

## **FÓRUM POPULAR DE SAÚDE - PARANÁ**

Rua Marechal Deodoro, 314, conj. 801 - Curitiba - PR, fone: (41) 3078-8921

### **A luta pela saúde e a defesa do SUS**

As lutas históricas da classe trabalhadora possibilitaram a conquista legal do Sistema Único de Saúde – SUS, cujos princípios contemplam a atenção integral à saúde para todos e o direito da participação popular na formulação e fiscalização das políticas de saúde.

Este novo arcabouço jurídico, inscrito na Constituição de 1988, foi fruto de longos embates travados pelo movimento sindical e popular.

A Constituição Federal estabelece, no artigo 196, que **“a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação”**.

Tornar direitos reconhecidos em lei em direito de fato, e ir além, são tarefas de todos aqueles que lutam pela consolidação da Seguridade Social no Brasil, que assume caráter estratégico para a luta dos trabalhadores. É fundamental resistir aos ataques do capital, entendendo que este enfrentamento não se restringe apenas à garantia de um sistema público de saúde, previdência e assistência social de qualidade, mas exige profundas transformações na sociedade que alterem a estrutura da distribuição de renda, riqueza e poder no país.

As enormes desigualdades sociais, a escandalosa concentração de renda e a fragilidade das políticas públicas no Brasil repercutem decisivamente na situação de saúde da maioria da população. As condições de vida, adoecimento e morte dos trabalhadores brasileiros combinam antigos e novos problemas de saúde, indicando a dramaticidade do quadro sanitário do país.

A construção do SUS, a partir da defesa dos princípios de universalidade e integralidade da atenção à saúde, com participação popular, assume o caráter de luta contra-hegemônica frente à atual ordem social e econômica capitalista.

### **Participação popular na gestão do SUS**

Os Conselhos são colegiados de caráter deliberativo com a atribuição legal de fiscalizar e participar da formulação das políticas de saúde, inclusive dos seus aspectos econômicos e financeiros.

As questões de maior relevância para a definição da política estadual de saúde, no entanto, não têm sido pautadas ou simplesmente recebem um tratamento superficial no CES-PR.

**O governo estadual desrespeita sistematicamente o controle social do SUS de forma autoritária.** Contrariando a Lei, não submete as leis orçamentárias à prévia análise e aprovação do CES-PR, razão pela qual o Ministério Público Estadual ajuizou Ação Civil Pública em 24/08/06.

O CES-PR não debate efetivamente a aplicação dos recursos do SUS, tendo pouca participação na definição dos contratos e convênios da saúde, para onde são destinadas parcelas significativas dos recursos.

A Sesa-PR não submeteu a proposta da sua reforma administrativa ao debate e aprovação prévia do CES-PR, a qual foi definida no Decreto Estadual nº 777/07 à revelia do controle social do SUS.

A Sesa-PR descumpre as Deliberações das Conferências Estaduais de Saúde, no tocante às políticas de financiamento, recursos humanos e organização das ações e serviços de saúde no Paraná. Com isso, o CES-PR não cumpre com sua principal atribuição: ampliar o espaço público de participação da sociedade na formulação, execução e avaliação do SUS-PR.

Os problemas dos Conselhos e Conferências de Saúde não se restringem à paridade entre os diversos segmentos. É comum existir a presença de ocupantes de cargos de chefia representando entidades de usuários e trabalhadores de saúde. Da mesma forma, existem entidades que representam usuários e trabalhadores de saúde nos Conselhos e Conferências, mas que recebem recursos do SUS para a prestação de serviços de saúde. Ao invés de reivindicarem a universalização das

políticas públicas de saúde, buscam “substituir” o poder público, atrelando-se ao aparelho de Estado. Estes fatos comprometem a legitimidade e a autonomia dos Conselhos e Conferências de Saúde.

Persistem as práticas de cooptação e trulência explícita de muitos gestores do SUS, que visam segregar quaisquer posicionamentos divergentes aos ditames oficiais. Neste cenário, ampliam-se os ataques ao SUS, com a redução dos recursos da saúde, crescimento das transferências de dinheiro público para o setor privado (privatização) e a precarização das relações de trabalho.

