pelo trabalho e de instrumentos legais de regulação dos espaços de ensino-aprendizagem no SUS, tornam-se relevante e urgente.

Pergunta ativadora do debate: Como potencializar a integração entre a educação e a saúde em todas as instâncias federativas, incluindo a participação e o controle social?



Subeixo 3.3 - Fomento às capacidades pedagógicas para as trabalhadoras e trabalhadores do SUS voltados para o ensino, a pesquisa, a cooperação comunitária e o trabalho

O desenvolvimento do trabalho por meio de aprendizagem significativa, implica na utilização de vivências e estágios em cenários diversos no cotidiano do trabalho, capazes de mobilizar mecanismos de gestão e de atenção à saúde, considerando a complexidade e a diversidade dos territórios, que ultrapassam o saber disciplinar. Diálogos entre disciplinas, saberes tradicionais e saberes populares são fundamentais para a formação e o bom exercício profissional a exemplo do que aponta o campo da saúde coletiva.

A formação pedagógica a partir da aprendizagem significativa pode contribuir também para identificar situações que fortalecem a saúde ou que constituem desafios para a ação dos serviços; compreender o desenho das redes intersetoriais e as condições necessárias à saúde em cada localidade; aprender a dialogar com as diferentes culturas e saberes existentes nos territórios atuar em conexão com as organizações que produzem o cuidado em saúde individual e coletivo.

Os territórios estão sempre em movimento e mudanças, e a capacidade de aprender com a realidade está fortemente conectada com o ambiente e suas gentes, que é lugar da realização do trabalho e da aprendizagem. A integração entre a formação e o trabalho nos sistemas locais, como fomento às mudanças necessárias no perfil das trabalhadoras e dos trabalhadores, precisa reconhecer a importância do desenvolvimento pedagógico de aprender a aprender com a produção de saúde nos diferentes espaços de aprendizagem e produção do cuidado. Para tanto, faz-se necessário fortalecer alianças e parcerias entre as instituições formadoras, os sistemas locais de saúde e as comunidades.

É fundamental recuperar também o reconhecimento do trabalho docente, exercido por pessoas que trabalham em instituições de ensino e pesquisa e das trabalhadoras e dos trabalhadores da saúde. Portanto, é impostergável que sejam estimuladas iniciativas de formação envolvendo e integrando todos estes atores.

A 4ª CNGTES debaterá a indissociabilidade entre as capacidades profissionais para a gestão, a atenção, a formação e a participação, que implica em reconhecer como parte do trabalho de cada pessoa que atua na saúde, na pesquisa, no desenvolvimento tecnológico, na inovação, no ensino e na preceptoria. Sendo inseparáveis, precisam fazer parte da organização do trabalho e serem embasadas em condições objetivas. O SUS como sistema universal e como inovação será alcançado com trabalho criativo, vivo e capaz de aprender no cotidiano. Esse é um aspecto que não está contemplado nem na formação técnica e profissional, nem na formação docente e tampouco nas ofertas tradicionais de formação em serviço.

Pergunta ativadora do debate: Como implementar o planejamento para a integração ensino-serviço-comunidade voltados à qualificação e reconhecimento do SUS como espaço de aprendizagem?

Subeixo 3.4 - Educação popular em saúde para o fortalecimento do SUS.

Valorizar os saberes existentes nas comunidades e investir pedagogicamente na ampliação crítico-reflexiva das diferentes realidades e suas singularidades permite não apenas a inclusão de mais atores e atrizes no campo da saúde, como a ampliação dos movimentos em defesa do SUS. Nesse



sentido, a concepção, os ensinamentos e a contribuição do pensamento freiriano precisam ser retomados e redimensionados numa relação dialógica entre equipes de saúde e movimentos populares consolidando redes colaborativas e de sustentação das práticas democratizantes do cuidado em saúde em todo o território brasileiro.

A educação popular em saúde, na vertente brasileira, que se embasa na ideia de uma ação dialógica entre trabalhadoras e trabalhadores da saúde e as comunidades locais, também envolve a interlocução com os saberes locais e ancestrais, a aprendizagem e a proposição de estratégias de ensino das equipes e das comunidades em sua potencialidade local, que expressam os saberes tradicionais e populares, que não se caracteriza como etapa-meio da aprendizagem, mas são a própria expressão do conhecimento oportuno.

A horizontalização das relações de poder e saber representam, ao mesmo tempo, novas estratégias de compartilhar os cuidados de saúde embasados na melhor expressão da ciência e da técnica, mas também com forte embasamento nos saberes e fazeres do cotidiano. O fomento à educação popular em saúde, que é base de conhecimento da educação permanente em saúde, é um desafio, portanto, para os serviços e para as trabalhadoras e trabalhadores das equipes de saúde, bem como para a população de cada território.

Pergunta ativadora do debate: Quais estratégias podem contribuir para fortalecer práticas de educação popular nos territórios?

Subeixo 3.5 - Estimular o reconhecimento da participação em atividades de educação permanente em saúde como critério de avaliação das carreiras na saúde

É necessário considerar que o trabalho em saúde inclui atividades de gestão, de atenção, de formação e de participação. A integralidade do cuidado depende da integração de diferentes dimensões da capacidade de fazer das trabalhadoras e dos trabalhadores. Ao considerar que os ambientes/territórios e os processos de trabalhos são únicos, complexos e subjetivos, o coletivo profissional precisa exercitar a problematização e a análise crítica-reflexiva, que são, ao mesmo tempo, trabalhos para o cuidado e educação permanente em saúde.

