MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa

Saúde, Trabalho e Democracia:

a participação dos trabalhadores de saúde nos conselhos

1.ª edição
1.ª reimpressão

Série D. Reuniões e Conferências

Editora MS

Brasília – DF
2007

©2006 Ministério da Saúde.
Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra,
desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.
A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é da área técnica.
A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: http://www.saude.gov.br/bvs
O conteúdo desta e de outras obra da Editora do Ministério da Saúde pode ser acessado na página: http://www.saude.gov.br/editora

Tiragem: 1.ª edição – 1.ª reimpressão – 2007 – 400 exemplares

Série D. Reuniões e Conferências
Série Cadernos Metropolitanos

Edição, distribuição e informações:
MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa
Esplanada dos Ministérios, Edifício Sede, bloco G, sala 410
CEP: 70058-900, Brasília – DF
Tels.: (61) 3315-3616 / 3321-3326
Fax: (61) 3322-8377 / 3321-1935
E-mail: gestaoparticipativa@saude.gov.br

Promoção
Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ)
Fórum de Conselhos da Região Metropolitana do Estado do Rio de Janeiro

Impresso no Brasil / *Printed in Brazil*

Projeto Mobilização Social para a Gestão Participativa – SELEP/MS
Coordenadora: Lúcia Regina Florentino Souto
Equipe: Rosemberg de Araújo Pinheiro
Valéria do Sul Martins

Projeto Conselhos de Saúde e Reforma Sanitária
Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Faculdade de Serviço Social

Organização:
Maria Inês Souza Bravo – Docente FSS/UERJ

Equipe Responsável (UERJ):
Maria Inês Souza Bravo – Docente FSS/UERJ
Maurílio Castro de Matos – Docente FSS/UERJ
Andréa Gonzaga de Oliveira – Assistente Social
Anna Paula de Souza Gama – Administradora
Débora de Sales Pereira – Assistente Social – Bolsista de Apoio Técnico CNPq
Ivana Regina Gonçalves Bastos – Assistente Social – Bolsista de Apoio Técnico Faperj
Juliana Souza Bravo de Menezes – Assistente Social
Mariana Maciel do N. Oliveira – Assistente Social
Rose Santos Pedreira – Assistente Social
Carolina de Barros Montanha – Graduanda FSS/UERJ – Bolsista Extensão
Juliana Fiúza Cislaghi – Graduanda FSS/UERJ – Bolsista Pibic/UERJ
Matheus Thomaz da Silva – Graduando FSS/UERJ – Bolsista Extensão
Rosane Santos de Carvalho – Graduanda FSS/UERJ
Rosimere Valentim de Souza – Graduanda FSS/UERJ – Bolsista Pibic/CNPq

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa.
Saúde, trabalho e democracia: a participação dos trabalhadores de saúde nos conselhos / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007.
72 p.: il. color. – (Série D. Reuniões e Conferências) (Série Cadernos Metropolitanos)

ISBN 85-334-1267-3

1. Serviços de saúde. 2. Saúde pública. 3. Estatísticas de saúde. I. Título. II. Série.

NLM WA 540

Catalogação na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2007/0146

Títulos para indexação:
Em inglês: Health, Work and Democracy: the Health Workers Participation in the Councils
Em Espanhol: Salud, Trabajo y Democracia: la Participación de los Trabajadores de Salud en los Consejos

EDITORA MS
Documentação e Informação
SIA, trecho 4, lotes 540/610
CEP: 71200-040, Brasília – DF
Tels.: (61) 3233-1774/2020
Fax: (61) 3233-9558
E-mail: editora.ms@saude.gov.br
Home page: http://www.saude.gov.br/editora

Equipe Editorial:
Normalização: Karla Gentil
Revisão: Lilian Assunção e Angela Nogueira
Editoração: Sérgio Ferreira
Ilustração da capa: Gleidson Azevedo

SUMÁRIO

Lista de Gráficos 5
Apresentação 7
1 Saúde, trabalho e democracia: participação dos trabalhadores de saúde nos Conselhos de Saúde do Rio de Janeiro 9
1.1 Apresentação. 9
1.2 Introdução à temática 10
1.3 Os trabalhadores de saúde e a reforma sanitária 11
1.4 Objetivos e metodologia da pesquisa 13
1.4.1 Objetivos 13
1.4.2 Metodologia 14
1.5 Resultados. 15
1.5.1 1.° Eixo: concepção de conselho de saúde da entidade 15
1.5.2 2.° Eixo: seleção e formação dos conselheiros por suas entidades. 18
1.5.2.1 Seleção 18
1.5.2.2 Formação 19
1.5.3 3.° Eixo: repasse das informações. 19
1.5.3.1 Para entidade 20
1.5.3.2 Para filiados. 21
1.5.4 4.° Eixo: articulação da entidade com as outras representações 22
1.5.4.1 Articulação com outras entidades de trabalhadores. . . . 22
1.5.4.2 Articulação com o segmento dos usuários. 23
1.5.5 5.° Eixo: limites e possibilidades dos conselhos na atualidade 25
1.5.5.1 Limites 25
1.5.5.2 Possibilidades 26
1.5.6 6.° Eixo: estratégias da entidade para defesa da saúde 28
1.6 Considerações Finais. 29
2 Pólo de educação permanente da Região Metropolitana I do Rio de Janeiro. 31
3 Síntese da proposta de Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do Sistema Único de Saúde (NOB/RH – SUS) 37
3.1 Apresentação. 37
3.2 Idéias centrais da proposta 37
3.2.1 A gestão do trabalho no SUS 37
3.2.2 A elaboração dos planos de carreira, cargos e salários (PCCS) 38
3.2.3 Relação gestores/prestadores de serviço e trabalhadores do SUS 39

