



Em defesa dos princípios, das diretrizes e da consolidação do SUS, patrimônio do povo brasileiro.

Após vinte e nove anos da instauração do Sistema Único de Saúde, o SUS, pela Constituição Federal de 1988, são evidenciados consideráveis avanços na saúde da população brasileira, entretanto, é inegável que ainda temos enormes desafios éticos, políticos e institucionais a serem resolvidos. Nesse momento, em especial, com um governo federal de extrema direita e defensor dos interesses de corporações privadas que lucram com a falta de saúde, com um congresso extremamente conservador e negligente aos interesses do povo e à soberania do país, é fundamental que os movimentos sindicais e populares intensifiquem as lutas para deter os constantes ataques ao nosso SUS. É preciso avançar! Temos que resistir e preservar esse importante patrimônio do povo brasileiro. Afinal, “o SUS é nosso e ninguém tira da gente, direito garantido, não se compra e não se vende.”

Essa tese foi elaborada iniciando com um resgate da construção do SUS, enfatizando o movimento da reforma sanitária; depois abordando os princípios, diretrizes e legislações do SUS; o desmonte do SUS e os modelos privatizantes de gestão; a saúde dos trabalhadores e das trabalhadoras no SUS e finalizando com a apresentação das resoluções propostas para a análise dos delegados (as) do 2º congresso da Intersindical Central da Classe Trabalhadora.

1. A CONSTRUÇÃO DO SUS: O MOVIMENTO DA REFORMA SANITÁRIA NO BRASIL

Hoje o direito à saúde faz parte dos direitos humanos, mas nem sempre foi assim considerado ao longo da história. Não fazia parte, por exemplo, da Declaração

dos Direitos do Homem e do Cidadão, marco histórico dos direitos civis na Revolução Francesa.

Atualmente a saúde é um direito que se estrutura não só como reconhecimento da sobrevivência individual e coletiva, mas como direito ao bem-estar completo, implicando as condições de vida articuladas biológica, cultural, social, psicológica e ambientalmente, conforme a tão conhecida definição da OMS – Organização Mundial da Saúde.

Como se deu esse processo de incorporação da saúde como direito do homem? Esse processo, no contexto histórico da segunda metade do século XX, significou um aprofundamento da democracia representativa, limitada, às vezes, ao ritual das eleições, para se tornar uma mediação, ao mesmo tempo, de revolta e de proposta no seio dos conselhos paritários, com melhor explicitação dos conflitos como base para a construção de consensos. Novos direitos foram emergindo e se configurando, como os direitos humanos das mulheres, dos negros, das pessoas portadoras de necessidades especiais, das crianças, dos idosos, com a articulação de relações de poder que não se restringem mais à eleição de representantes que falam pelo povo, em nome do povo, mas que, não raramente, o esquecem.

As narrativas em torno da reforma sanitária brasileira localizam, como regra, a origem do movimento no contexto da segunda metade dos anos 1970, período que coincide com a criação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), em 1976; e, três anos depois, a criação da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. No entanto, o processo de formação de atores e instituições identificados com mudanças radicais no sistema de saúde então vigente também se relaciona com um conjunto de aspectos que vão do desenvolvimento dos cursos de medicina preventiva a partir da década de 1950 ao fortalecimento de uma visão contrária ao regime autoritário que via, na sua derrocada, a única forma de construção de um sistema de saúde eficiente e democrático.

A Reforma Sanitária Brasileira foi proposta num momento de intensas mudanças e sempre pretendeu ser mais do que apenas uma reforma setorial. Almejava-se, desde seus primórdios, que pudesse servir à democracia e à consolidação da cidadania no País. A realidade social, na década de oitenta, era de exclusão da maior parte dos cidadãos do direito à saúde, que se constituía na assistência prestada pelo Instituto Nacional de Previdência Social, restrita aos

trabalhadores que para ele contribuíam, prevalecendo a lógica contra prestacional e da cidadania regulada.

A VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada no ano de 1986, contou com a participação de técnicos do setor saúde, de gestores e da sociedade organizada, propondo um modelo de proteção social com a garantia do direito à saúde integral. Em seu relatório final, a saúde passa a ser definida como o resultado não apenas das condições de alimentação, habitação, educação, trabalho, lazer e acesso aos serviços de saúde, mas, sobretudo, da forma de organização da produção na sociedade e das desigualdades nela existentes.

Na esteira deste processo democrático constituinte, o chamado movimento sanitário tinha proposições concretas. A primeira delas, a saúde como direito de todo o cidadão, independente de ter contribuído, ser trabalhador rural ou não trabalhador. Não se poderia excluir ou discriminar qualquer cidadão brasileiro do acesso à assistência pública de saúde. A segunda delas é a de que as ações de saúde deveriam garantir o acesso da população às ações de cunho preventivo e/ou curativo e, para tal, deveriam estar integradas em um único sistema. A terceira, a descentralização da gestão, tanto administrativa, como financeira, de forma que se estivesse mais próximo da quarta proposição que era a do controle social das ações de saúde.