As pessoas gestoras do SUS precisam criar condições para que o exercício do trabalho integral, mobilizado pela educação permanente em saúde, seja considerado para a avaliação da carreira e a implementação de incentivos organizacionais e financeiros. É importante ressaltar que o cotidiano do trabalho sugere planejamento a partir das necessidades de saúde, das demandas, da capacidade de resolubilidade das equipes e com autonomia. Ao pensar que a educação popular em saúde acontece a todo momento, é imprescindível observar o que se faz, como se faz, por que e para quem se faz como elementos que subsidiam os relatórios de atividades e demais ferramentas de planejamento, avaliação, acompanhamento de ações dos serviços ofertados à sociedade.

Pergunta ativadora do debate: Quais ações e estratégias podem contribuir para garantir o reconhecimento da participação em atividades de educação permanente em saúde como critérios de avaliação de carreira na saúde?



Subeixo 3.6 - Mobilização estudantil como instrumento de fortalecimento de integração ensino, serviço, sociedade e gestão do SUS

Os espaços de formação, ensino e aprendizagem possibilitam a mobilização estudantil com protagonismos e diversidades onde pessoas se organizam em torno de lutas, opiniões e desejos comuns que ensejam mudanças. Compreendida como uma forma de organização política que se fortaleceu e se entrelaçou com grandes movimentos da história da política, da educação e da saúde brasileira e que tem seu legado impresso nas reformas sanitárias e educacionais.

Espera-se que a mobilização estudantil continue sendo instrumento de fortalecimento de integração, ensino, serviço, sociedade e gestão, mobilizando saberes e fazeres, afetos, vínculos e cuidados consonantes com as necessidades individuais e coletivas nos diversos territórios/cenários. Outrossim, é imprescindível observar pressupostos normativos legais e constitucionais, reconhecendo a saúde como direito e condição digna de vida, permeado por competências e habilidades gerais e específicas ofertados nos serviços de saúde, nas redes de atenção, na formação técnica e profissional, envoltos em ações de cunho multidisciplinar, interdisciplinar e transdisciplinar. Assim, o protagonismo estudantil tem um papel preponderante para uma formação no e para o SUS.

Para tanto, os cenários de práticas em suas diversidades carregam responsabilidades fundamentais e imprescindíveis de modo a favorecer, fortalecer e incrementar os processos de formação para uma aprendizagem efetiva, eficiente e eficaz, considerando a busca por um profissional competente para lidar com projetos humanos e societários.

Desta forma, projetos como o Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS), programas de residência em área profissional da saúde (interprofissionais e multiprofissionais, especialmente em saúde coletiva e saúde da família), Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde (Pet-Saúde) e Programa Mais Médicos (PMM) se constituem em algumas evidências das estratégias do Ministério da Saúde para o fortalecimento do Trabalho com e no SUS.

É na realidade dos territórios que estudantes conhecem e reconhecem a potência do SUS, compreendendo as condições que são mobilizadas para a produção da saúde e os processos de adoecimento. Por meio da vivência, ampliam a possibilidade de refletir sobre o conhecimento produzido, as necessidades, as práticas, políticas e programas para e da saúde. Desperta e fortalece o conhecimento sobre o SUS, o compromisso social, inerente ao exercício profissional na área da saúde e a comunicação direta com os movimentos sociais, serviços, gestores e usuários, no trabalho em ato, no território vivo. A defesa da vida e a defesa do SUS devem constituir princípios da formação na saúde e alcançáveis com a mobilização estudantil.

Pergunta ativadora do debate: Como contribuir para potencializar a mobilização estudantil com vias à ação como instrumento de fortalecimento de integração ensino, serviço, sociedade e gestão do SUS?

Subeixo 3.7 - Residências em saúde como produção de aprendizagens experienciadas no trabalho, em articulação com o cotidiano de vida, trabalho e coletividade de pessoas nos territórios para, no e com o SUS



REALIZAÇÃO



GOVERNO
DO ESTADO
**RIO
GRANDE
DO SUL**
SECRETARIA DA SAÚDE



As residências em área profissional da saúde são potentes ferramentas de integração do saber-fazer no eixo ensino-serviço-comunidade, entrelaçando a capacidade criativa de costurar o que pulsa no território: por um lado, as pessoas, seus trabalhos, suas relações e seus equipamentos comunitários, por outro, as possibilidades das redes de atenção à saúde, a articulação intersetorial (ou a falta dela) com diferentes políticas (assistência social, educação, cultura, justiça, etc.), por meio da vivência nos serviços, junto às equipes e as diversas formas de gestão e participação.

O cuidado e a formação em saúde entrelaçado com e pelas Residências em Saúde precisa acolher e atender as demandas do território-vivo, em todas as suas complexas necessidades: um território ribeirinho certamente requer construções de processos de cuidado diferentes do alto sertão nordestino. Nesse sentido, faz-se necessário retomar a discussão da abertura e readequação de programas de residências em saúde baseados na necessidade da população, além de políticas de fixação e absorção desses residentes pelo SUS.

É necessário superar a lógica corporativa hegemônica na instituição de residências, em que categorias profissionais disputam a criação de programas baseados nas especialidades que regulamentam. Alinhado a essa questão, é preciso avançar contra a hierarquização das profissões construída historicamente, e que tem sido utilizado como justificativa para falta de integração da medicina com as demais profissões que atuam nas residências em saúde. Diante desses desafios, o controle social tem papel relevante no debate, construção e monitoramento de uma política de residências em saúde nos territórios.

