

As questões que envolvem o mundo do trabalho em saúde estão presentes há bastante tempo na vida de Denise Motta Dau. Assistente social e mestre em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde de São Paulo, sua participação nas instâncias políticas de articulação de trabalhadores é profícua: a atual diretora do Departamento da Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde (Degerts/SGTES/MS) já passou pela presidência da Confederação Nacional de Seguridade Social, entre 2001 e 2004, e pela Secretaria de Relações de Trabalho (ambos órgãos da CUT, Central Única dos Trabalhadores) até ser convidada para compor a gestão de Alexandre Padilha. Nesta entrevista, Denise resgata o significado dos anos neoliberais para situar o momento atual da gestão do trabalho em saúde, fala sobre a atuação da Mesa Nacional de Negociação Permanente, que desde 2003, quando voltou a funcionar, já assinou sete protocolos – dentre eles o da carreira multiprofissional, que estabelece as diretrizes do Plano de Carreira, Cargos e Salários do SUS (PCC-SUS) – e sobre os diversos projetos do Degerts.

### **Na sua análise, qual é a importância da criação da SGTES no cenário da gestão do trabalho em saúde articulada com a gestão da educação dos trabalhadores?**

A criação da SGTES se deu exatamente no sentido de articular a política de gestão do trabalho com a política de educação porque um debate histórico que se tem é que a educação permanente dos profissionais em saúde se dê de forma concomitante a sua valorização. Mas, tanto na estrutura do Ministério da Saúde, quanto na prática, na “vida real” das políticas públicas, historicamente isso não se deu de forma articulada. A secretaria foi criada para articular e também fortalecer o papel do ministério no ordenamento da política de recursos humanos em nível nacional. Nesse sentido, acho interessante falar sobre a pesquisa feita pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro [UERJ], que avaliou a criação da SGTES do ponto de vista de intervenção nas relações de trabalho e no processo de educação permanente nos estados e municípios. O estudo, de 2008, mostrou que 61,2% do pessoal da gestão do trabalho das capitais, municípios com mais de 50 mil habitantes e estados se sentiram afetados pela criação porque aderiram a projetos da SGTES.

### **Quais são os desafios do Degerts hoje?**

Diante do que significa o trabalho em saúde, mais de 3 milhões de profissionais, contando os do setor privado, ainda é bastante insuficiente o processo de reestruturação, de fortalecimento das estruturas de gestão do trabalho em saúde e

a implantação efetiva de políticas nesse sentido. Por exemplo: a Mesa Nacional de Negociação do SUS foi criada em 1994, teve altos e baixos, foi desativada em 1999 e ficou praticamente quatro anos parada o que significou, na prática, que durante esse tempo não houve nem diálogo social nem negociação coletiva em uma área tão importante. Até que, em 2003, foi reativada e rebatizada como Mesa Nacional de Negociação Permanente, para deixar claro que trata-se de uma política de Estado e não de governo. Também foi a partir desse momento que houve a participação do setor privado que até então não participava da mesa na bancada dos empregadores.

### **Como avalia a atuação da Mesa desde a reativação?**

A Mesa tem, até hoje, sete protocolos, mas se não houver um enraizamento desses protocolos, uma mobilização por parte de gestores, trabalhadores e usuários do SUS para a implantação dos protocolos nos estados e municípios, muito pouco terá sido feito para a intervenção real nas demandas relacionadas ao mundo do trabalho em saúde. Quando falamos que houve avanço e que ele é insuficiente, é exatamente nesse sentido. Então o Degerts está implantando políticas que estimulem esses estados e municípios a se apropriarem dos protocolos. Um exemplo é a reestruturação do ProgeSUS, que é o programa de estruturação e qualificação da gestão em saúde, que oferece aporte financeiro, assessoria técnica para monitoramento e acompanhamento da implantação dos protocolos, estimulando que tenham maior

abrangência porque ainda é bastante insuficiente o salto de qualidade que precisa ser dado para o tratamento dos problemas dos recursos humanos em saúde diante da realidade que temos hoje.