A mudança deste quadro exige uma postura crítica, autônoma e independente dos Conselhos Estadual e Municipais de Saúde. A subserviência aos interesses de governos, comprometidos com o capital, coloca em risco o SUS e, conseqüentemente, o direito à saúde da população.

### **Propostas**

- Exigir que os Planos Estaduais de Saúde, Programações Anuais, Relatórios de Gestão, as propostas de Leis Orçamentárias, a Política de Recursos Humanos e os contratos/convênios firmados pelos gestores do SUS sejam submetidos à análise prévia e aprovação do CES-PR, garantindo-se seu caráter deliberativo e as atribuições de fiscalização e participação na formulação da política de saúde, inclusive nos aspectos financeiros e orçamentários.

- Estabelecer que os ocupantes de cargos de chefia (cargos de confiança, em comissão ou outros) não poderão representar o segmento dos usuários ou dos trabalhadores de saúde nos Conselhos e Conferências de saúde. Estes deverão integrar o segmento dos gestores do SUS.

- Estabelecer que as entidades que recebem recursos públicos para a prestação de serviços de saúde – através de convênios, subvenções ou outras formas de financiamento – não representem o segmento dos usuários ou dos trabalhadores de saúde nos Conselho e Conferências de Saúde. Estas entidades deverão integrar o segmento dos prestadores de serviço de saúde.

- Exigir que todas as decisões da Comissão Intergestora Bipartite (CIB-PR) sejam submetidas à análise e aprovação do CES-PR.

- Exigir o cumprimento das resoluções das Conferências Nacionais, Estaduais e Municipais que determinam a criação de Conselhos Gestores em todas as unidades básicas de saúde, ambulatórios de especialidades e hospitais públicos ou conveniados, incluindo hospitais universitários e consórcios intermunicipais de saúde, garantindo seu caráter deliberativo e a representação, no mínimo, paritária de usuários e trabalhadores de saúde.

- Estabelecer a integração da Ouvidoria Estadual do SUS ao CES-PR, instituindo como atribuição da Ouvidoria a apresentação sistemática de relatórios periódicos ao CES-PR, informando detalhadamente o número, as características e a resolutividade das denúncias recebidas.

### **“Vida saudável”, para quem?**

A saúde da população resulta de muitos fatores, tais como: trabalho, renda, moradia, alimentação, transporte, saneamento, lazer, liberdade, posse da terra e outros, incluindo o acesso aos serviços de saúde.

A produção de bens materiais organiza toda a vida social. A forma como está organizada a produção e a apropriação da riqueza em uma sociedade estabelece diferentes necessidades e condições de saúde para cada uma das classes sociais. A saúde da classe trabalhadora, em nossa sociedade, é a expressão da exploração e dominação capitalistas.

As profundas desigualdades sociais, a escandalosa concentração de renda e a fragilidade das políticas públicas no Brasil repercutem decisivamente na situação de saúde da maioria da população.

As condições de vida, adoecimento e morte dos trabalhadores brasileiros combinam antigos e novos problemas de saúde, indicando a dramaticidade do quadro sanitário no país. Continua alarmante a ocorrência de doenças relacionadas à situação de pobreza, tais como: cólera e outras doenças diarreicas, dengue, hanseníase, leptospirose, tuberculose e outras, ao lado do crescimento assustador de doenças relacionadas à modernização urbana e industrial, tais como: doenças relacionadas à poluição, a violência urbana, acidentes de trânsito e de trabalho, doenças crônico-degenerativas, cânceres, lesões de esforço repetitivo – LER, sofrimento mental e outras.

A grande maioria dos governos se limita a propagandear a construção de novas unidades básicas de saúde e hospitais, mas dificilmente a saúde é mencionada no momento da definição das políticas econômicas e sociais, que deveriam estar voltadas à redução dos fatores que geram doenças.

O poder público se omite em relação ao controle de fábricas e processos produtivos que aniquilam a saúde dos trabalhadores e contaminam o meio ambiente. Esta é a postura dos governos subservientes aos interesses do capital.