As residências em saúde se destacam como estratégia potente de formação nos serviços, para resolutividade e fortalecimento do SUS. A oferta dos programas requer avaliação constante, assim como as condições de trabalho e reconhecimento por meio de recursos adequados para a sua realização. As residências têm o compromisso de formar para/no serviço e não devem substituir provimento de profissionais realizado por meio de concursos.

Pergunta ativadora do debate: Como fortalecer as residências em saúde como estratégia de formação nos serviços, para resolutividade e fortalecimento do SUS?

Subeixo 3.8 - Mestrado e doutorado em saúde como ferramenta de proposição concreta de mudança das práticas, processos e organização da formação e do trabalho

A pós-graduação, como lugar da especialização da formação e do trabalho, joga luz à necessária reflexão da construção de conhecimentos que possam ser compartilhados, que promovam a transformação de realidades, a partir da leitura crítica do mundo, entendendo a produção de conhecimento como ato político; pegando emprestada aqui a compreensão defendida pela Educação Popular em Saúde. Quando se fala de *Stricto Sensu* (mestrado e doutorado) profissional em interface com a área da saúde, é ainda mais premente que as reflexões compartilhadas se proponham às mudanças das práticas, processos e organização do trabalho, a partir dos princípios e diretrizes do SUS, do trabalho vivido, do diálogo com cada profissional, com a participação da comunidade, da singularidade na coletividade, para que não se constitua no questionamento do vazio para o vazio, sem efeito concreto no dia a dia.

Pergunta ativadora do debate: Como assegurar que os programas de pósgraduação contribuam efetivamente para a educação permanente e inovações que fortaleçam o SUS?

Subeixo 3.9 - Não aos cursos da saúde na modalidade EaD

A formação técnica e profissional para atuação na saúde tem uma característica muito singular: trata-se de trabalhos que estão centrados na relação entre as trabalhadoras e os trabalhadores para formar equipes multiprofissionais e aqueles com as pessoas usuárias. O desenvolvimento de capacidades profissionais vem sendo orientado pelas políticas de saúde nos últimos 20 anos para buscar mudanças no perfil de egressos e, por isso, uma das diretrizes é a integração com os serviços e sistemas locais de saúde, como cenários de aprendizagem prática, capazes de desenvolver a inteligência para o cuidado e para a gestão.

As orientações para a mudança da formação incluem o desenvolvimento de capacidades éticas e humanísticas que não podem ser alcançadas sem a convivência direta com cenários de aprendizagem prática. Os projetos pedagógicos dos cursos não podem estar centrados em tecnologias virtuais, que impedem o alcance dessas capacidades. A expansão da formação em tecnologias de ensino à distância produz déficits no desenvolvimento de capacidades técnicas, éticas e humanísticas para os trabalhos na saúde, mesmo considerando que diversas atividades de trabalho incluem tecnologias virtuais, como telessaúde e outras ações no âmbito da inclusão digital.

O CNS já se posicionou diversas vezes, por meio de resoluções e recomendações, e essa posição foi validada na 17ª CNS. A expansão de cursos na modalidade EaD responde a um interesse de mercado e têm regulação tênue no cenário brasileiro. Entretanto, na saúde, considerando a disposição constitucional de relevância pública para o trabalho em suas diferentes inserções no SUS e, ainda mais, a natureza singular desse trabalho, não é admissível que os interesses de mercado se sobreponham e coloquem em risco a capacidade de cuidado, de gestão, de formação e de participação que deve compor o perfil dos trabalhadores egressos de cursos técnicos e de graduação. A 4ª CNGTES se propõe a debater a necessidade de restringir as atividades mediadas por tecnologias virtuais na formação e para impedir que os cursos totalmente mediados por essas tecnologias sejam reconhecidos nas ocupações da saúde.

Assim, por meio de um debate democrático e produtivo, espera-se que essa 4ª CNGTES seja capaz de conquistar novas mentes e corações que somem esforços na luta cotidiana pela valorização do trabalho e das trabalhadoras e trabalhadores do SUS para que assim o SUS seja espaço de produção de vida, saúde, dignidade e fortalecimento da democracia que respeita a todas as pessoas em sua diversidade e necessidades.

Pergunta ativadora do debate: Quais ações podem ser propostas para fortalecer a defesa da presencialidade na formação em saúde e a integração dos cursos da área da saúde com os serviços e sistemas locais de saúde, como cenários de aprendizagem prática?

¹ Parte integrante do documento orientador da 4ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde: < [Documento orientador 4CNGTES.pdf \(saude.gov.br\)](#) >

² Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm

³ Programa Nacional de Equidade de Gênero, Raça, Etnia e Valorização das Trabalhadoras no Sistema Único de Saúde – SUS, foi instituído pela Portaria GM/MS Nº 230, de 7 de março de 2023 e vem sendo implementado sob a coordenação da SGTES/MS, sendo pautada pelo reconhecimento do papel do Estado como promotor e articulador de estratégias e políticas públicas que buscam combater as desigualdades sociais ainda presentes no Brasil. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2023/prt0230_08_03_2023.html



^[4] 7 A CIRHRT possui uma Câmara Técnica criada com o objetivo de apoiar e fortalecer os processos de trabalhos da comissão no âmbito da formação, qualificação e desenvolvimento dos trabalhadores da área da saúde. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/comissoes-cns/cirhrt>

^[5] Recomendação nº 10, de 14 de fevereiro de 2020, recomenda a criação de comissões intersetoriais de recursos humanos e relações de trabalho nos Conselhos Estaduais, Municipais e do Distrito Federal. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/recomendacoes-cns/recomendacoes-2020/1025-recomendacao-n-010-de-14-de-fevereiro-de-2020>