3.2.4 Desenvolvimento do trabalhador pelo SUS 39
3.2.5 Saúde do trabalhador do SUS 40
3.2.6 Controle social da gestão do trabalho no SUS 40
3.3 Considerações Finais 41
4 Planos de carreira, cargos e salários 43
4.1 Proposta de diretrizes nacionais para a instituição de plano de carreira, cargos e salários no âmbito do Sistema Único de Saúde (PCCS-SUS) 43
4.2 Plano de cargo, carreira e salário do Estado do Rio de Janeiro 51
4.3 Proposta de plano de cargos, carreiras e salário do Município do Rio de Janeiro 53
4.4 Algumas reflexões a partir das exposições 54
Referências bibliográficas 57
Anexos 59
Anexo A – Roteiro de entrevista com entidades de profissionais de saúde participantes dos Conselhos de Saúde 59
Anexo B – Plano de cargos, carreira e salário do Estado do Rio de Janeiro 60
Anexo C – Síntese do relatório final da comissão do PCC do Município do Rio de Janeiro 68

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 – Concepção de conselho da entidade, 16
GRÁFICO 2 – Não tem clareza da concepção de conselho de saúde, 17
GRÁFICO 3 – Forma de escolha dos representantes das entidades nos conselhos, 19
GRÁFICO 4 – Repasse para a entidade, 20
GRÁFICO 5 – Repasse para filiados, 21
GRÁFICO 6 – Articulação com outras entidades de trabalhadores, 23
GRÁFICO 7 – Articulação com o segmento dos usuários, 24
GRÁFICO 8 – Limites dos conselhos, 25
GRÁFICO 9 – Possibilidades dos conselhos, 27
GRÁFICO 10 – Forma de intervir na formulação de políticas públicas de saúde, 28

APRESENTAÇÃO

Este caderno apresenta a síntese do seminário "Saúde, Trabalho e Democracia: a Participação dos Trabalhadores de Saúde nos Conselhos", realizado no dia 18 de março de 2005, na Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ).

O seminário teve como objetivos: fortalecer a participação dos trabalhadores de saúde nos conselhos; debater as principais questões afeitas a esse seguimento, tais como a qualificação profissional e o Plano de Cargos, Carreira e Salários; e garantir a proposta constitucional da saúde como direito de todos e dever do Estado.

A organização do seminário foi construída, coletivamente, em reuniões que ocorreram na UERJ, com a participação de representantes dos Conselhos de Saúde da Região Metropolitana I do Rio de Janeiro, dos Sindicatos de Trabalhadores de Saúde, da Secretaria de Gestão Participativa do Ministério da Saúde e da equipe do Projeto Políticas Públicas de Saúde: o potencial dos conselhos do Rio de Janeiro, da Faculdade de Serviço Social da UERJ.

O seminário teve a participação de 103 pessoas distribuídas da seguinte forma: 41 trabalhadores de saúde; 20 estudantes universitários; 22 conselheiros representantes dos seguintes segmentos – trabalhadores de saúde (10), usuários (10), gestores (2); e componentes da comissão organizadora (20).

Estiveram presentes as seguintes instituições de ensino: (UERJ, UFRJ, UFF e Fiocruz); Ministério da Saúde (Secretarias de Gestão Participativa e Gestão do Trabalho); Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro; Secretarias Municipais de Saúde (Rio de Janeiro, Nova Iguaçu e Belford Roxo); Hospitais (Geral de Bonsucesso, Carmela Dutra, Santa Maria, Andaraí); Instituto de Estudo e Pesquisa em Saúde Popular, Sindsprev, Funasa e Conselhos Regionais de Profissões (Psicologia, Enfermagem).

O caderno está divido em quatro itens que retratam os temas discutidos. O primeiro apresenta os resultados da pesquisa realizada sobre a inserção dos trabalhadores de saúde nos conselhos, realizada pela equipe do Projeto Políticas Públicas de Saúde: o potencial dos conselhos do Rio de Janeiro/UERJ.

O segundo item enfoca a proposta do Pólo de Educação Permanente e a caracterização do mesmo na Região Metropolitana I do Rio de Janeiro.

O terceiro apresenta uma síntese da proposta de Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do SUS, elaborada desde a 10.ª Conferência Nacional de Saúde.

O quarto item apresenta as exposições realizadas na Mesa-Redonda: "Plano de Cargos, Carreira e Salários para as diversas instâncias da federação – nacional, estadual e municipal".

Em anexos são apresentados: o Roteiro de Entrevista com Entidades de Profissionais de Saúde Participantes dos Conselhos de Saúde; as Propostas de Plano de Cargos, Carreira e Salários do Estado e do Município do Rio de Janeiro.

1 SAÚDE, TRABALHO E DEMOCRACIA: PARTICIPAÇÃO DOS TRABALHADORES DE SAÚDE NOS CONSELHOS DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO[1]

Maria Inês Souza Bravo, Andréa Gonzaga de Oliveira, Débora de Sales Pereira, Janaína Martins Bilate, Matheus Thomaz da Silva, Rodrigo Ribeiro, Rose Santos Pedreira.

1.1 APRESENTAÇÃO

O estudo dos conselhos de saúde é de grande relevância, pois esses são espaços tensos e contraditórios que podem emergir de forma concreta as representações dos diferentes interesses e projetos envolvidos na construção das políticas sociais (Bravo, 2001b).

O Projeto da Reforma Sanitária teve como preocupação central assegurar que o Estado atue em função da sociedade, pautando-se na concepção de Estado democrático e de direito, responsável pelas políticas sociais e, dessa maneira, pela saúde. Defende um conceito abrangente de saúde, tal como colocado na VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, e, como fundamentos: a democratização do acesso aos serviços; a universalidade das ações e a descentralização com controle social, garantindo como premissa básica a saúde como direito de todos e dever do Estado. Posto isso, uma de suas estratégias é o Sistema Único de Saúde.

Ao estimular a participação popular na construção de uma esfera pública democrática, reafirma-se o compromisso com as premissas do Projeto da Reforma Sanitária e busca-se efetivar o Sistema Único de Saúde (SUS).

A pesquisa que será explicitada neste artigo tem por objetivo conhecer a participação dos trabalhadores de saúde nos conselhos e viabilizar a socialização de informações.

Este texto está estruturado em quatro itens.

O primeiro faz uma introdução à temática, resgatando o momento do Projeto de Reforma Sanitária no Brasil e apontando seus impasses na atual conjuntura.