Já nesta época, duas preocupações perpassavam o movimento sanitário brasileiro: de que forma organizar os serviços para garantir a noção ampliada de saúde e como financiá-la. Pode-se dizer que as reformas que potencializariam a Reforma Sanitária não se concretizaram. Ainda hoje não está regulamentada a Emenda Constitucional n.º29, de 13 de setembro de 2000, que assegura os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde.

Sinal de que se mantém a pujança do movimento da Reforma Sanitária é a ideia de que o SUS é uma obra-prima inacabada, a depender ainda de seus mecanismos originais de luta e ideologia. Sua agenda de construção guarda, do mesmo modo, os conflitos primitivos que lhe deram vida como modelo contr-hegemônico ante interesses corporativos e mercantilistas, palco de lutas onde a participação da sociedade foi e continua sendo fundamental.

Como um processo em movimento, a Reforma Sanitária encontra-se ainda no seu alvorecer e não esgotou os instrumentos tradutores e comunicativos de seu ideário, de suas dificuldades, de suas nuances e de suas conquistas. Resgatar esse

movimento, a partir das formas de participação da sociedade na sua dinâmica, significa, além de tudo, instigar para manter acesa a chama das lutas ainda necessárias e dos mecanismos de democracia participativa na saúde.

Considerando os ataques que o SUS tem sofrido nos últimos anos, especialmente com o subfinanciamento e com as terceirizações e privatizações dos serviços públicos, a 16^a Conferência Nacional de Saúde, que acontecerá em Brasília de 4 a 7 de agosto de 2019, está sendo chamada de “8^a + 8”, justamente com o intuito de resgatar a memória da 8^a CNS realizada em 1986, que foi um marco na história das conferências por ter sido a primeira conferência de saúde, em âmbito nacional, aberta à participação da sociedade. Além disso, o resultado dessa conferência gerou as bases para a seção “Da Saúde” da Constituição Federal de 1988, que consolidou o SUS. Por esse motivo também, os eixos temáticos da 16^a CNS serão os mesmos da 8^a CNS: saúde como direito, consolidação do SUS e financiamento adequado.

2. O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS

O fundamento legal do Sistema Único de Saúde (SUS) é a Constituição Federal de 1988, regulamentado na Lei Federal nº 8.080/1990, que dispõe sobre a organização e regulação das ações de saúde, e na Lei Federal nº 8.142/1990, que trata do financiamento da saúde e da participação popular. A promulgação da Lei Orgânica da Saúde - Lei Federal nº 8.080/1990, dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

Em seu artigo 2º garante que a saúde é um direito fundamental do ser humano e que o Estado deve prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício. Os parágrafos deste artigo são significativos. No primeiro deles, consta que o Estado cumpra seu dever formulando e executando políticas econômicas e sociais que reduzam o risco de doenças e agravos e que assegurem o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde. Em seu parágrafo seguinte, diz que o dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade. Logo, cabe também aos demais atores sociais a responsabilidade com o direito à saúde.

O SUS tem como importante princípio a universalização do acesso às ações e serviços de saúde. Assim, todos os cidadãos devem ter acesso aos serviços de saúde, sem privilégios ou barreiras, ou seja, todo o cidadão deve ser atendido conforme suas necessidades, de forma resolutiva, nos limites e possibilidades do sistema, considerando-se, ainda, as necessidades coletivas. Neste sentido, o art. 194, da Constituição Federal, ao estabelecer as diretrizes do sistema de seguridade social brasileiro - que inclui o sistema público de saúde - afirma o princípio da universalidade de cobertura e do atendimento com o princípio da equidade, quer seja “na forma de participação [como na] de custeio”. Considera, pois, que há iniquidades a serem enfrentadas no contexto brasileiro, e exige que a igualdade garantida não seja somente perante a lei, mas também, construída socialmente, e até mesmo por meio da lei, que deve tratar diferentemente os desiguais de forma a permitir a efetiva igualdade social.

O princípio do SUS de equidade corresponde, portanto, a oferecer mais a quem mais precisa de forma a dar condições para que todos tenham a mesma possibilidade. A descentralização, com direção única do sistema, é uma estratégia para minimizar as desigualdades regionais. Ela prevê não apenas a transferência, da esfera federal para as demais esferas, da responsabilidade de execução das ações, mas trata-se também de efetuar a descentralização de recursos financeiros e de poder. O SUS deve funcionar de forma regionalizada e hierarquizada. Os gestores devem levar em consideração as características de seu território para definir as ações prioritárias para cada realidade local. A descentralização pode ser vista também como facilitadora para o controle social da saúde e para a participação popular.