^[6] A Mesa Nacional de Negociação Permanente do Sistema Único de Saúde (MNNP-SUS) é um fórum paritário que reúne gestores, prestadores de serviços e trabalhadores do SUS. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sgtes/mnnp-sus>

^[7] São diretrizes que estabelecem a base nacional comum, responsável por orientar a organização, articulação, o desenvolvimento e a avaliação das propostas pedagógicas de todas as redes de ensino brasileiras. Disponível em: <https://www.gov.br/mec/pt-br>

^[8] A Rede de Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde (RET-SUS) é uma estratégia de articulação, troca de experiências, debates coletivos e construção de conhecimento em Educação Profissional em Saúde. Disponível em: <http://www.retsus.fiocruz.br/ret-sus-rede-de-escolas-tecnicas-do-sus>

^[9] A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) instituída por meio da Portaria GM/MS nº 198/2004, teve suas diretrizes de implementação publicadas na Portaria GM/MS nº 1.996/2007 e se constitui como ação estruturante da formação em saúde.

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude_fortalecimento.pdf

^[10] Organização Internacional do Trabalho. Disponível em: <https://www.ilo.org/brasil/conheca-a-oit/lang-pt/index.htm>

^[11] Protocolo nº 009/2015, institui as diretrizes da Agenda Nacional do Trabalho Decente para Trabalhadores e Trabalhadoras do Sistema Único de Saúde (ANTD-SUS). Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sgtes/mnnp-sus/publicacoes/protocolo-no-009.pdf>

^[12] A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) trabalha com os países das Américas para melhorar a saúde e a qualidade de vida de suas populações. Fundada em 1902, é a organização internacional de saúde pública mais antiga do mundo. Atua como escritório regional da Organização Mundial da Saúde (OMS) para as Américas e é a agência especializada em saúde do sistema interamericano. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/brasil>

^[13] A Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde - SGTES é responsável por formular políticas públicas orientadoras da gestão, formação e qualificação dos trabalhadores e da regulação profissional na área da saúde no Brasil. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sgtes>

^[14] As câmaras técnicas foram criadas para apoiar e fortalecer o trabalho das comissões e do CNS. A ideia é fomentar pesquisas, estudos e investigações sobre assuntos específicos. A câmara técnica pode ser dissolvida ou prorrogada, a qualquer tempo, por decisão do Plenário do CNS. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/camaras-tecnicas>

APOIO



REALIZAÇÃO



GOVERNO
DO ESTADO
**RIO
GRANDE
DO SUL**
SECRETARIA DA SAÚDE



Parte 5:

COMPILADO DAS PROPOSTAS APROVADAS NA 9ª CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE DO RS

O material a seguir foi agrupado considerando os 3 eixos da Conferência de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde.

CONFERÊNCIA ESTADUAL DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL - 2024
Tema: Democracia, Trabalho e Educação na Saúde para o Desenvolvimento: Gente que faz o SUS acontecer
Eixo 1: Democracia, controle social e o desafio da equidade na gestão participativa do trabalho e da educação em saúde
Subeixo 1.1 - Por um projeto nacional de desenvolvimento participativo para a conquista de um Estado para o “bem viver”;
1.2 - Fortalecimento da democracia e promoção da equidade em saúde: desafios da gestão participativa;
1.3 - Democratização das relações de trabalho em saúde: fortalecer a gestão participativa;
1.4 - Educação em saúde como experiência transformadora das relações de trabalho e da gestão participativa.
EMENTA: A participação social é um dos princípios finalísticos do SUS e é imprescindível para a consolidação da democracia e promoção da equidade na saúde. Nesse sentido, é fundamental estimular estratégias que fortaleçam o controle social e a gestão participativa, assim como reconheçam o protagonismo dos territórios e populações dos diversos municípios e Estados brasileiros. O caminho proposto passa necessariamente pela implementação de ações que, de fato, fortaleçam a equidade e a valorização das trabalhadoras e trabalhadores da saúde, a gestão democrática das relações de trabalho, a afirmação da educação em saúde como experiência transformadora das relações de trabalho no SUS e a integração ensino-serviço-comunidade com o controle social.
PROPOSTAS APROVADAS NA 9ª CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE DO RS
Promover a manutenção constitucional da saúde como direito de todos e dever do Estado, garantindo as conquistas com a participação popular, defendendo o caráter público e universal do direito à assistência à saúde de qualidade e segundo as necessidades da população, nos diversos níveis de atenção, financiado com recursos

suficientes.

Garantir que o SUS se mantenha como a Política de Saúde de Estado, assegurando a gestão das políticas públicas e de todos os seus serviços próprios, nos três níveis de governo, exclusivamente pelo setor público, regulamentando o princípio constitucional da complementariedade do setor privado na saúde, garantindo ao serviço prestado diretamente pelo poder público a prioridade no SUS, repudiando as terceirizações dos serviços prestados no SUS.

Revogar todos os atos normativos, sejam eles constitucionais, legais ou infralegais que atentem contra a liberdade, respeito e dignidade da pessoa humana e contra os direitos sociais. Atos como o Orçamento Secreto, EC 86, EC 95, contrarreforma trabalhista, previdenciária, bem como as portarias que alteraram a PNAB, a Reforma Psiquiátrica (e seu financiamento), a liberação dos agrotóxicos, o desmatamento e mineração desenfreadas, dentre outras, usando todos os instrumentos previstos na legislação pertinente, inclusive o referendo revogatório às emendas constitucionais, bem como normas legais e infralegais que enfraquecem os princípios do SUS e a efetiva atenção à saúde pública da população.