É hipócrita, por exemplo, apontar a população como a principal responsável pela poluição, devido ao fato dela não reciclar o lixo domiciliar. Quando se sabe que não existem políticas de controle efetivo das empresas em relação à poluição atmosférica, hídrica, do solo e sonora.

É cínico querer imputar aos indivíduos a exclusiva responsabilidade pela sua saúde, através da adoção de “hábitos saudáveis”, negando-se a enxergar a exploração e a dominação presentes nas relações sociais de produção da nossa sociedade. Onde poucos concentram privilégios e a grande maioria trabalha para sustentar os privilégios de poucos.

A saúde e a doença são produzidas pela forma de organização da sociedade, assumindo, portanto, formas histórico-sociais específicas e diversas.

### **Financiamento do SUS: quanto, onde e como investir?**

Para o debate de qualquer política pública é central a definição do seu financiamento. Com a política estadual de saúde não é diferente. É fundamental garantir a transparência das informações não só sobre o **quanto**, mas também, sobre o **como** e **onde** são investidos os recursos da saúde.

O Paraná segue descumprindo a Emenda Constitucional nº 29 – EC-29, que determina aos estados a aplicação de **pelo menos 12%** da arrecadação de alguns impostos em ações e serviços de saúde. Fato inúmeras vezes denunciado e transformado em ação civil pública, atendendo à denúncia do FOPS-PR.

O atual governo, a exemplo de Lerner, inclui nos 12% da saúde gastos não caracterizados como ações e serviços do SUS, como por exemplo: custeio do Hospital da Polícia Militar, Serviço de Assistência à Saúde do Servidor – SAS, defesa sanitária animal e vegetal, investimentos em obras de saneamento, distribuição de cestas básicas, entre outros.

No governo Lerner deixaram de ser aplicados R\$ 660 milhões no SUS-PR. No primeiro governo Requião este valor ultrapassa 1 bilhão de reais. O descumprimento da EC-29 foi comprovado por auditoria do Ministério da Saúde, atendendo à solicitação do Ministério Público Estadual – MPE. O governo do Paraná aplicou apenas **5,44%** de recursos próprios em ações e serviços de saúde, em 2004.

A Constituição Federal, no artigo 200, a Lei Federal nº 8.080/90, no artigo 6º, e a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 322/03 definem com clareza a abrangência das ações e serviços de saúde. No entanto, muitos gestores estaduais e municipais do SUS insistem em incluir nos percentuais da EC-29 despesas diversas das caracterizadas como tal, através de uma verdadeira maquiagem contábil.

O Projeto de Lei Complementar – PLC nº 01/03, que regulamenta a EC-29, após aprovado em todas as comissões da Câmara Federal, aguarda há muito tempo votação pelo plenário. Essa irritante demora facilita o falso discurso dos gestores do SUS que se negam a cumprir a EC-29.

O Conselho Estadual de Saúde – CES-PR possui a competência legal de fiscalizar e participar da formulação da política estadual, inclusive em seus aspectos econômicos e financeiros.

O governo estadual, no entanto, de forma autoritária desrespeita o controle social do SUS, na medida em que não submete as leis orçamentárias à prévia análise e aprovação do CES-PR. Por isso, o MPE ajuizou outra Ação Civil Pública, em 24/08/06, contra o governo estadual para que este cumpra a lei e apresente ao CES-PR os Projetos do Plano Plurianual, de Lei de Diretrizes Orçamentárias e da Lei Orçamentária Anual para apreciação e aprovação prévia.

Além disso, os freqüentes contingenciamentos de recursos orçamentários e a Desvinculação de Receitas da União – DRU, que expira em 31/12/07, diminuem sistemática e drasticamente as receitas vinculadas ao setor saúde. É importante, portanto, lutar contra a prorrogação da DRU.

No Paraná persiste a elevada transferência de dinheiro público para prestadores privados de saúde, em muitos casos sem a devida previsão no Plano Estadual de Saúde.