---

[1] Este é um dos produtos do *Projeto Políticas Públicas de Saúde: O Potencial dos Conselhos do Rio de Janeiro*, da Faculdade de Serviço Social da UERJ, coordenado pela professora Maria Inês Souza Bravo e financiado pelo CNPq e Faperj.

O segundo item vai se deter na contribuição dos diversos sujeitos sociais na construção do projeto de Reforma Sanitária, dando destaque para os trabalhadores de saúde.

O terceiro vai especificar os objetivos e a metodologia da pesquisa.

No quarto item são apresentados os resultados da investigação a partir das seguintes categorias: concepção de conselho de saúde da entidade; seleção e formação dos conselheiros por suas entidades; repasse das informações; articulações da entidade com as outras representações; limites e possibilidades dos conselhos na atualidade; estratégias da entidade para a defesa da saúde.

Para finalizar, são apresentadas as considerações finais.

1.2 INTRODUÇÃO À TEMÁTICA

A partir do início da década de 90, e mais fortemente percebido de meados desses anos em diante, o Brasil tem adotado políticas que, sob o lema de adequá-lo às novas condições da economia internacional, têm acarretado ajustes perversos sobre a nossa sociedade. Sob o lema dos ajustes econômicos, adaptados às orientações dos organismos multilaterais como o Banco Mundial e o Fundo Monetário Internacional, o corte com gastos sociais torna-se o mote da administração estatal guiada pela lógica neoliberal[2].

É amplamente sabido que a gênese das políticas sociais e suas mudanças são determinadas pela organização das relações de produção e poder responsáveis pela instituição das estratégias econômicas e político-sociais do Estado nas sociedades capitalistas, funcionando estas políticas como mediadoras do conflito capital/trabalho. No Brasil, a emergência das políticas sociais é marcada pela Revolução de 1930[3], com estratégias conservadoras de implementação dos direitos sociais.

Considerando a trajetória histórica das políticas sociais no Brasil, ressalta-se que os mecanismos reguladores dessas políticas não propiciaram a universalidade de acesso, atribuindo aos direitos sociais a noção de privilégios[4], o que favoreceu uma prática clientelista e patriarcalista de acesso aos bens e serviços sociais, perpetuando

---

[2] "No Brasil, com a adoção de políticas neoliberais propostas pelos organismos internacionais responsáveis pelas regras da economia mundial, também chamadas de ajuste econômico, é iniciada uma campanha de redução dos gastos públicos, promovendo cortes lineares nos gastos sociais, justificados pelo objetivo de o país atingir o equilíbrio financeiro e retomar o crescimento econômico. (...) A retração do Estado no que tange à manutenção de políticas públicas ocorre em detrimento da presença mais que notória do mesmo quando o que está em jogo é o incentivo fiscal a investidores nacionais e estrangeiros. Em tempos de políticas conservadoras, a retração do Estado se dá somente em relação ao bem-estar social, mantendo-se o mesmo presente nas políticas monetárias" (MARTINS, 2003, p. 79).

[3] Para uma incursão sobre a Revolução Burguesa no Brasil, ver Fernandes (1987).

[4] Cabe mencionar que no regime da Ditadura Militar foi onde se expandiu mais o acesso às políticas sociais, como saúde e educação. Contudo, além de não terem sido universalizados, a intenção desta ampliação era cooptar a sociedade civil a compactuar com um regime que negava os direitos civis e políticos.

uma cultura política de tutelamento e patriarcalismo na relação Estado versus sociedade civil. As transformações ocorridas na saúde, a partir de meados dos anos 70, serão objetos do item a seguir.

Nos anos 90, com as modificações já sinalizadas, houve uma redução dos direitos sociais nos países da América Latina, incluindo o Brasil.

1.3 OS TRABALHADORES DE SAÚDE E A REFORMA SANITÁRIA

No fim dos anos 70 e início dos anos de 80, há uma efervescência dos movimentos sociais frente ao agravamento das desigualdades sociais e o afrouxamento do regime autoritário.

Destaca-se que, nesse período, por todo o País, emergiam movimentos sindicais na área da Saúde. Em 1976, é criado o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (Cebes) e, em 1979, a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco), o que significa a intensificação do debate e sistematização das propostas alternativas ao sistema (CARVALHO, 1995).

Esse período é marcado pela crítica ao modelo vigente por meio de denúncias sobre as condições de saúde da população e propostas por uma política de saúde democrática. A aproximação de intelectuais do setor Saúde, com diversas categorias profissionais e movimentos sociais, permitiu a disseminação da agenda reformista do setor Saúde. Essa agenda foi formulada, a partir da década de 70, sob liderança das forças democráticas, tendo como principais diretrizes para a política de saúde: a universalização, a descentralização e a participação social.

O movimento sanitário, iniciado no Brasil nos anos 70, envolveu vários sujeitos sociais: movimentos populares, trabalhadores de saúde, usuários, intelectuais, sindicalistas e militantes dos mais diversos movimentos sociais. Os adeptos deste movimento possuem uma visão diferenciada da saúde, inspirados na Reforma Sanitária italiana, contrapondo-se ao projeto privatista, individualizante e curativo da saúde. Foi constituído inicialmente por intelectuais do campo da Saúde, entre eles, os profissionais de saúde coletiva. As questões corporativas desses grupos foram superadas no sentido de se avançar na busca de uma nova ordem societária (ESCOREL, 1995).

Na perspectiva gramsciana, os intelectuais têm um papel fundamental na contrahegemonia da saúde na defesa da democracia e da cidadania. Dessa forma, o movimento sanitário foi extremamente importante para orientar as lutas no campo da Saúde a favor das classes trabalhadoras.

Assim, o processo de redemocratização trouxe à cena novos sujeitos sociais sendo

requeridas novas relações entre Estado e sociedade. Nessa concepção, visualiza-se que o Estado é contraditório pois, com suas práticas de coerção e persuasão, vai permitir que alguns interesses das classes dominadas sejam aceitos por meio das políticas públicas.