A participação popular se dá, sobretudo, nos Conselhos - municipais, estaduais e nacional - de Saúde e nas respectivas Conferências de Saúde, realizadas a cada quatro anos. As Conferências e Conselhos são constituídos por gestores, profissionais de saúde, usuários do sistema, e outras entidades/pessoas representativas, de forma paritária, e tem, dentre outras, a função de formular as diretrizes da política de saúde e de acompanhar sua execução.

Outro princípio, estruturante do Sistema Único de Saúde, é o da integralidade. Este princípio é atualmente foco de debates, e têm sido atribuídos a ele alguns sentidos, como: o da atenção integral, ou seja, o acesso deve ser garantido desde as ações de promoção até as de recuperação da saúde, das ações coletivas às

individuais; o que incorpora o conceito ampliado de saúde, envolvendo o sujeito e suas relações com o ambiente e a sociedade e na formulação de políticas compreendendo a atenção a grupos específicos. A disputa de interesses, ainda no processo constituinte, sobretudo com representantes dos prestadores privados de saúde, resultou na aceitação do Sistema Único de Saúde (SUS) e seus princípios, mas não em algumas outras propostas que o viabilizariam tal como havia sido estruturado, sobretudo no financiamento, descentralização e unificação do sistema de saúde e na regulação do setor privado.

A forma de funcionamento do SUS, no que diz respeito aos atores das diversas instâncias de poder, corresponde ao arranjo federativo brasileiro. Nas três esferas gestoras existem os respectivos Conselhos de Saúde, colegiado participativo onde se dá o controle social. Há ainda as Comissões Intergestores Tripartite (CIT), que reúne gestores das três esferas e Bipartite (CIB), que reúne gestores do estado e de seus respectivos municípios. As CIT e CIB são instâncias de negociação e de decisão e se constituem em canais de pactuação do SUS para a formulação e a implementação da política de saúde, sobretudo nos aspectos referentes à descentralização e ao financiamento do SUS e de suas ações.

O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) é o conselho de representação dos secretários de saúde estaduais e também tem importante papel na formulação da política de saúde. Possui uma secretaria executiva e algumas Câmaras Técnicas, a exemplo da Câmara Técnica de Assistência Farmacêutica. O Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) é o canal formal de participação destes secretários na política nacional de saúde. O Conselho Estadual de Secretarias Municipais de Saúde (Cosems) reúne secretários de saúde de municípios do mesmo estado e são seus representantes que irão compor a Comissão Intergestores Bipartite.

Esta estrutura decisória do SUS é importante para compreensão da operacionalidade do SUS, que se constitui, conforme estabelecido no art. 198 da Constituição Federal, de ações e serviços públicos de saúde integrados em uma rede regionalizada e hierarquizada, de competência de todas as esferas de governo (art. 23 da Constituição Federal), rede esta que deve funcionar de forma integrada e articulada. As CIT e CIB são, portanto, as instâncias que pactuam quais as atribuições caberão a cada esfera de governo e como elas serão executadas e monitoradas.

3. MODELOS PRIVATIZANTES DE GESTÃO

Apesar das conquistas garantidas pelo Movimento pela Reforma Sanitária, ao longo desses 29 anos de existência do SUS, sua proposta inicial foi sendo descaracterizada através de alterações na legislação, medidas administrativas e adequações gerenciais exigidas pela aplicação do receituário aplicado pelos governos que se seguiram desde então. Os constantes cortes de recursos (subfinanciamento) para as áreas sociais e a priorização dos mesmos para a garantia do superávit primário, alimentando o chamado “sistema da dívida pública”, são emblemáticos neste sentido.

Associado ao subfinanciamento, é preciso compreender também o processo de desfinanciamento do SUS, com a destinação de dinheiro público para alimentar o setor privado. Entre os anos de 2008 e 2012, de todos os recursos do SUS destinados aos procedimentos hospitalares de média e alta complexidade, 57% foi destinado à rede privada / filantrópica. Ou seja, o setor privado tem abocanhado a maior parte dos recursos públicos em saúde.

Desde o governo de Fernando Henrique Cardoso, com a aprovação do Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado Brasileiro, a saúde passou a ser considerada um “serviço não exclusivo do Estado”, onde este poderia se limitar a delegar a execução dos serviços, estabelecendo contratos e metas. Isso “fere de morte” o caráter de saúde enquanto direito estabelecido constitucionalmente. É nessa toada que surgem os chamados “novos modelos de gestão”, que nada mais são do que formas “disfarçadas” de privatização. As portas se abrem então para a terceirização dos serviços e da gestão. Este é o caso das “Organizações Sociais” (OSs) e Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCs), entidades privadas supostamente sem fins lucrativos, mas que firmam contratos com o ente público e recebem recursos do SUS para oferecer serviços que, à princípio, são de responsabilidade dos Governos Federal, Estadual ou Municipal. Semelhante a isso também é a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), empresa pública de caráter privado, que passou a assumir a gestão dos Hospitais Universitários Federais pelo país a fora.