■ **Na sua opinião, o tema da gestão da força de trabalho do SUS deve aparecer na 14ª Conferência Nacional de Saúde? Será um debate forte?**

Eu acho que vai ser um debate forte. Atualmente, os recursos humanos em saúde estão clamando pela repactuação e efetivação de uma agenda inconclusa. Quando as bases do SUS foram elaboradas, entre o final da década de 80 e o começo dos anos 90, havia uma série de diretrizes, posso citar como exemplo a lei 8.142, que regula o repasse de recursos, prevendo que municípios e estados devem ter uma comissão de carreira para serem contemplados. Ao mesmo tempo, houve em nível nacional um projeto de Estado mínimo, que não deveria se responsabilizar por políticas sociais essenciais à inclusão social e, portanto, muito menos por quem atende a população nessas políticas sociais. É aí que entram os profissionais de saúde. A lógica do Estado mínimo

afeta diretamente os recursos humanos porque houve uma redução das contratações por concurso público e, ao mesmo tempo, o sistema não parou de atender a população e se ampliou. E para fazer frente a essa necessidade, foram feitas contratações das mais variadas formas, como por Organizações Sociais de Direito Privado, Oscips [Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público], cooperativas. O trabalho se configura de forma desigual: são contratações diversificadas, direitos diferentes, condições de trabalho diferentes, salários diferentes, vínculos diferentes. Aconteceu um pulverização de uma política de ordenamento dos recursos humanos que deveria ser nacional. Por isso, acho que é o momento de repactuar essa agenda porque continuamos tendo o sonho, a ousadia, de pensar um sistema público de saúde que atenda a 145 milhões de pessoas de forma gratuita, com qualidade, com acesso universal, com atendimento integral, que vai da vacina ao transplante. Precisamos ter uma força de trabalho adequada e em boas condições para acompanhar essa ousadia.

**Quando a senhora era presidente da Confederação Nacional de Seguridade Social, em uma entrevista à revista *RADIS*, publicada em 2004, avaliava que deveria haver uma revisão da Lei de Responsabilidade Fiscal para que fosse aplicada conforme a realidade e a necessidade de gastos de pessoal setorialmente, como no setor saúde. Como essa discussão aparece no governo?**

A prioridade atual do ministro Alexandre Padilha é a regulamentação da EC 29, que está pendente no Congresso Nacional há 11 anos. É necessário aprovar para que nós tenhamos de fato a aplicação das verbas na área da saúde para o que é política de saúde *stricto sensu*. Para além do debate dos percentuais, a qualificação do que é gasto em saúde é estratégica e é um consenso em um vasto campo de forças políticas. Superado isso, um outro debate que tem que ser feito com a população é: foi retirada a CPMF da saúde, o que significou uma perda de recursos e não houve nenhuma reposição para essa saúde pública que quer atender 145 milhões de pessoas, da vacina ao transplante. O financiamento não necessariamente precisa ser um imposto novo, esse debate tem que ser aprofundado pelo governo; pode ser, como está se cogitando, uma taxação maior das grandes fortunas, do tabaco, a divisão dos *royalties* do pré-sal, então há outras estratégias. Após esse 'dever de casa', uma terceira questão é a Lei de Responsabilidade Fiscal, que limita os gastos com o pagamento de servidores públicos. Então, como será possível tratar a política de recursos humanos sem um debate do papel que tem a lei na limitação dos gestores para essas contratações? Eu tenho conversado com vários secretários municipais de saúde e muitos colocam claramente que se não houvesse a limitação muitas das soluções que eles tiveram que lançar mão para tentar responder à demanda da sociedade por melhor



Arquivo pessoal de Denise Motta Dau

atendimento, pela ampliação das políticas de saúde, ou seja, contratos temporários, contratos terceirizados, cooperativas poderiam não ser feitos.

**Falando sobre debates, gostaria que contextualizasse a construção da Política Nacional de Proteção da Saúde do Trabalhador da Saúde, que foi colocada em consulta pública no final do ano passado e está sendo discutida pela Mesa.**

A Política, em negociação, será o oitavo protocolo da Mesa. Hoje você tem várias normas regulamentadoras, diversas legislações sobre proteção à saúde dos trabalhadores, mas não tem algo pactuado e negociado nacionalmente sobre a saúde do trabalhador da saúde. A ideia é termos itens mínimos com os quais os gestores das três esferas se comprometam em relação à proteção da saúde desses trabalhadores. E é interessante dizer que o protocolo vai além do debate de condições concretas e objetivas de trabalho, ou seja, se tem ou não um material de proteção, por exemplo. Ele vai além, porque trabalha o conceito do que são boas condições de trabalho, então, a alta rotatividade de profissionais, as múltiplas jornadas de trabalho, afetam as condições de proteção da saúde do trabalhador e de quem se utiliza dos serviços. A nossa expectativa é fecharmos na Mesa e pactuarmos na Comissão Intergestores Tripartite para que possamos assinar na 14ª Conferência Nacional de Saúde.