Em 1981, inicia-se o processo de reforma da política de saúde com a participação de sanitaristas no corpo técnico do Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (Conasp). Surgiu a proposta de reorganização do sistema de saúde de caráter privatizante, em que atingiria 78 milhões de pessoas em que, destas, 70 milhões estariam vinculadas à modalidade do tipo "convênio-empresa" e os restantes seriam cobertos pelo setor público. Entretanto, esta proposta obteve derrota devido ao enfraquecimento dos setores privatistas dentro do processo institucional e, também, pela situação socioeconômica da época (STOTZ, 2003).

Com a recuperação da economia, a partir de 1984, o movimento sindical se revigora e, ao mesmo tempo, contraditoriamente, é enfraquecido no que tange à unidade sindical, haja vista a inflação e o estabelecimento de pisos salariais diferenciados por categoria. Segundo Stotz (2003):

> "Teve início uma lenta, mas progressiva, divisão interna no movimento sindical, processo que levou as lideranças a um horizonte de negociações cada vez mais limitado às categorias profissionais. Sua posição passou a negociar a saúde nos acordos coletivos de trabalho, voltando as costas ao sistema público então (em parte ainda hoje) marcado por graves deficiências em termos de acesso e qualidade. O movimento social refluiu politicamente, abandonou a arena política, saiu das ruas e deslocou-se para o interior das instituições do Estado" (idem: 28).

No entanto, durante a década de 80, outros sujeitos sociais entraram na luta pela saúde, assim como os movimentos sociais urbanos, movimentos ecológicos, de mulheres, de negros, de portadores de deficiências, de familiares de doentes mentais, aposentados e movimento sindical.

A luta do movimento sanitário resultou no novo arcabouço jurídico que é o capítulo sobre a saúde na Constituição Federal de 1988, que a define como direito de todos e dever do Estado, além de garantir a participação da população na formulação, elaboração e avaliação das políticas de saúde.

> "Uma análise sociológica da Reforma Sanitária nesse período deixa patente que os profissionais e técnicos da saúde, os professores universitários, enfim, um segmento das classes médias urbanas, posicionaram-se como porta-vozes dos anseios das camadas mais pobres da população trabalhadora perante o aparelho de estado encarregado da provisão dos serviços públicos." (STOTZ, 2003, p. 29).

Dentro dessa esfera de luta que se colocou o movimento de Reforma Sanitária é necessário buscar articulações e alianças, na busca da construção de uma hegemonia[5] oriunda das classes subalternas. E assim:

> "A hegemonia tende a construir o bloco histórico, ou seja, realizar uma unidade de forças sociais e políticas diferentes, e tende a conservá-las juntas através da concepção do mundo que ela traçou e difundiu." (GRUPPI, 1978, p. 78).

Enfim, a Reforma Sanitária, conforme já foi salientado, propõe uma nova forma de relacionamento entre Estado e sociedade civil, investindo na participação de novos sujeitos sociais na definição da política setorial, por meio dos conselhos e conferências de saúde. Logo, essa proposta passa pela intervenção do Estado, sendo um dos atores centrais do processo. Porém, essa intervenção deverá se dar sob regras definidas nessas instâncias da sociedade civil, o que exige nova consciência política e social.

Ressalta-se, nesse processo, a importância na atual conjuntura dos trabalhadores de saúde na luta pela rearticulação do movimento de democratização da saúde. Segundo Bravo (2001b),

> "Para viabilizar essa democratização na saúde, na direção das conquistas sociais necessárias, sugere-se o aprofundamento do controle social, que significa a participação da população na elaboração, implementação e fiscalização das políticas sociais, visando a construção de uma esfera pública democrática na saúde. Como enfrentamento deste desafio, propõe-se o desenvolvimento de análises teóricas sobre a temática, bem como a realização de assessoria aos conselheiros de saúde e entidades que constituem forças potenciais de transformação nesta nova ordem política brasileira."

1.4 OBJETIVOS E METODOLOGIA DA PESQUISA

1.4.1 Objetivos

A pesquisa a respeito das entidades de trabalhadores de saúde, membros dos conselhos de saúde do Rio de Janeiro, realizada pelo Projeto Políticas Públicas de Saúde tem como objetivo o conhecimento qualitativo da representação desse segmento junto aos conselhos, mediante um estudo sobre a participação destes representantes e da articulação desta representação com a concepção assumida por suas entidades.

Pretende, desse modo, identificar qual a concepção das entidades de trabalhadores de saúde com relação a esses espaços; o investimento das mesmas para ocupar

[5] A hegemonia é isso: determinar os traços específicos de uma condição histórica, de um processo, torna-se protagonista de reivindicações que são de outros estratos sociais, da solução das mesmas, de modo a unir em torno de si esses estratos, realizando com eles uma aliança na luta contra o capitalismo e, desse modo, isolando o próprio capitalismo (GRUPPI, 1978, p. 59).

esses fóruns e sua preocupação com a formação e renovação de quadros; a intencionalidade das entidades em articular com os representantes dos usuários e demais trabalhadores de saúde; e a preocupação do representante com o repasse das informações para a entidade e para a base.

As pesquisas realizadas pelo Projeto Políticas Públicas de Saúde têm identificado questões relativas à composição dos conselhos de saúde. No tocante ao segmento dos trabalhadores de saúde, alguns aspectos podem ser destacados: pouca mobilização das entidades e/ou sindicatos para participar do conselho; não-cumprimento da Resolução n.º 33/92, do Conselho Nacional de Saúde[6], a respeito da paridade dos profissionais em relação ao segmento dos prestadores de serviços (públicos e privados); inexistência de entidades representantes deste segmento em alguns municípios; representação por funcionários escolhidos pelas unidades de saúde e/ou indicados pelo poder público (BRAVO, 2001b).

Outro aspecto relevante refere-se aos sindicatos participantes desse segmento. Estes se subdividem em sindicatos por ramo de atividade e por categoria profissional, e foi constatado que a presença dos sindicatos não é tão significativa, já que o movimento sindical tem encontrado dificuldades em pensar a cidade e as políticas públicas. Isso tem como conseqüência a fragilidade de articulação entre o movimento popular e o movimento sindical e partidário, e a tênue relação entre usuários e profissionais de saúde, enfraquecendo a luta efetivada por esses espaços (BRAVO, 2001b).