Retirar os gastos com pessoal da saúde dos limites estabelecidos na Lei de Responsabilidade Fiscal, para garantir o direito à saúde estabelecido na Constituição.

Assegurar financiamento sustentável e número de profissionais qualificados para promoção e execução de ações de alimentação e nutrição nos territórios, com vistas a controlar os índices de distúrbios nutricionais, propondo iniciativas governamentais de segurança alimentar, a partir da retomada de restaurantes populares ou de cozinhas comunitárias, com acesso para as pessoas em situação de vulnerabilidade.

Garantir o financiamento robusto ao SUS, o que inclui a revogação de leis limitantes do orçamento público, para assegurar a integralidade, equidade e universalidade da atenção à saúde. Romper com o histórico subfinanciamento do sistema, viabilizando ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde.

Estruturar políticas públicas que considerem a territorialidade e a regionalidade para o acesso à saúde, garantindo os princípios de universalidade, equidade e integralidade, articulando outras políticas intersetoriais, como reforma fiscal e urbana, segurança, transporte, acesso a terra e a água, segurança alimentar e nutricional, considerando a determinação social da saúde e ações entre diferentes atores da sociedade civil.

Oportunizar informações, com transparência e linguagem acessível, aos membros dos conselhos de saúde, referentes à execução das políticas públicas, fortalecendo a atuação dos mesmos e qualificando o processo de fiscalização.

Garantir que os órgãos de fiscalização externos e internos (Ministério Público, Tribunal de Contas e Controladorias de Contas) atuem em parceria com o Controle Social.



Efetivar o processo de gestão participativa do Sistema Único de Saúde (SUS), nas três esferas de governo, garantindo o planejamento ascendente, de modo que os Planos de Saúde, elaborados a partir das diretrizes deliberadas nas Conferências de Saúde, orientem a formulação das leis do orçamento público.

Fortalecer e qualificar o processo de planejamento, monitoramento e avaliação das políticas de saúde no âmbito municipal, regional, macrorregional e estadual, construindo indicadores que expressem a realidade da situação de saúde dos territórios, para fins de monitoramento e avaliação da execução das políticas de saúde, garantindo transparência no acesso a tais informações, com linguagem acessível e qualificação do controle social para o uso da ferramenta.

Fortalecer a participação da comunidade e do controle social na gestão do SUS, aperfeiçoando os conselhos de saúde no monitoramento e na análise dos instrumentos de gestão (Planos de Saúde, Relatório Anual de Gestão, Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior).

Fortalecer as instâncias de Controle Social no SUS, através da garantia das condições de pleno funcionamento dos Conselhos de Saúde, como órgãos colegiados permanentes, deliberativos e fiscalizadores. Garantir servidores em quantidade suficiente, nas áreas técnicas e administrativas, assim como a estrutura física e tecnológica para seu bom funcionamento, nos três níveis da administração pública, garantindo recursos financeiros necessários que possibilitem autonomia e sua gestão.

Construir ações de educação com foco na promoção da saúde e da democracia, desenvolvendo estratégias de diálogo e comunicação entre conselhos de saúde e a sociedade, a fim de divulgar o papel do Conselho, seu funcionamento e estimular a participação da sociedade. Garantir maior responsabilização das equipes de saúde que atuam na porta de entrada da rede, para que incentivem a participação na construção do SUS, a partir do exercício de cidadania, e não trate o usuário apenas como “clientela”.

Incentivar a inclusão de discussões sobre o Controle Social em escolas, universidades e organizações da sociedade civil, visando potencializar a prática democrática e o fortalecimento das instâncias de controle social.

Implementar nas comunidades ações educativas promovidas pelas equipes da vigilância em saúde, visando a melhoria das condições de saúde da população, a redução das iniquidades e a promoção da qualidade de vida.

Desenvolver processos de formação e articulação com as comunidades, pautadas na educação popular em saúde, como estratégia de mobilização de usuários e inclusão de saberes e práticas locais nas ações de saúde, no diálogo entre serviços, movimentos sociais e populares e universidades.

Fortalecer os movimentos sociais populares, grupos, articulações, iniciativas e ações de participação nos territórios, propondo ampliação de novos arranjos participativos



horizontais e intersetoriais nos processos de trabalho, nos serviços e no cuidado em saúde.

Fortalecer a unidade dos movimentos sociais e populares na luta por seus direitos de modo a assegurar a reconstrução do estado democrático de direito, das políticas públicas e da soberania nacional, com educação popular e educação permanente para movimentos sociais e trabalhadores(as).

Garantir a participação popular nos processos decisórios que envolvem a gestão do SUS. Os conselhos e as conferências, nas três esferas de governo, são condições fundamentais para que se mantenham legítimos os espaços democráticos que constituem o SUS. Especial atenção para o fortalecimento da LF 8.142/1990, que determina o papel do controle social, seu caráter fiscalizador, formulador e deliberativo das políticas públicas.

Construir ferramentas para garantir a participação social, capaz de incluir e garantir a paridade, a equidade e a inclusão de populações vulnerabilizadas, construindo uma Câmara Técnica para trabalhar, encaminhar e articular ações em rede para responsabilizar os crimes de racismo, LGBTQIAPN+fobia, xenofobia, aparofobia, violência de gênero, sorofobia, capacitismo, dentre outras, nos diferentes níveis de saúde.