O que vem acontecendo de maneira cada vez mais acelerada no Brasil, especialmente após o golpe de 2016, é uma percepção de que a saúde é um campo

para que o capital busque auferir lucros, jogando aquilo que deveria ser direito na “lógica de mercado”. Enormes grupos econômicos, inclusive de capital estrangeiro, que fazem da doença um grande negócio. A intensificação das políticas de renúncia fiscal e subsídios à expansão dos planos e seguros privados de saúde, as desonerações fiscais para a importação de equipamentos e insumos biomédicos, inclusive medicamentos, colaboraram para o desmonte do SUS e da concepção de que o povo brasileiro tem direito a saúde pública, estatal e de qualidade.

É nesse contexto que se construiu as condições para a criação de “planos acessíveis de saúde”, onde cabe ao Estado oferecer serviços básicos àqueles que não podem arcar com essa despesa, além de aprofundar a compra de serviços da iniciativa privada para os procedimentos de alto custo não cobertos por esses planos e caros o suficiente para impedir seu acesso. Tal proposta, inclusive, responde a uma necessidade dos planos privados de saúde na tentativa de reintegração dos cerca de 1,5 milhões de pessoas que em 2016 deixaram de fazer uso de seus serviços em função da crise que assola o país.

Se a realidade a ser enfrentada já vinha se apresentando de forma dura no que tange ao movimento de resistência e defesa do SUS, agora a tarefa é ainda mais profunda. É preciso resistir aos projetos que são trazidos pelos adeptos do que há de mais atrasado, reacionário e protofascista na sociedade brasileira, representados na presidência da república de Jair Bolsonaro. As mudanças que já estão a galope na política antimanicomial, por exemplo, são devastadoras e colocam o Brasil de volta a um passado sombrio que não podemos nos deixar ser levados.

A Lei das Organizações Sociais no Brasil foi aprovada em 1998, porém, com o passar dos anos e das particularidades de cada situação, a maioria dos Estados e Municípios aprovou sua própria lei de Organização Social. Desde que foi criada em 2010, a Ebserh não resolveu os problemas dos hospitais geridos por ela, a exemplo de Santa Catarina, não abriu um leito sequer no HU. Ou seja, os governos lavam suas mãos de gerenciar a saúde utilizando-se de discursos de Estado Mínimo, redução da burocracia da área pública, melhores resultados, sem mencionar a diferença de investimentos que é feita para enriquecer empresários que lucram por meio da vida da população. Na prática, tanto as OS’s quanto a Ebserh levam ao sucateamento dos serviços, pois possibilitam compras sem licitações a preços maiores, falta de fiscalização pelo controle social do SUS e ausência de

transparência na administração dos recursos públicos. É um verdadeiro cheque em branco para as empresas privadas administrarem os serviços com total autonomia.

Junto a esse sucateamento, no dia 31 de Março de 2017, foi sancionada a Lei das Terceirizações no Brasil. A medida prevê que a terceirização ocorra sem restrições, inclusive na administração pública. Antes, decisões judiciais vedavam esse tipo de contratação nas atividades-fim e permitiam apenas para atividades-meio, ou seja, aquelas funções que não estão diretamente ligadas ao objetivo principal da empresa. A partir dessa aprovação, nossa luta deve ser constante, pois, tanto trabalhadores públicos de qualquer esfera quanto privados estarão sujeitos às piores formas de contrato de trabalho, com salários miseráveis, jornadas exaustivas e sem direitos mínimos garantidos por lei.

Essa situação foi agravada ainda mais com a aprovação do texto da Reforma Trabalhista em julho de 2017 pelo Senado brasileiro. Boa parte das mudanças trabalhistas trazidas pela reforma gira em torno da possibilidade de trabalhadores e empresas negociarem acordos coletivos, inclusive se sobrepondo ao que prevê a CLT (Consolidação das Leis do Trabalho). As novas normas entraram em vigor em novembro de 2017 (120 dias após a sanção) e, ao todo, mais de 100 pontos da CLT foram alterados. Algumas das mudanças são a sobreposição dos acordos entre empregados e patrões aos acordos coletivos, a adoção de uma jornada de trabalho de até 12 horas com compensação em outros dias, a divisão das férias em três períodos e a regulamentação de trabalhos home office e terceirizados, dentre outras como a permissão de realização de trabalho intermitente.

Além de toda nossa luta contra a privatização das Unidades de Saúde, temos, também, esse agravante, que permite que a mão de obra seja terceirizada pelas OS's e pela Ebserh, até mesmo para as atividades essenciais, como é o caso dos trabalhadores da área da saúde.