**Há, nesta política, uma definição sobre a jornada de trabalho dos profissionais da saúde? Qual seria a carga horária recomendável para uma jornada saudável?**

O que existe é uma luta histórica dos profissionais de saúde pela regulamentação da jornada máxima de 30 horas semanais, tanto na enfermagem, quanto psicólogos, fonoaudiólogos, enfim, várias profissões. É uma questão muito vinculada ao desgaste, que na área da saúde incorre em erro, que pode significar a vida de uma pessoa. Em vários estados e municípios isso já foi conquistado e está regulamentado. Porém, em nível nacional, uma lei regulamentando a jornada máxima para os trabalhadores ainda não foi aprovada. O que está na pauta do Congresso de forma mais efetiva é a fixação das 30 horas para a enfermagem.

Mas, no Degerts, nós montamos um grupo de trabalho que busca que os profissionais dialoguem com os empregadores e gestores para construir um denominador comum sobre o que seria o impacto das 30 horas na organização dos serviços e financeiramente para os setores privado e público. Porque os diagnósticos são muito diferentes. Os empregadores partem do pressuposto de que o impacto seria 'x' e os trabalhadores avaliam que seria 'y'. Então, cada um parte de uma tabela salarial, de um número diferente de profissionais para cobrir os profissionais que passariam a ter a jornada de 30 horas, cada um parte de um conceito do que são encargos sociais para se

calcular o ônus financeiro da implantação, e além: cada um parte de uma concepção diferente, se isso seria de fato um prejuízo ou não, já que também possibilitaria a geração de novos empregos e mais desenvolvimento social e econômico para o país. Nós encomendamos para o Departamento de Economia da Saúde um estudo preliminar para marcarmos uma oficina para debater esses impactos. Mas não é um problema de fácil resolução, é uma luta que envolve o conjunto dos profissionais porque o impacto é grande, e ainda há muita resistência em fazer avançar esse processo. Nosso papel, enquanto ministério, tem sido oportunizar o diálogo por meio da negociação. E como não há acordo sobre este ponto, tanto no protocolo de carreira multiprofissional quanto no de saúde do trabalhador não há uma definição da jornada ideal. O que se tem como orientação, já definida no protocolo sobre carreira multiprofissional, é que o profissional de saúde deve cumprir a jornada para a qual ele foi contratado no momento do seu concurso público ou seleção pública, respeitando-se os acordos coletivos e as negociações mais vantajosas realizadas por suas respectivas entidades sindicais diante dos gestores.

**“Essas pessoas precisam ter ascensão profissional porque estão nos serviços, utilizando conhecimentos que adquiram através dessas formações e, muitas vezes, os serviços não respondem”**

**Unir a gestão da educação, com a proposição de novos programas de qualificação formação e especialização de trabalhadores de nível médio, à gestão do trabalho, presente em estruturas que muitas vezes não conseguem dar resposta ao profissional que se qualificou, é um desafio? Quais são as discussões sobre ascensão profissional no serviço público hoje?**

A formação precisa estar articulada a uma proposta de gestão do trabalho que dê consequência a ela. Um exemplo concreto: um auxiliar de enfermagem se torna técnico e depois consegue fazer a faculdade. Essas pessoas precisam ter ascensão profissional porque estão nos serviços, utilizando conhecimentos que adquiram através dessas formações e, muitas vezes, os serviços não respondem. Nós estamos fazendo esse debate internamente porque existem algumas limitações que o setor público enfrenta desde a Constituição de 1988, que impediu a transposição de cargos. Mas, além disso, como uma solução parcial, a carreira multiprofissional prevê a implantação de cargos largos, onde internamente, no cargo, você tenha a evolução, a progressão, em classes, em níveis.

Em relação ao primeiro caso, já há uma PEC [Proposta de Emenda à Constituição nº34/2007], que passou pela Comissão de Constituição e Justiça. Pretendemos acompanhar e fomentar o seu andamento, até porque a ideia não é simplesmente retornar ao que era antes da Constituição, quando havia a ampla transposição de cargos, como, por exemplo, alguém que entra no setor público como atendente e sai como médico; não é isso. Trata-se de estabelecer critérios: dar possibilidade para fazer a seleção se tiver 'x' anos de serviço, que seja uma minoria de vagas reservadas para os profissionais e uma maioria aberta ao conjunto da sociedade. Mas garantindo uma política de estímulo à ascensão, com limites, com transparência, com acompanhamento da sociedade. A proibição de transposição do jeito que está, junto com a Lei de Responsabilidade Fiscal, vai criando um estrangulamento para os recursos humanos em saúde difícil de romper.