Fortalecer a Ouvidoria do SUS como espaço de cidadania e de comunicação entre o cidadão e os gestores do SUS, estimulando os municípios quanto a implementação de suas ouvidorias.



Eixo 2: Trabalho digno, decente, seguro, humanizado equânime e democrático no SUS: uma agenda estratégica para o futuro do Brasil

Subeixo 2.1 - Democratização e humanização das relações de trabalho na saúde tendo negociação coletiva como estratégia permanente;

2.2 - Planejamento e dimensionamento da força de trabalho para alcance do acesso universal à saúde, considerando a agenda do desenvolvimento sustentável;

2.3 - Promoção da atenção integral à saúde e segurança da trabalhadora e do trabalhador da saúde no âmbito do SUS;

2.4 - Enfrentamento da precarização do trabalho na saúde em tempos de globalização, reestruturação produtiva, plataformização e da 4ª Revolução Industrial e os impactos tecnológicos na saúde;

2.5 - Regulação da formação, do exercício profissional e das relações de trabalho na saúde;

2.6 - Garantia do futuro do trabalho na saúde com carreira de Estado no SUS.

EMENTA: O trabalho na saúde como um direito é estratégico para a consolidação do SUS. A 4ª CNGTES assume o desafio da articulação na construção de uma agenda estruturante para a conquista do trabalho digno, decente, seguro, humanizado, equânime e democrático na saúde.

PROPOSTAS APROVADAS NA 9ª CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE DO RS

Fortalecer os Centros Regionais de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) por meio da gestão e financiamento estadual, garantindo capacitação aos municípios e atuação integrada, visando a prevenção das doenças, a promoção e a assistência à saúde, desde a atenção básica até a alta complexidade.

Garantir a gestão direta estadual dos Centros Regionais de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) a fim de evitar a interferência da pressão política local no desenvolvimento das ações, implantado e implementado um CEREST por região de saúde do estado

Implementar a política nacional e estadual de saúde do trabalhador e da trabalhadora, bem como assegurar que a União e o Estado garanta a manutenção financeira permanente, estável e adequada dos Centros Regionais de Referência em Saúde do

Trabalhador (CEREST), com atualização dos recursos federais de, no mínimo 100%, possibilitando a continuidade das ações de vigilância nos ambientes de trabalho, vigilância epidemiológica, assistência, matriciamento e educação em saúde do trabalhador nas suas áreas de abrangência. Ainda, implantar e implementar um CEREST por região de saúde do estado, conforme resolução 603/2018 do Conselho Nacional de Saúde.

Fortalecer os Centros Regionais de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) por meio da gestão e financiamento estadual, garantindo capacitação aos municípios e atuação integrada, visando a prevenção das doenças, a promoção e a assistência à saúde, desde a atenção básica até a alta complexidade.

Garantir Plano de Carreira Nacional do SUS nas três esferas de governo, com isonomia de vencimentos, regime estatutário, ascensão funcional, critérios objetivos para ocupação de cargos de chefia; 30h semanais; dedicação exclusiva; reposição anual, reajuste com negociação coletiva; fixação de profissionais no interior do país em áreas de difícil acesso e provimento; política de formação profissional; incentivo salarial e de carreira; regulamentação da aposentadoria especial decorrente de atividades de insalubridade e periculosidade.

Garantir a constituição de um ente tripartite regional, para a gestão do SUS com administração estatal indireta e sob a égide do Direito Público, a qual deverá ter abrangência nacional, bases regionais, gestão e financiamento compartilhado pelas três esferas do governo e atuação integrada, garantindo a prevenção das doenças, a promoção e a assistência à saúde, desde atenção básica à alta complexidade, possibilitando um plano de carreira nacional do SUS.

Implantar e implementar plano de carreira para todos os servidores da saúde do Estado do Rio Grande do Sul, com isonomia de vencimentos, ascensão funcional e critérios objetivos para o preenchimento de cargos de chefia, com realização de concurso público e nomeação imediata dos aprovados para garantir o preenchimento dos cargos vagos.

Valorizar o servidor público estatutário, criando plano de carreira para todos os servidores da saúde do estado e dos municípios, com isonomia de vencimentos e ascensão funcional efetiva, ampliando o quadro a partir da realização de concurso público, visando a permanência e vínculo com a população atendida.

Implementar o Piso Nacional da Enfermagem e garantir o piso às demais categorias profissionais do campo da saúde.

Reduzir o número de cargos de confiança na gestão da saúde, substituindo estes por

servidores concursados estatutários, para que exista estabilidade e qualificação na gestão do SUS.

Reduzir de forma progressiva e continuada a contratação de serviços da rede privada, fortalecendo a rede própria do SUS.

Repudiar a terceirização do apoio técnico aos sistemas de justiça no que concerne às demandas da saúde, sobretudo quando oferecido por profissionais ou instituições que apresentem conflitos de interesse, propondo a interlocução junto ao Poder Judiciário para garantir profissionais nos Núcleos de Apoio Técnico, com cargos públicos efetivos.

Eliminar a terceirização, a privatização e a precarização das relações de trabalho na Atenção Básica, pois estes contratos oferecem risco à manutenção do cuidado à população devido a precariedade dos vínculos empregatícios dos profissionais de saúde e da sobreposição dos interesses privados das instituições, reafirmando a necessidade de servidores estatutários e com plano de carreira.