Atravessamos um período conturbado onde direitos democráticos estão amplamente ameaçados e estamos vivendo vários retrocessos. Dentre eles o direito constitucional à saúde. Os riscos são diversos e vão desde o estrangulamento do financiamento do SUS até a entrega do direito à saúde para entes privados. Nós, trabalhadoras e trabalhadores da Saúde, militantes e ativistas do SUS, cidadãos e usuários temos à frente o dever de defender a garantia de tudo o que foi conquistado com a luta do povo neste país! E o SUS é uma das maiores conquistas da luta popular!

4. A SAÚDE DOS TRABALHADORES E DAS TRABALHADORAS NO SUS

O tema da saúde dos trabalhadores e trabalhadoras tem se tornado uma das questões mais proeminentes, haja vista o aprofundamento da precarização do trabalho, e inclusive da preocupação dos setores empresariais quanto ao desempenho de trabalhadores e trabalhadoras; nos custos individuais, coletivos, sociais e institucionais e na qualidade dos serviços prestados, sinalizando para a importância de desenvolver ações de promoção à saúde nos ambientes de trabalho.

Na Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), promulgada em 1943, o Capítulo V – Da Segurança e Medicina do Trabalho – já tinha como objetivo zelar pela saúde do trabalhador. Posteriormente, esse capítulo sofreu mudanças pela Lei nº 6.514/1977, que serviu de base para a criação das Normas Regulamentadoras (NR) instituídas pelo Ministério do Trabalho a partir de 1978. Neste mesmo ano de 1978, a partir da Portaria nº 3.214, foram criadas as primeiras NR relativas à segurança e medicina do trabalho. Atualmente estão em vigor 36 NR.

As NR regulamentam a conduta mínima exigida com relação à saúde dos trabalhadores nos ambientes de trabalho, apresentando como objetivo maior a realização do monitoramento ocupacional desde a admissão até a demissão do trabalhador; buscando reduzir ou eliminar os riscos ocupacionais a que os trabalhadores possam estar expostos quando da realização das suas atividades laborais. Elas especificam as obrigações, os direitos e os deveres a serem cumpridos por empregadores e trabalhadores na tentativa de garantir um trabalho seguro e sadio.

A definição da criação ou revisão de uma NR é resultado dos debates ocorridos no âmbito da CTPP – Comissão Tripartite Paritária Permanente, em tese, levando-se em consideração as demandas apresentadas por representações de trabalhadores e de empresários, e também do próprio corpo fiscal do MTE. Esse método de construção dos regulamentos de segurança e saúde no trabalho é procedimento preconizado pela Organização Internacional do Trabalho – OIT, que recomenda o uso de Sistema Tripartite Paritário (Governo, Trabalhadores e Empregadores) para essas discussões e elaborações.

Ressalte-se que a Convenção 144 da OIT determina que os países que a ratificarem comprometem-se a pôr em prática procedimentos que assegurem consultas às organizações mais representativas de empregadores e trabalhadores. Assim, caberia ao MTE realizar um diálogo efetivo entre as partes, além de acompanhar de forma dinâmica a evolução das relações e processos de trabalho.

Após 30 anos da promulgação da Constituição Federal, o campo da saúde do trabalhador (ST), se consolidou, constituindo rede de serviços cujas ações fazem parte de política pública com amplo embasamento legal, cobrindo as esferas municipal, estadual e federal. O desenvolvimento progressivo do aparato legal se deu visando aumentar a capacidade de intervenção dos serviços para agir sobre os determinantes dos agravos relacionados ao trabalho nas empresas e nos setores da economia, ou seja, aumentando a ênfase nas ações de vigilância em ST (Visat) no desenvolvimento da atenção integral à ST no Sistema Único de Saúde (SUS).

A Convenção nº 155 da Organização Internacional do Trabalho – OIT, que dispõe sobre Segurança e Saúde dos Trabalhadores e o Meio Ambiente de Trabalho foi incorporada ao ordenamento jurídico brasileiro por meio do Decreto nº 1.254/94, e estabelece o dever de cada Estado-Membro de, em consulta com as organizações mais representativas de empregadores e trabalhadores, formular, implementar e rever periodicamente uma política nacional de segurança e saúde no trabalho, com o objetivo de prevenir acidentes e doenças relacionados ao trabalho por meio da redução dos riscos à saúde existentes nos ambientes de trabalho.

O primeiro avanço significativo nesse sentido foi a convocatória da Terceira Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador - III CNST pelos ministérios MPS/MTE/MS, com objetivo de implementar a POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR, bem como de definir novas diretrizes. Na sequência foi criado Grupo de Trabalho composto pelos Ministérios do Trabalho e Emprego, da Previdência Social e da Saúde, para elaboração de um documento-base, submetido à consulta pública por meio da Portaria Interministerial nº 800/2005.