### **E as discussões sobre uma carreira nacional? Ajudaria, por exemplo, na fixação de trabalhadores em vazios assistenciais?**

Uma carreira nacional nos parâmetros de uma carreira federal não, porque o próprio SUS optou por descentralizar os recursos humanos. Na década de 1990 a contratação de servidores municipais era 43 mil e hoje está em 1,3 milhão. A lógica de descentralização dos recursos humanos acompanhou a lógica de descentralização dos serviços e é irreversível. Se você pensar em uma carreira nacional, obviamente teria que ter uma intervenção federal com as mesmas bases, do ponto de vista de salários, contratação, jornada, etc. Agora, as diretrizes de carreira multiprofissional pretendem cumprir exatamente esse papel, se os municípios e estados adotam diretrizes similares de evolução funcional, de valorização, de instalação de cargos, de progressão dentro de uma carreira, fica muito mais fácil você pensar, inclusive, o provimento de profissionais para áreas remotas. A carreira multiprofissional prevê mecanismos que garantam mais benefícios para aquelas pessoas que estão em determinados tipos de serviços, como urgência e emergência ou em áreas remotas.

**Atualmente, no campo das parcerias feitas pelo Degerts, estão três pesquisas relacionadas ao mundo do trabalho: a que vai traçar o perfil da força de trabalho da enfermagem, com a Fiocruz [leia mais na pág. 20]; a que vai mapear a precarização do trabalho, com o Dieese [Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos]; e a que vai também traçar o perfil de agentes comunitários de saúde e agentes de combate às endemias. Gostaria que falasse sobre a importância das pesquisas para a proposição de políticas e resumisse minimamente o objetivo de cada um desses estudos.**

Hoje, os dados não são nacionais. É uma pesquisa sobre a força de trabalho em saúde bucal em uma região, sobre a

enfermagem em um estado... É ao mesmo tempo um vácuo e um desafio, que é juntar o que existe, sistematizar. Acho que essa é a função da sala de situação da SGTES, articulada com a Rede Observatório. O seminário recente dos Observatórios de Recursos Humanos mostrou que é preciso haver uma unificação, sistematização e disponibilização dos dados das pesquisas no mesmo espaço, seja ele virtual ou cadastral. Isso é importante para que um diagnóstico mais nacional da força de trabalho em saúde se concretize. Neste sentido é que já vinha sendo forjada, há muitos anos, a proposta de uma pesquisa nacional sobre o perfil da força de trabalho em enfermagem no Brasil, que esperamos que nos ajude a elaborar políticas para superar os problemas que a pesquisa detecta. Também temos um convênio com o Dieese para fazer um mapa do trabalho e das formas de contratação em saúde, que prevê também o apoio no enraizamento das mesas estaduais e municipais de negociação. Inclusive na lógica do decreto 7.508, estamos pensando na implantação de mesas regionais do SUS. A pesquisa dos agentes comunitários e de agentes de combate às endemias ainda está sendo forjada, mas a ideia é seguir o mesmo rumo da pesquisa de enfermagem, que seja em nível nacional e pegue o perfil profissional e social desses trabalhadores.

**“ (...) o trabalho em saúde sofreu adversidades ao longo dos anos 1990, começou a se recuperar nos anos 2000, porém, mesmo assim, existem honrosas exceções ”**

### **Em setembro, o Degerts lançou o Prêmio InovaSUS. Quais são os objetivos da premiação?**

Como eu disse, o trabalho em saúde sofreu adversidades ao longo dos anos 1990, começou a se recuperar nos anos 2000, porém, mesmo assim, existem honrosas exceções, que esperamos que não sejam mais exceções. O prêmio InovaSUS visa valorizar essas boas práticas de gestão do trabalho em saúde, porque há prefeituras, estados, autarquias implantando planos de carreira, políticas de proteção à saúde do trabalhador de saúde, políticas de avaliação de desempenho articuladas com a valorização e ascensão profissional, políticas de democratização das relações de trabalho, políticas efetivas de despreciação das contratações. O que queremos? Conhecer, valorizar, sistematizar e divulgar essas boas práticas. O edital foi lançado em setembro e as inscrições ficam abertas até o final de outubro, para concorrer ao prêmio, que vai de R\$ 50 mil a R\$ 150 mil para a instituição investir na própria melhoria da gestão do trabalho em saúde. ■