Assegurar a atuação do Centro Estadual de Vigilância em Saúde (CEVS) em estrutura administrativa única, garantindo a indissociabilidade das Vigilâncias (Ambiental, Epidemiológica, Sanitária, e Saúde do Trabalhador), Divisão de Apoio Técnico, Divisão Administrativa, Centro de Informações Toxicológicas (CIT) e Laboratório Central do Estado (Lacen), com estrutura e insumos adequados para análises e tomadas de decisão em tempo hábil, com um quadro funcional adequado às necessidades da população, com financiamento que garanta resolutividade em todo o território.

Reforçar a fiscalização em todas as fontes poluidoras, fortalecendo as políticas de proteção ambiental, inclusive com ampliação do número de servidores públicos concursados.

Criar o cargo de Fiscal Sanitário para garantir a isenção das ações de fiscalização e fortalecer o poder de polícia administrativa, reduzindo a interferência do poder econômico sobre a gestão e a vigilância em saúde.

Ampliar as ações de cuidado voltadas à saúde do trabalhador, especialmente aos produtores rurais e trabalhadores da área da saúde.

Retomar e fortalecer o papel da/o Agente Comunitária/o de Saúde (ACS) e Agente de Combate a Endemias (ACE), atualmente descaracterizados pela PNAB 2017, reduzidos ou desviados ao trabalho administrativo, garantindo no conjunto de suas atividades o papel de articulador(a) e mobilizador(a) no território.



Fortalecer a Política de Assistência Farmacêutica em todos os níveis, com sustentabilidade financeira para qualificar os serviços farmacêuticos integrados às Redes de Atenção à Saúde, garantindo infraestrutura, espaço físico adequado e recursos humanos suficientes para proporcionar um atendimento humanizado, inclusivo, com foco nas necessidades das pessoas, das famílias e da comunidade.

Repassar recurso aos municípios para a contratação/manutenção do farmacêutico responsável pela Farmácia de Medicamentos Especiais.

Efetivar a regionalização do SAMU com ampliação das equipes, disponibilizando ambulâncias equipadas para os municípios, possibilitando o transporte adequado dos usuários.

Eixo 3 - Educação para o desenvolvimento do trabalho na produção da saúde e do cuidado das pessoas que fazem o SUS acontecer: a saúde da democracia para a democracia da saúde

Subeixo 3.1 - Educação permanente em saúde como política de desenvolvimento do trabalho no SUS

3.2 - Estímulo à integração da formação técnica, tecnológica e profissional com os sistemas locais de saúde, constituindo o SUS como uma escola

3.3 - Fomento às capacidades pedagógicas para as trabalhadoras e trabalhadores do SUS voltados para o ensino, a pesquisa, a cooperação comunitária e o trabalho

3.4 - Educação popular em saúde para o fortalecimento do SUS

3.5 - Estimular o reconhecimento da participação em atividades de educação permanente em saúde como critério de avaliação das carreiras na saúde

3.6 - Mobilização estudantil como instrumento de fortalecimento de integração ensino, serviço, sociedade e gestão do SUS

3.7 - Residências em saúde como produção de aprendizagens experienciadas no trabalho, em articulação com o cotidiano de vida, trabalho e coletividade de pessoas nos territórios para, no e com o SUS

3.8 - Mestrado e doutorado em saúde como ferramenta de proposição concreta de mudanças das práticas, processos e organização da formação e do trabalho

3.9 - Não aos cursos da saúde na modalidade EaD

EMENTA: A educação e a democracia para a produção da saúde impulsionam a consolidação dos princípios e diretrizes do SUS e o desenvolvimento do trabalho das pessoas que fazem o SUS acontecer. Portanto, tomam-se como elementos disparadores para construção de diretrizes, programas e políticas que impulsionam mudanças e avanços nas políticas de formação e educação permanente.

PROPOSTAS APROVADAS NA 9ª CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE DO RS

Realizar capacitações periódicas e regionais para as equipes de Saúde do Trabalhador e da Vigilância Sanitária sobre alvarás.

Qualificar as equipes de saúde, desde a Atenção Básica até a Atenção Hospitalar, para o acolhimento e manejo do cuidado integral às mulheres vítimas de violência, considerando ainda a importância de ações intersetoriais para o fortalecimento da sua autonomia.

Qualificar o acolhimento de mulheres que experienciam o direito ao aborto legal e construir processos de educação permanente em saúde aos trabalhadores do SUS, em todos os níveis de atenção.

Criar centros de referência do idoso de forma regionalizada, com assistência integral à saúde e avaliação multidimensional, com atividades voltadas à educação em saúde, Práticas Integrativas Complementares em Saúde – (PICS) e educação popular em saúde garantindo processos teórico-práticos facilitados/promovidos por equipes multiprofissionais de funcionários públicos e ações pactuadas com contratos organizativos de ação pública de ensino-saúde (COAPES).

Fomentar o financiamento e a execução da Política de Educação Permanente em Saúde, de acordo com os princípios do SUS e da política de humanização, alinhada às necessidades locais regionais e às especificidades das Redes de Atenção à Saúde dos territórios.

Elaborar, de forma pactuada com as instâncias colegiadas e o Controle Social, protocolos e diretrizes de atenção integral às pessoas em condição Pós-Covid e implementar a linha de cuidado, com fortalecimento da Rede de Atenção à Saúde - RAS, garantindo a educação permanente para prevenção, avaliação, tratamento e reabilitação.

Desenvolver projetos de extensão e pesquisa que focalizem nos impactos sanitários, econômicos e sociais dos efeitos da Pandemia de Covid.

Fomentar grupos de discussão sobre a repercussão da Covid-19.