Em 2006, a OIT aprovou a Convenção nº 187, sobre a Estrutura de Promoção da Segurança e Saúde no Trabalho, apontando a necessidade da promoção continuada de uma cultura preventiva e ressaltando a necessidade de um comprometimento dos Estados-Membros com uma melhoria contínua da segurança e saúde no trabalho. Para tanto, preconizou o desenvolvimento, a implantação e a

revisão periódica, em consulta tripartite, de uma estrutura de sustentação na área, edificada sobre um tripé composto por uma política coerente de segurança e saúde no trabalho, um sistema que dê a infraestrutura necessária à adoção da política e um plano nacional de segurança e saúde no trabalho. Apesar de ainda não ratificada pelo Brasil, a avaliação e proposição de medidas para sua implementação deve ser feita, em atendimento ao Artigo 19º da Constituição da Organização Internacional do Trabalho. Em 2007, a Organização Mundial de Saúde – OMS aprovou o “Plano de Ação Mundial sobre a Saúde dos Trabalhadores”, reforçando essa necessidade.

Em 2008, os Ministérios do Trabalho e Emprego, da Saúde e da Previdência Social voltam a destacar a necessidade de continuidade da construção de uma Política na área, enfocando-a de forma coerente e contemplando a articulação entre as ações dos diversos órgãos. Observam ainda a necessidade do enfoque tripartite, de acordo com os princípios e diretrizes da OIT e instituem a Comissão Tripartite de Saúde e Segurança no Trabalho (CTSST). Em sua 9ª reunião, a Comissão aprovou, por consenso, o texto básico da Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho, que culminou no Decreto nº 7.602/2011.

Embora tenham sido produzidos muitos conhecimentos para a compreensão dos determinantes sociais, técnicos e organizacionais na origem dos agravos, e tenham sido desenvolvidas metodologias de referenciais diversos para compreender e agir, observa-se, sobretudo no Brasil, pouca efetividade de ações visando a modificar esses determinantes, ou seja, baixa capacidade de intervenção em ST.

Os indicadores relacionados à saúde do trabalhador confirmam que as ações desenvolvidas não estão sendo suficientes para garantir ambientes laborais seguros e saudáveis. Em 2013, de acordo com a Organização Mundial da Saúde, morreram 2,34 milhões de trabalhadores em decorrência de acidentes e doenças relacionadas com o trabalho no mundo. No mesmo ano ocorreram 6.300 mortes no trabalho e 860.000 trabalhadores ficaram feridos ou doentes em decorrência de acidentes ou doenças do trabalho. O Brasil é o 3º país do mundo com mais registros de mortes por acidentes de trabalho (PNUD, 2015). São aproximadamente 3 mil óbitos por ano oficialmente registrados pelo Instituto Nacional do Seguro Social (INSS). A grande frequência de acidentes no país é acompanhada por uma mortalidade muito mais alta do que em outros países.

Há inúmeras pesquisas, amparadas em diferentes bases de dados, métodos de coleta, abrangências econômica e territorial, que têm mostrado que os dados do INSS são extremamente limitados. Doenças ocupacionais, ainda mais radicalmente subnotificadas, são provavelmente responsáveis pela morte de dezenas de milhares de pessoas todos os anos no Brasil. Uma pesquisa nacional de saúde realizada pelo IBGE em parceria com o Ministério da Saúde estimou que, em 2013, ocorreram 4,9 milhões de acidentes de trabalho no país (isso representa 5% dos trabalhadores naquele ano), quase sete vezes mais do que o número captado pelo INSS.

Nota-se, nesse cenário, certo “mal-estar” diante da baixa capacidade de transformar determinantes e condições de trabalho, ao mesmo tempo em que se observa o crescimento de problemas de saúde mental e de acidentes de trabalho em diversas categorias de trabalhadores, inclusive dos que atuam sob a égide do Estado. Esse é o caso da categoria da saúde que lidera o ranking dos acidentes de trabalho e de afastamentos no serviço público estadual de Santa Catarina.

O absenteísmo e o presenteísmo têm sido cada vez mais comuns na área da saúde e postulamos que tanto um quanto outro serve como valorosos indicadores da saúde ou equilíbrio da relação de trabalho. Conceituado como a ausência do trabalhador no trabalho, o absenteísmo pode configurar-se como um fator de grande impacto principalmente sobre o serviço da enfermagem, pois a ausência de um trabalhador poderá ocasionar diversos problemas, especialmente a sobrecarga de trabalho (e consequente adoecimento dos demais trabalhadores) e redução da qualidade da assistência prestada. Diversos motivos podem contribuir para o absenteísmo, destacando-se os agentes estressores do ambiente de trabalho, que podem provocar desequilíbrio psicológico; exposição a riscos ambientais; riscos mecânicos; condições inseguras e inadequadas de trabalho e o adoecimento e acidentes de trabalho.