Esta drenagem de recursos financeiros para o setor privado, através de contratos e convênios assume caráter **seletivo**, concentrando-se nos serviços que oferecem uma maior capacidade de obtenção de lucro. Determina, também, a insignificante aplicação de recursos orçamentários nas áreas de promoção, proteção e reabilitação da saúde, acarretando investimento estadual medíocre nas ações e serviços de saúde do trabalhador, vigilância sanitária e epidemiológica, valorização e capacitação da força de trabalho em saúde e outros.

**Neste contexto, continuam bandeiras de luta fundamentais: ampliar o investimento em saúde, reorganizar as prioridades e fortalecer o controle e a transparência sobre o uso dos recursos do SUS.**

### **Propostas:**

- Lutar pela aprovação do PLC nº01/03, que regulamenta a Emenda Constitucional nº29 – EC-29, nos termos já aprovados pelas comissões da Câmara Federal.

- Lutar pelo fim da Desvinculação de Receitas da União – DRU, que retira 20% dos recursos constitucionalmente destinados à área social, a pretexto de atender as metas de *superávit* primário. A DRU expira em 31/12/07, e sua renovação deve ser combatida, tendo em vista a nocividade que representa para o financiamento das políticas sociais.

- Encaminhar, através do CES-PR, pedido de providências ao Ministério Público Federal, Conselho Nacional de Saúde e Ministério da Saúde face ao persistente descumprimento da EC-29 no Paraná.

- Exigir que a totalidade dos recursos financeiros do SUS-PR (próprios e transferências) esteja alocada no Fundo Estadual de Saúde, submetendo-os à deliberação do CES-PR, prevendo sua aplicação nos Planos de Saúde e prestando contas nos Relatórios de Gestão.

- Exigir que a elaboração do Plano Estadual de Saúde, a ser analisado e aprovado pelo CES-PR, atenda os critérios preconizados pela Portaria MS nº 3.332/06, contemplando os seguintes itens: a) O Plano de Saúde deverá compreender dois momentos: a análise situacional e a definição dos objetivos, diretrizes e metas para o período de quatro anos; b) Contemplará todas as áreas da atenção à saúde, de modo a garantir a integralidade desta atenção e c) Conterá todas as medidas necessárias à execução e cumprimento dos prazos acordados nos Termos de Compromissos de Gestão.

- Estabelecer no Plano Estadual de Saúde a previsão de recursos para a expansão da rede pública de saúde de média e alta complexidade, estabelecendo percentuais decrescentes para a compra de serviços privados de saúde.

- Exigir que os Planos de Saúde, Programações Anuais, Relatórios de Gestão, propostas de Leis Orçamentárias, Política de Recursos Humanos e os contratos/convênios firmados pelos gestores do SUS sejam submetidos à análise prévia e aprovação dos Conselhos de Saúde, garantindo-se seu caráter deliberativo e as atribuições de fiscalização e participação na formulação da política de saúde, inclusive nos aspectos financeiros e orçamentários.

- Exigir que a Sesa-PR mantenha atualizado o envio de dados ao Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde – SIOPS.

- Recomendar ao Tribunal de Contas do Paraná que estabeleça como critério para as prestações de contas do setor saúde dos Municípios e Estado a apresentação de certificação da análise da prestação de contas pelos respectivos Conselhos de Saúde.

## **Sobre o significado da reforma administrativa da Sesa-PR**

A Lei Estadual nº 15.466, de 31/01/07, extinguiu o Instituto de Saúde do Paraná – ISEP. A Secretaria de Estado da Saúde – Sesa-PR implementou, então, sob a denominação de “mudanças no organograma”, uma profunda reforma administrativa da sua estrutura organizacional, encaminhando este processo à revelia da análise e aprovação do Conselho Estadual de Saúde – CES-PR. Essa mudança está definida no Decreto Estadual nº 777, de 09/05/07, e seus respectivos anexos.

**O cerceamento do debate com o CES-PR omite os reais propósitos desta reforma administrativa.**

Debate esse que, evidentemente, não é somente técnico, mas diz respeito diretamente à política de saúde, pois esta nova organização reflete os objetivos da Sesa-PR na adoção de um



determinado modelo de atenção à saúde.