Criar ações educativas no ambiente escolar, com o auxílio de equipe multiprofissional, ampliando ações de promoção de saúde, a partir do Programa Saúde na Escola, trabalhando, principalmente, temas como a gravidez na adolescência, uso de drogas lícitas e ilícitas, infecções sexualmente transmissíveis e cuidados na higiene bucal e do corpo. Ainda, que o trabalho intersetorial entre saúde e educação, esteja presente desde a educação infantil, contribuindo com o desenvolvimento integral das crianças e adolescentes.

Promover estratégias para a implantação de programas de educação em ambiente extraescolar em contraturno, para crianças e adolescentes, de forma financiada e com apoio intersetorial das secretarias de educação, esporte, saúde e assistência social buscando o desenvolvimento integral desde a infância a fim de evitar exposição a ambientes e práticas nocivas dando opções saudáveis de convivência, aprendizado e promoção de saúde.

Retomar o projeto de Vivências e Estágios no Sistema Único de Saúde – VERSUS/Brasil para fomentar o protagonismo, a formação inter, multi e transdisciplinar no SUS e a relação com as populações com maiores vulnerabilidades sociais.

Exigir que os currículos dos cursos de nível técnico, graduação e pós graduação, para formação profissional no campo da saúde, incluindo as residências profissionais e multiprofissionais em saúde, abordem temas transversais, incluindo o controle social, participação popular, população LGBTQIAP+, população negra, do campo, da floresta, em situação de rua, privada de liberdade, povos indígenas, ciganos, quilombolas, migrantes, pessoas com deficiências e neuro diversos, ensino de libras, saberes ancestrais, bem como outros saberes não hegemônicos (como as PICS).

Elaborar um programa para garantir que profissionais de saúde formados em instituições privadas, que tenham acessado financiamento público (como FIES ou bolsa parcial do Prouni), possam prestar serviços ao SUS, por tempo determinado, reduzindo sua dívida.

Ampliar as vagas dos cursos de medicina em universidades federais, com currículos voltados para o SUS, fomentando a formação de profissionais para a Atenção Básica através de programas de residência em Saúde da Família e Comunidade, estimulando a atuação dos profissionais em pequenos municípios, áreas remotas e periféricas.

Garantir a manutenção do provimento médico pelo Ministério da Saúde através do Programa Mais Médicos, contemplando critérios como vulnerabilidades socioeconômicas, dificuldade de provimento de profissionais e percentual da população dependente do SUS.

Garantir financiamento para as necessidades que envolvem a educação permanente dos profissionais de saúde da Atenção Básica, que atuam com demandas de saúde mental. Além disso, que as equipes possam dispor de tempo para reuniões de equipe e discussão de casos.

Garantir recursos financeiros para capacitação dos servidores públicos para atuação no SUS.

Fortalecer a educação permanente, através dos Núcleos Municipais e Regionais de Educação em Saúde Coletiva, com garantia de financiamento.

Implementar ações específicas, como educação permanente, para viabilizar o diagnóstico precoce e melhoria no atendimento de crianças com Transtorno do Espectro Autista (TEA). Ampliar o número de centros de atendimento às pessoas com TEA, com atendimento multiprofissional, garantindo também suporte aos familiares e responsáveis.

Fortalecer a Política Nacional de Prevenção do Diabetes e de Assistência Integral à Pessoa Diabética, visando o desenvolvimento científico, a formação e a educação permanente de profissionais e usuários, além de garantir o direito às medicações e aos insumos.

Ampliar o investimento na Atenção Básica, assegurando ações de educação em saúde para as equipes, compra de equipamentos e melhorias na infraestrutura e acessibilidade.

Monitorar os trabalhadores que manuseiam agrotóxicos, efetuando acompanhamento clínico e laboratorial, bem como conscientizando-os sobre os riscos à saúde provenientes destas substâncias e sobre a forma correta de utilização do uso de EPIs, promovendo ações de educação em saúde alimentar, vigilância do uso de agrotóxicos, destinação correta dos resíduos e educação permanente aos trabalhadores.

Criar um programa de capacitação de farmacêuticos para atuarem em dispensação e realização de acompanhamento de hormonioterapia em serviços que implementem o processo transexualizador no SUS, monitorando os indicadores de saúde dos(as) usuários(as).

Fortalecer a Política Nacional de Assistência Farmacêutica e a Política Nacional de Ciência e Tecnologia e Inovação em Saúde, para garantir o direito da população ao acesso a medicamentos, soros, vacinas, insumos, equipamentos e produtos para a saúde, desenvolvendo políticas públicas voltadas à pesquisa, ao desenvolvimento e à produção, atendendo as necessidades do SUS, estabelecendo a cooperação técnica com as universidades e os centros de pesquisa, ampliando os laboratórios oficiais, a fim de promover a educação continuada, a pesquisa, a produção e a divulgação científica, desenvolvendo a competência tecnológica nacional.

Implementar a política de valorização da juventude pesquisadora, acompanhada de profundos debates sobre direitos trabalhistas e previdenciários.

Fomentar o financiamento de pesquisas estratégicas e o desenvolvimento de novas tecnologias em saúde para fortalecer o intercâmbio entre pesquisas científicas e políticas

públicas de saúde.

Implementar política de valorização da pesquisa em saúde, contemplando o reajuste anual das bolsas e a progressiva ampliação da oferta pelas instituições de fomento, junto às universidades.

Questionamentos instigadores

1. Quais as formas de contratação das/ os trabalhadoras/es da saúde em seu município?
2. Qual a força de trabalho no seu município?
3. O seu município atualiza periodicamente o CNES?