Já o “presenteísmo” diz respeito ao comportamento do trabalhador que se apresenta doente a seu posto de trabalho, ou seja, aquele que precisaria se ausentar, mas não o faz. Entendemos que o presenteísmo pode, portanto, representar um risco para a saúde do trabalhador, assim como para a saúde do ambiente de trabalho: ao trabalhador que comparece doente ao trabalho, por não ter condições de se dedicar adequadamente aos cuidados necessários à resolução de suas questões com a saúde física ou psicológica, e para o ambiente de trabalho

porque as doenças das quais padecem os trabalhadores que comparecem ao trabalho influem diretamente na qualidade do atendimento prestado aos usuários do sistema de saúde.

Outro problema relacionado à saúde do trabalhador que precisa ser enfrentado seriamente é o assédio moral, um fenômeno multicausal que tem provocado inúmeros transtornos aos trabalhadores. Apesar das suas graves consequências na psique dos indivíduos, nas relações interpessoais e na motivação dos trabalhadores, com a presença constante de medo e insegurança nos assediados e nas possíveis testemunhas, o problema ainda é fortemente negligenciado por agentes públicos. O combate ao assédio moral deve ser prioridade nas lutas por um ambiente de trabalho saudável. É preciso compreender a profundidade dos impactos das agressões, frequentes e constantes nos ambientes de trabalho, para que sejam tomadas decisões e realizadas ações que permitam prevenir e controlar de forma eficiente e eficaz o assédio moral e as suas consequências.

Nota-se que ainda existem diversos desafios relativos à segurança e à saúde dos trabalhadores. No capitalismo os trabalhadores são explorados até o ponto de ainda terem condições de produzir e gerar os lucros dos exploradores. Portanto, dentro desse modelo econômico, a luta por ampliação dos direitos dos trabalhadores, incluindo aqueles de segurança e saúde do trabalhador, exige muita consciência, organização e união da classe trabalhadora. Nesse sentido, entendemos que a Intersindical Central da Classe Trabalhadora tem um papel central nesse processo.

5. RESOLUÇÕES

5.1 Concebido pela Constituição de 1988, o SUS representou um marco importante na garantia do direito à saúde do cidadão brasileiro, ao determinar em caráter universal às ações e aos serviços de saúde no país, assegurando a saúde enquanto direito de todos e dever do Estado. O SUS, como previsto na Constituição e na legislação vigente, é um modelo de reforma democrática do Estado brasileiro, portanto, todos os esforços devem ser feitos para transformarmos o SUS previsto na Constituição em um SUS real, sendo necessário ficar atento às constantes tentativas

de ataques a esse patrimônio do povo brasileiro e, se preciso for, fazer o combate para a manutenção e fortalecimento dessa fundamental política pública;

5.2 Defesa do SUS orientado pelos princípios e pelas diretrizes da universalidade, da atenção integral, da equidade, da descentralização e da participação da comunidade para a garantia do acesso às ações e aos serviços de saúde para toda a população brasileira;

5.3 A ordenação das ações políticas e econômicas deve garantir os direitos sociais, a universalização das políticas sociais e o respeito às diversidades étnico-racial, geracional, de gênero e regional. Defendemos, assim, o desenvolvimento sustentável e um projeto de Nação baseado na soberania, no crescimento sustentado da economia e no fortalecimento da base produtiva e tecnológica para diminuir a dependência externa;

5.4 A valorização do trabalho, a redistribuição da renda e a consolidação da democracia precisam caminhar em consonância com as garantias constitucionais à alimentação adequada, ao emprego, à moradia, à educação, ao acesso à terra, ao saneamento, ao esporte e lazer, à cultura, à segurança pública, à segurança alimentar e nutricional integradas às políticas de saúde;

5.5 Defesa do princípio da equidade, para reduzir as condições desiguais a que são submetidas as mulheres, as crianças, os idosos, as populações negra, indígena, do campo, da floresta, das águas, LGBT e cigana, as comunidades quilombolas, as pessoas em situação de rua, as pessoas com deficiência, patologias e necessidades alimentares especiais;

5.6 Defesa de que as políticas de promoção da saúde devem ser organizadas com base no território com participação intersetorial, articulando a vigilância em saúde com a Atenção Básica e devem ser financiadas de forma tripartite pelas três esferas de governo para que sejam superadas as iniquidades e as especificidades regionais do país, defendendo também que a Atenção Básica seja ordenadora da rede de saúde, caracterizando-se pela resolutividade e pelo acesso e acolhimento com qualidade, em tempo adequado e com civilidade;

5.7 A Vigilância em Saúde do Trabalhador deve se viabilizar por meio da integração entre a Rede Nacional de Saúde do Trabalhador e as Vigilâncias em Saúde Estaduais e Municipais, inclusive defendendo a construção de um indicador universal de acidentes de trabalho que se incorpore aos sistemas de informação do SUS;