1.4.2 Metodologia

Os instrumentos de pesquisa utilizados basearam-se em entrevistas individuais e semi-estruturadas por roteiro elaborado com perguntas abertas, com os representantes das entidades de trabalhadores nos conselhos de saúde (Anexo A); e também em análise do discurso contida nas entrevistas. Para tanto, foram utilizadas as seguintes categorias de análise: presença da entidade em outros conselhos; concepção da entidade sobre conselho de saúde; articulação com o segmento de usuários e com as demais entidades de trabalhadores de saúde; repasse das informações para a entidade e para a base; e percepção dos limites e possibilidades dos conselhos na atual conjuntura.

A escolha dos procedimentos utilizados na pesquisa pressupõe um conhecimento prévio acerca do público-alvo e da indagação a respeito da adequação desses instrumentos ao objetivo de tal estudo sistemático. Nesse sentido, a escolha da entrevista e da análise de discurso como instrumentos metodológicos teve por intencionalidade aprofundar questões já levantadas por observação participante, análise documental e pesquisa bibliográfica, em estudos anteriores do projeto.

[6] Esta resolução foi substituída pela resolução n.º 333/03 do CNS que mantém as mesmas diretrizes da paridade.

Foram entrevistados 16 conselheiros representantes de entidades, entre as 20 entidades que integram ou integraram algum conselho de saúde no Estado do Rio de Janeiro. São elas: oito conselhos regionais – Serviço Social, Psicologia, Nutrição, Fonoaudiologia, Farmácia, Medicina, Enfermagem e Biologia; nove sindicatos, sendo um sindicato por ramo – Sindicato dos Servidores da Previdência Social (Sindsprev); e oito sindicatos por categoria – assistentes sociais, psicólogos, médicos, fonoaudiólogos, fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais, enfermeiros, dentistas, e auxiliares e técnicos em enfermagem.

Vale salientar algumas dificuldades encontradas no processo de realização das entrevistas junto às entidades, tais como dificuldade no contato com a entidade e com os seus representantes no conselho; e resistência da entidade e dos seus representantes em participar da entrevista. Tais dificuldades, em sua maior parte, foram contornadas a partir da clarificação dos objetivos da pesquisa, da socialização dos resultados da mesma, bem como da garantia do sigilo profissional.

1.5 RESULTADOS

Na análise dos resultados da investigação, foram priorizadas as seguintes categorias: concepção da entidade sobre conselho de saúde; seleção e formação dos conselheiros por suas entidades; repasse das informações para a entidade e para a base; articulação com o segmento de usuários e com as demais entidades de trabalhadores de saúde; percepção dos limites e possibilidades dos conselhos na atual conjuntura; e estratégias de defesa. Seguem abaixo as considerações sobre cada eixo, assim como os gráficos construídos a partir da tabulação dos dados.

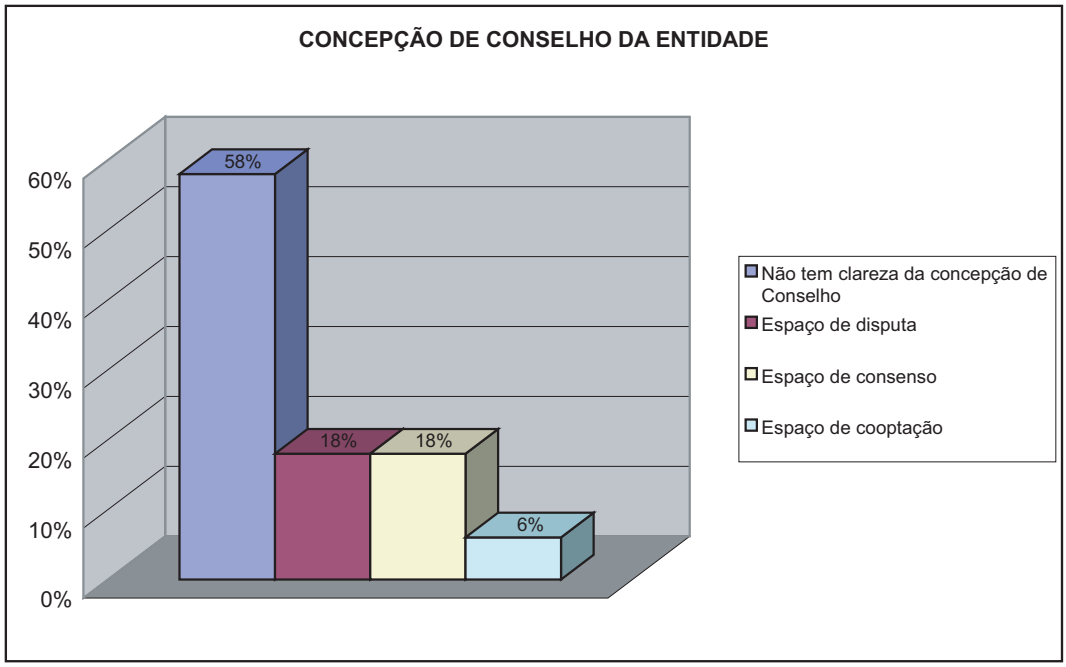
1.5.1 1.º Eixo: concepção de conselho de saúde da entidade

Neste eixo de análise, identifica-se a concepção da entidade sobre conselho de saúde, com a perspectiva de compreender a participação destes neste espaço e seu entendimento da relação Estado e sociedade, no âmbito da saúde.

Durante o processo de análise dos dados, percebeu-se que os conselheiros têm dificuldade em explicitar a concepção de conselho, devido ao confronto entre sua própria concepção, as presentes no corpo da entidade e/ou a tida como da entidade. Assim, o que se constatou foi que algumas respostas foram contraditórias ou modificaram no curso da entrevista.

Neste eixo, quatro grupos de respostas têm destaque, demonstrado no gráfico 1, que será analisado a seguir.