A Sesa-PR, de forma autoritária, se furta de debater sua proposta de modelo de atenção e gestão em saúde, expressando sua concepção centralizadora e impermeável à real participação popular nos processos decisórios das políticas públicas.

As alterações de uma estrutura organizacional devem ser coerentes com a construção de um modelo de atenção e gestão da saúde, que contemple os princípios e diretrizes do SUS. Uma reforma administrativa nunca pode, portanto, traduzir-se em um fim em si mesmo. É fundamental ter clareza do modelo de atenção e gestão que se deseja. O planejamento estratégico defende o “postulado da coerência”, ou seja, objetivos, métodos de trabalho e a estrutura organizacional devem guardar coerência entre si, visando alcançar os objetivos propostos. **Mas quais são os objetivos desta reforma administrativa?**

### **Sobre o método de construção da reforma administrativa**

O Secretário Estadual de Saúde, na última vez que compareceu a uma reunião do CES-PR, em março/2007, quando questionado sobre a importância do Conselho analisar as propostas de alteração do organograma institucional, afirmou em palavras textuais que o CES-PR não “meteria o bedelho” na definição da estrutura organizacional da Sesa-PR. Tal atitude reafirma o desrespeito com o controle social do SUS. O CES-PR, ao invés de participar da formulação das políticas de saúde, é somente participado das decisões tomadas no âmbito da Sesa-PR.

A mesa diretora do CES-PR acatou a “recomendação” do Secretário e não pautou este debate antes da publicação do Decreto Estadual nº 777/07.

### **Uma análise panorâmica e preliminar sobre o novo organograma da Sesa-PR**

A análise preliminar do novo organograma evidencia uma **perda de autonomia gerencial da Sesa-PR**, demonstrada pela extinção da Diretoria de Recursos Humanos e da Diretoria Financeira.

Estas funções ficarão ao cargo do Grupo de Recursos Humanos Setorial – GRHS e do Grupo Financeiro Setorial – GFS, cuja **indicação das chefias ficará submetida à aprovação das Secretarias Estaduais da Administração e da Fazenda, respectivamente.**

A diretriz da criação de um PCCS – Plano de Cargos, Carreiras e Salários próprio do SUS parece cada vez mais distante da realidade paranaense, quando o responsável do setor de recursos humanos da Sesa-PR será definido pela Secretaria da Administração.

O novo organograma propõe, para a estrutura das Regionais de Saúde, **a unificação administrativa das áreas de vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, vigilância ambiental e saúde do trabalhador.** Esta discussão é bem vinda, no entanto, não foram promovidos debates com as equipes de saúde e com o controle social do SUS. Desconhece-se a existência de pelo menos um documento de referência que oriente este processo, predominando a centralização e verticalização do processo decisório, que sem dúvida comprometerá os resultados da sua implantação.

A Ouvidoria Estadual do SUS, no novo organograma, permanece desconectada do Conselho Estadual de Saúde. Não existe, também, a atribuição da Ouvidoria de apresentar relatórios periódicos ao CES-PR, com detalhes do número, características e resolutividade das denúncias recebidas.

O novo organograma tem sido tratado publicamente pela Sesa-PR em separado do processo de definição do modelo de gestão dos hospitais próprios do Estado. A definição do modelo de gestão dos hospitais gerenciados pela Sesa-PR tem sido tratada por uma comissão instituída pelo governo estadual, à revelia do controle social do SUS.

A não participação do CES-PR na análise e aprovação do novo organograma evidencia-se, ainda, na ausência de referências ao controle social do SUS no Regulamento da Sesa-PR (Decreto nº 777/07, anexo III). A única referência ao CES-PR no Regulamento está nas disposições finais e transitórias e limita-se ao apoio ao funcionamento do Conselho, assegurando-lhe dotação orçamentária, Secretário Executivo e estrutura administrativa, observada a disponibilidade orçamentária e financeira e as disposições legais aplicáveis. Nota-se que a inserção do controle social no documento é meramente formal, não

havendo qualquer outra referência à participação efetiva do CES-PR na definição dos rumos do SUS-PR.