5.8 Lutar pela criação de: observatórios de assédio moral; programas de auditoria em Saúde do Trabalhador (ST) construídos em conjunto com entidades sindicais, MTE, MPT, CEREST, Vigilância em Saúde do Trabalhador(a) e outros atores que julguem necessários; observatório das CIPA;

5.9 Contribuir com a organização de encontros anuais de CIPA e com a educação permanente e continuada em Saúde do Trabalhador;

5.10 Constituir parcerias com universidades para a realização de pesquisas sobre Saúde do Trabalhador;

5.11 Estimular a participação dos filiados a Intersindical nas Comissões Intersetoriais de Saúde do Trabalhador (CIST) nos Conselho de Saúde nas três esferas (nacional, estadual e municipal);

5.12 Defesa dos preceitos da Reforma Psiquiátrica antimanicomial brasileira, em consonância com as deliberações da IV Conferência Nacional de Saúde Mental;

5.13 Em relação ao financiamento do SUS, é preciso retomar a luta para que a União destine 10% da sua receita corrente bruta para a saúde pública estatal, lutando pelo fim da DRU (Desvinculação de Receitas da União) que tem permitido ao Governo Federal a redistribuição de 30% de suas receitas para outras despesas. Um dos gargalos do SUS é justamente o desfinanciamento sucessivo, que limita o acesso dos usuários a universalidade do sistema. Somos contra a DRU e o repasse de recursos para empresas privadas e lutamos contra qualquer modelo privatizante da saúde;

5.14 Defesa da eliminação de todas as formas de subsídios públicos aos planos e seguros privados de saúde, entendendo estes como mais uma forma de privatização ao desviar recursos públicos para entes privados. Defender o aprimoramento de mecanismos que garantam o ressarcimento imediato ao SUS por serviços a usuários da saúde suplementar;

5.15 Defesa da tributação das grandes riquezas, fortunas e latifúndios; da tributação do tabaco e das bebidas alcoólicas; da instituição de um percentual dos royalties do petróleo e da mineração para a saúde e a garantia de um percentual do lucro das empresas automobilísticas para que sejam voltados aos investimentos da saúde pública estatal.

5.16 Defesa da gestão 100% SUS, sem privatização: sistema único e comando único, sem “dupla-porta”. Contra a terceirização dos serviços e da gestão do SUS. A gestão deve ser pública e a regulação de suas ações e serviços deve ser 100% estatal, para qualquer prestador de serviços ou parceiros, inclusive de forma a garantir o controle social do SUS.

5.17 Defesa de que a Lei de Responsabilidade Fiscal não seja aplicada aos gastos em saúde e educação.

5.18 Para fortalecer a Política de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde, é estratégico promover a valorização dos trabalhadores e trabalhadoras em saúde, investir na educação permanente e formação profissional de acordo com as necessidades de saúde da população, garantir salários e carreira dignos, realizar concurso público que assegurem condições adequadas de trabalho, implantando a Política de Promoção da Saúde do Trabalhador do SUS.

5.19 Defesa da adoção da carga horária máxima de 30 horas semanais para todos os trabalhadores do SUS, sem redução de salários, visando qualidade do serviço prestado e cuidados mais seguros aos usuários;

5.20 Apoiamos a regulamentação do piso salarial dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), dos Agentes de Controle de Endemias (ACE), dos Agentes Indígenas

de Saúde (AIS) e dos Agentes Indígenas de Saneamento (AISAN) com financiamento tripartite;

5.21 Defesa de que a revisão e a reestruturação curricular das profissões da área da saúde devem estar articuladas com a regulação, a fiscalização da qualidade e a criação de novos cursos, de acordo com as necessidades sociais da população e do SUS no território;

5.22 Valorizamos o esforço contínuo de garantir e ampliar a participação da sociedade brasileira nos debates vinculados ao SUS. Lutar para que a participação da comunidade, garantida na Constituição Cidadã, seja plenamente efetivada no SUS, bem como pelo efetivo papel deliberativo dos conselhos de saúde estabelecido na Lei nº 8.142/90;

5.23 Defesa da seguridade social, possibilitando políticas sociais e intersetoriais que assegurem os direitos relativos à saúde, previdência, assistência social, educação, trabalho e moradia;

5.24 Luta pela extinção dos subsídios públicos aos planos privados de saúde e posicionamento contrário aos planos de saúde populares, que transformam o acesso universal de direito social em acesso pela via de mercado;

5.25 Contra a entrada do capital internacional na saúde;

5.26 Defendemos a realização da auditoria cidadã da dívida pública para que sejam investigados os possíveis mecanismos fraudulentos existentes, conforme tem sido insistentemente divulgados pelo Núcleo Nacional da Auditoria Cidadã da Dívida Pública.

Diretoria do SindSaúde/SC
Gestão 2017-2020 “Lutar quando a regra é vender”