Gráfico 1 – Concepção de conselho da entidade



Fonte: BRAVO, M.I.S (Coordenadora). Projeto Políticas Públicas de Saúde: O Potencial dos Conselhos do Rio de Janeiro, 2005.

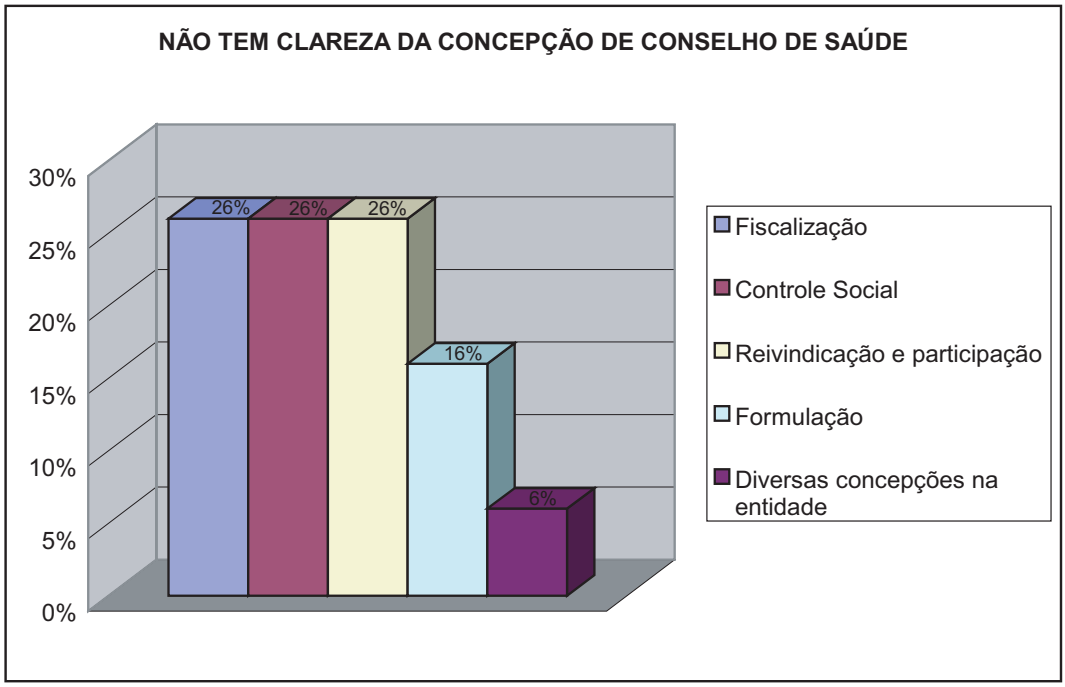
• NÃO TEM CLAREZA DA CONCEPÇÃO DE CONSELHO: 10 ENTIDADES (58%)

Nesta categoria, os conselheiros não conseguiram definir de forma clara o que entendem por conselho de saúde, ressaltando apenas alguns aspectos gerais da definição do controle social, conforme prescrito na Constituição Federal de 1988, sem uma percepção deste espaço enquanto uma arena política, onde se inserem interesses diversos.

Assim, os conceitos que se destacam em suas falas são: o de controle social, ratificando uma visão generalista que, apesar de uma aparente orientação no sentido da gestão democrática e conhecimento a respeito da temática, não define realmente este espaço; o de fiscalização que demonstra um entendimento de que esta seja a principal ou única atribuição do conselho, ignorando seu caráter propositivo; e o de reivindicação e participação que evidencia o equívoco de encarar o conselho como um espaço reivindicatório, pois as reivindicações somente serão vistas pelos próprios conselheiros.

Dessa forma, as respostas de alguns conselheiros se encaixam em mais de um dos itens, o gráfico 2 demonstra esta percepção.

Gráfico 2 – Não tem clareza da concepção de conselho de saúde



Fonte: BRAVO, M.I.S (Coordenadora). Projeto Políticas Públicas de Saúde: O Potencial dos Conselhos do Rio de Janeiro, 2005.

- ESPAÇO DE DISPUTA: 3 ENTIDADES (18%)

Com base na compreensão de controle social na concepção de Gramsci, os conselhos são visualizados como espaços contraditórios onde há diferentes interesses em disputa. Há uma nova relação Estado e sociedade na perspectiva de ampliação da participação da sociedade civil nas decisões governamentais. Além dos partidos de massa, sindicatos, associações profissionais, comitês de empresa e de bairro; os conselhos podem ser visualizados como novos institutos democráticos que compõem a sociedade civil. Segundo esta leitura,

> "Os conselhos são espaços tensos, em que diferentes interesses estão em disputa. Os conselhos devem ser visualizados como lócus do fazer político, como espaço contraditório, como uma nova modalidade de participação, ou seja, a construção de uma cultura alicerçada nos pilares da democracia participativa e na possibilidade de construção da democracia de massas." (Bravo, 2001b)

- ESPAÇO DE CONSENSO: 3 ENTIDADES (18%)

Estes conselheiros definem o Conselho enquanto um espaço de participação e discussão onde se busca alcançar um consenso em prol da saúde, um "pacto" em defesa de um coletivo. Essa perspectiva aponta para o Conselho enquanto espaço de regulamentação dos conflitos, de acordo com a concepção habermesiana.

Há que se ressaltar que nesta categoria houve duas leituras distintas: uma que considera a disputa neste espaço, no entanto, defende o consenso, e outra que desconsidera os interesses contraditórios.

• ESPAÇO DE COOPTAÇÃO: 1 ENTIDADE (6%)

Esta entidade identifica o conselho como um espaço meramente formal e burocrático, de cooptação da sociedade civil. Segundo esta leitura, a participação nos conselhos apenas aprofunda o refluxo dos movimentos sociais em defesa da saúde pública, ao incorporá-los ao aparelho do Estado. Os adeptos dessa concepção não percebem as contradições e lutas existentes nos espaços institucionalizados.

1.5.2 2.º Eixo: seleção e formação dos conselheiros por suas entidades

Neste eixo, procura-se identificar o grau de envolvimento das entidades com os conselhos dando destaque à seleção e formação.