O organograma da Sesa-PR explicita a urgente necessidade da realização de concursos públicos para repor e adequar a força de trabalho às atribuições da Sesa-PR. Há muitos setores que não dispõem de contingente mínimo de trabalhadores de saúde para a execução das atividades previstas.

Dada a falta de clareza sobre os reais objetivos da reforma administrativa da Sesa-PR, torna-se impossível uma análise apurada das intenções dos seus propositores. **O principal objetivo dessa reforma administrativa é simplesmente a redução de gastos? Ela amplia ou reduz o papel da direção estadual do SUS-Paraná? Será priorizada uma estrutura organizacional exclusivamente voltada à pactuação de ações de saúde? Ou também será priorizado o apoio técnico e financeiro aos municípios, e a execução complementar e suplementar de ações e serviços de saúde, conforme previsto na Lei Federal nº8080/90?**

### **Propostas:**

- Que o CES-PR exija explicações da Sesa-PR em relação aos reais propósitos e esclarecimentos sobre o atraso na efetivação da reforma administrativa.
- Que a Sesa-PR realize imediatamente concurso público para os serviços de saúde, adequando sua força de trabalho às atribuições legais previstas para o SUS.

## **A Gestão do Trabalho na Saúde do Paraná**

Essa tese faz uma retrospectiva histórica da gestão do trabalho no SUS-PR, recuperando dados e analisando-os para compreender que estamos à beira de um colapso no serviço público estadual de saúde. Na década de 80, o sistema público de saúde no Estado era de responsabilidade da Fundação Caetano Munhoz da Rocha. Nessa época os trabalhadores eram regidos pelo regime CLT, totalizando cerca de sete mil funcionários que tinham Plano de Carreiras e Salários Próprio.

Na década de 90 - governo Lerner - os servidores estaduais da saúde perderam o plano de carreira, e foram integrados ao Quadro Geral do Estado (QG). O Quadro Geral congregava os diversos segmentos do serviço público. Tal mudança significava que o Estado não reconhecia as especificidades e o caráter penoso do trabalho na saúde nem a característica das funções desenvolvidas nas unidades. Essa mudança faz coro com as diversas decisões políticas de desorganização dos serviços públicos de saúde e com a desvalorização do trabalhador da área. O rol de precarizações vai desde a não realização de concurso, a retirada de direitos trabalhistas, a inexistência de reposição salarial até a contratação terceirizada de mão de obra. Essa lista de medidas seguia o modelo do enfraquecimento do Estado.

A atuação do sindicato em defesa do servidor e do SUS foi muitas vezes insuficiente para conter a sanha daqueles que comandavam o governo, mas com certeza não permitiu que o projeto fosse completamente executado. Essa afirmação pode ser exemplificada concretamente: realização de concurso público em 2004, decorrente de procedimento investigatório no Ministério Público do Trabalho- MPT- após denúncia do sindicato. Assim, a central de leitos, hemocentros, Hospital Adauto Botelho, CRAID e o Hospital do Trabalhador receberam servidores concursados.

A organização dos trabalhadores da saúde avançou e com o aumento da participação em movimentos reivindicatórios, outras conquistas aconteceram. Em 2002, no final do governo Lerner é aprovada a Lei 13.666 que institui o Plano de Cargos, Carreiras e Salários do Quadro Próprio do Poder Executivo. O texto da lei é completamente alheia aos reais problemas da categoria e, é necessário ressaltar, que o governo Lerner agindo dessa forma nega todos os pactos nacionais e lei federal que normatiza que servidores da saúde tenham um PCCS próprio.

**De 2003 a 2007** - O Plano de Saúde do governo Requião apontava algumas metas importantes, tais como: instituir comissão paritária para elaboração do PCCS próprio, instalação da mesa de negociação do SUS, realização de concurso público. Tudo não passou de intenções. De fato o que se constata é que nem o tímido programa de ginástica laboral foi efetivado. E mais: o governo vem afirmando que não pretende realizar concurso. Isso apesar de ter realizado levantamento da necessidade da reposição de funcionários para a manutenção e expansão dos serviços. Com esse trabalho, a Sesa-PR conclui que seria necessário ampliar o quadro em 3600 pessoas.