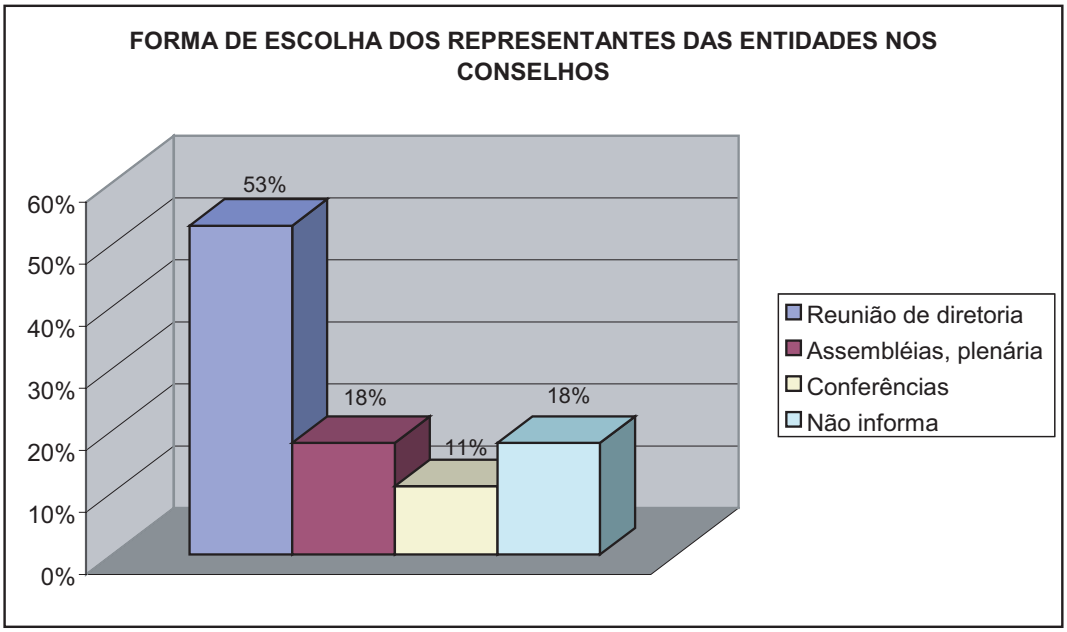
1.5.2.1 Seleção

No que diz respeito à forma de escolha de seus representantes, nove entidades (53%) o fazem em reuniões de diretoria. Em outros espaços, como assembléias, apenas duas (11%) entidades escolhem seus representantes.

Em relação ao critério estabelecido para a seleção, dez entidades (59%) não informam como é indicado o representante, sendo que somente três (18%) utilizam como critério o preparo do filiado para a questão.

Na seleção é visível que a forma com que são escolhidos os representantes não contribui para a renovação de quadros. Ao não priorizar a escolha nas assembléias, espaços onde a maioria da base da entidade está presente, secundariza-se a questão dos conselhos e dificulta o controle social. O gráfico 3 permite a visualização das questões assinaladas.

Gráfico 3 – Forma de escolha dos representantes das entidades nos conselhos



Fonte: BRAVO, M.I.S (Coordenadora). Projeto Políticas Públicas de Saúde: O Potencial dos Conselhos do Rio de Janeiro, 2005.

1.5.2.2 Formação

Quanto à formação dos conselheiros, 12 entidades (71%) não realizam capacitação continuada de seus representantes. Quando questionados se o mesmo ocorre em relação aos conselhos de saúde do interior do Rio de Janeiro, o resultado é o mesmo: a ampla maioria,16 entidades (94%), não o faz. No entanto, a maior parte delas, 13 entidades (77%), também se preocupa com a renovação de quadros para a participação nos conselhos.

A contradição que é explicitada neste eixo é: ao mesmo tempo em que as entidades se preocupam com a renovação dos quadros, as mesmas não investem preliminarmente em seus representantes, fragilizando a representação do segmento dos trabalhadores nos conselhos de saúde.

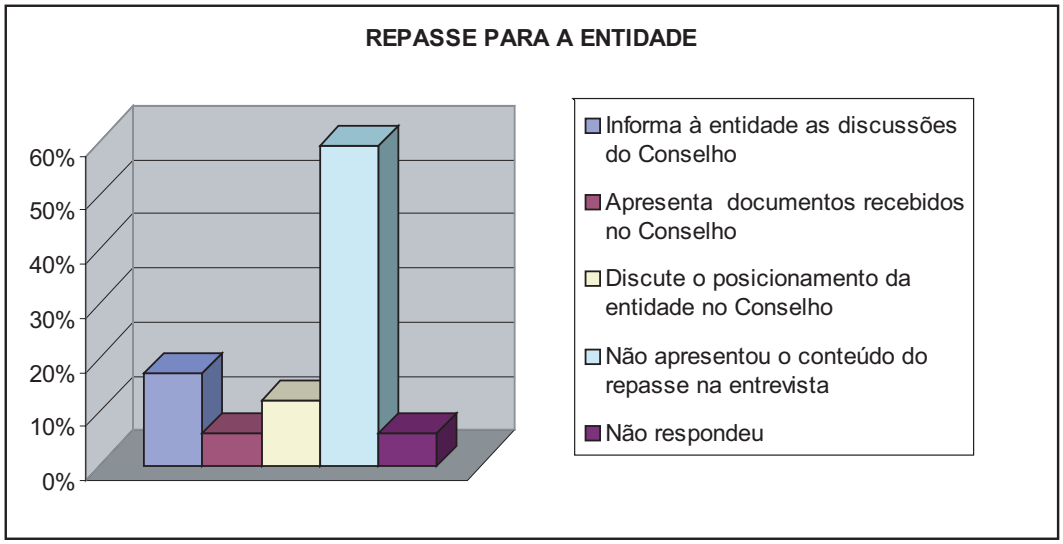
1.5.3 3.° Eixo: repasse das informações

Este eixo procura identificar se há um repasse de informações dos representantes às suas entidades e das entidades em relação à sua base, buscando verificar a legitimidade desta representação nos conselhos de saúde.