Apesar de ter três hospitais concluídos em Curitiba, Guaraqueçaba e o de Paranavaí, e

outros dez em construção ou ampliação, o Estado não está organizando o concurso. Nas audiências com o MPT, os representantes do governo têm afirmado que estão aguardando a possibilidade de mudar o modelo de gestão com a provável adesão à proposta de repassar a gestão as Fundações Estatais de Direito Privado. Para terminar de compor o quadro atual da Sesa-PR, não podemos deixar de citar que essa é a Secretaria com o maior número de cargos comissionados. Na matemática, temos um chefe para cada 11 servidores.

Descrevemos a realidade para demonstrar que os gestores estaduais da Sesa-PR não têm priorizado a adoção de medidas que valorizem o servidor e que possam caminhar, de fato, para a constituição da carreira da saúde. Numa área em que a qualidade do serviço depende quase que exclusivamente dos trabalhadores, já que as máquinas não substituem os seres humanos, os gestores ignoram a necessidade de respeitar os princípios da Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do SUS (NOB/RH/SUS), aprovada em 2002.

**Jornada de Trabalho:** Se o relato acima não é nada promissor e revela a proximidade do colapso por falta de servidores, na questão da jornada de trabalho enfrentamos outros graves problemas. A Sesa-PR nesse ano revelou sua face mais autoritária ao desrespeitar as deliberações das Conferências de Saúde Nacional e Estadual que deliberaram pela jornada de trabalho máxima de 30 horas semanais e, inclusive, desrespeitando as legislações federais. Até desconto salarial em dias trabalhados aconteceu, fica como marca desse governo a decisão de desrespeitar aos servidores e as deliberações do controle social o SUS.

### **Propostas:**

- Implementar imediatamente a NOB/RH/SUS, dando prioridade para as seguintes ações:
  - Instalar, até maio de 2008, a Mesa Permanente de Negociação do SUS, composta por representantes dos trabalhadores do setor público e privado contratado e conveniado ao SUS (filantrópico ou lucrativo), do governo municipal e instituições de ensino e pesquisa vinculadas ao SUS. A Mesa Permanente visará democratizar a gestão do trabalho no SUS.
  - Elaborar cronograma estabelecendo prazos para realização de concurso público para a contratação de servidores a partir do diagnóstico feito pela Sesa-PR.
  - Realizar levantamento da necessidade de contratação de servidores para permitir o pleno funcionamento dos hospitais em construção e em reforma, adotando como única forma de ingresso nessas unidades hospitalares o concurso público.
  - Organizar banco de dados e o sistema de informações e comunicação dos RH, facilitando o planejamento e avaliação, e ampliando os mecanismos de controle social sobre a política de gestão do trabalho.
  - Instituir Comissão Paritária (governo e trabalhadores) para elaboração do PCCS Próprio da Saúde.
  - Encaminhar para a Assembléia Legislativa o projeto de lei do PCCS Próprio da Saúde, previamente negociado através de Comissão Paritária.
  - Implantar imediatamente a jornada de trabalho máxima de 30 horas semanais na saúde, respeitando as jornadas estabelecidas por legislação federal, sem redução de salários e bancos de horas, atendendo às deliberações das Conferências Estadual de Saúde – PR.
- Implementar imediatamente as Comissões de Saúde por Locais de Trabalho na Sesa-PR, eleitas entre os trabalhadores de saúde, buscando reduzir a nocividade dos ambientes e processos de trabalho, e eliminar ou reduzir os riscos/cargas e danos à saúde.
- Instituir política de desprecarização das relações de trabalho na Sesa-PR, através da Mesa de Negociações do SUS, promovendo o estancamento e a redução das terceirizações.
- Redução dos cargos de confiança para a gestão em saúde, e sua substituição por quadros técnicos e administrativos de carreira, qualificando a gestão do SUS e estabelecer, com a participação do controle social, critérios objetivos e compatíveis para indicação dos cargos de direção (cargos de chefia), atendendo requisitos de capacitação e habilitação específica.