1.5.3.1 Para entidade

A maioria dos conselheiros, 16 (94%), efetua o repasse de informações para as suas entidades. Esse repasse se dá, na maior parte, por informes nas reuniões de diretoria e/ou por relatórios. Cabe ressaltar que, em algumas entidades, este repasse não se realiza de forma sistematizada e regular. Nesse caso, segundo um dos conselheiros, esse repasse se dá "quando há condições".

Gráfico 4 – Repasse para a entidade



Fonte: BRAVO, M.I.S (Coordenadora) Projeto Políticas Públicas de Saúde: O Potencial dos Conselhos do Rio de Janeiro, 2005.

No gráfico 4 pode-se identificar que dez conselheiros (59%) não apresentaram em suas falas o conteúdo do repasse realizado; três (17%) informam às entidades as discussões dos conselhos; duas (12%) informam à entidade e também discutem o posicionamento da entidade; e uma (6%) repassa as informações e apresenta os documentos recebidos nas reuniões dos conselhos.

Ao analisar esses dados, percebe-se que os conselheiros acabam por focalizar em suas falas a forma do repasse em detrimento do conteúdo transmitido. Deste modo, sem se desconsiderar o repasse realizado pelos conselheiros, há que se destacar que a representatividade do conselheiro só pode ser respaldada por meio da real articulação entre o representante e a entidade, de forma a legitimar sua ação junto ao Conselho.

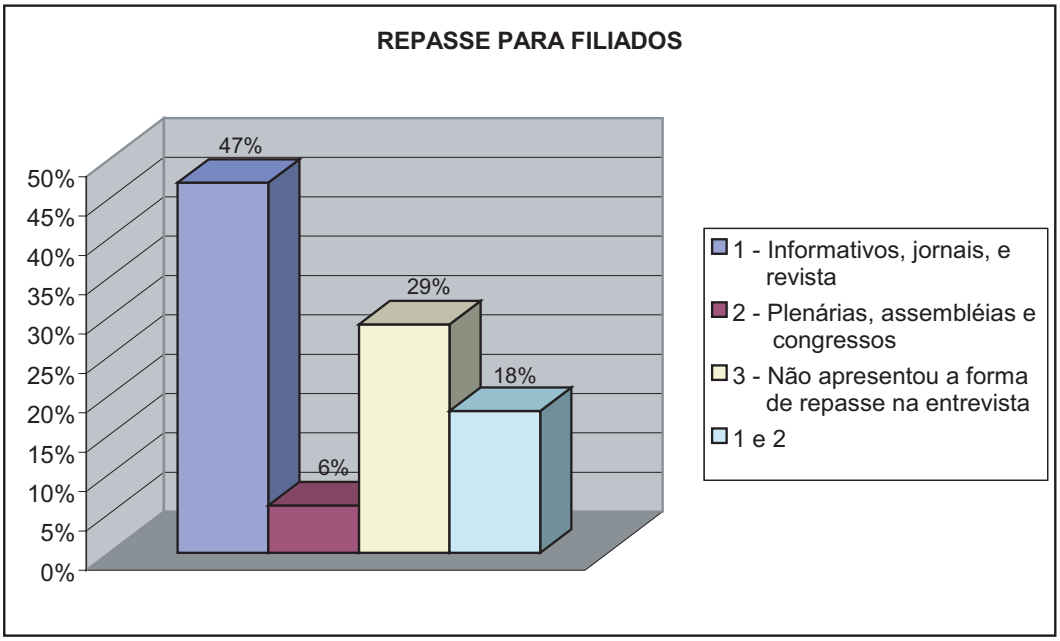
Portanto, ressalta-se a importância de que os conselheiros se disponham a atuar nas suas entidades para informá-las permanentemente sobre as discussões e deliberações dos conselhos, a fim de mobilizar estas entidades e suas bases. Caso contrário, a representatividade do conselheiro será apenas burocrática, de forma que não confere a legitimidade e o potencial político pertinentes aos conselhos de saúde.

1.5.3.2 Para filiados

Considera-se que ambas as formas de repasse, tanto para as entidades quanto para os filiados, são relevantes na socialização de informações e propiciam a mobilização das bases na luta pela saúde. Assim, ressalta-se que a maioria das entidades, nove (53%), recorre a algumas das formas, e ainda se destaca as entidades que recorrem aos dois meios, ou seja, cinco (29%).

O gráfico a seguir demonstra quais os mecanismos utilizados pelas entidades para a realização do repasse junto às suas bases.

Gráfico 5 – Repasse para filiados



Fonte: BRAVO, M.I.S (Coordenadora). Projeto Políticas Públicas de Saúde: O Potencial dos Conselhos do Rio de Janeiro, 2005.

A análise do gráfico 5 merece algumas reflexões. Não há uma explicitação da periodicidade com a qual esses mecanismos são utilizados. Dessa forma, não se pode avaliar a amplitude e o impacto dessa ação das entidades em relação às suas bases.

Quanto ao conteúdo deste repasse realizado, verificou-se, por meio das falas dos conselheiros, que a maior parte das entidades, nove delas(53%), apenas repassa questões de interesse da própria categoria ou questões mais polêmicas discutidas nos conselhos.

Isso demonstra um certo corporativismo[7], expresso na focalização das questões que dizem respeito à sua categoria profissional. Também o repasse de questões consideradas "polêmicas" permite que a entidade apresente apenas o que está de acordo com a sua direção política, não contemplando outras informações ou, necessariamente, contribuindo para a construção do controle social.

A maioria dos conselheiros justifica que este repasse, por eles mesmos considerado incipiente/inexistente, se dá por questões como falta de tempo, de estrutura, de possibilidades de mobilização de suas bases, ou, até mesmo, pela falta de interesse da base pelos conselhos. Com relação a estes argumentos, deve-se pensar o que os trabalhadores estão compreendendo por esta limitação, elencar com eles quais os principais problemas para poder vislumbrar novas possibilidades.

Assim, o tipo de repasse que tem sido efetuado restringe o acesso ao debate dos conselhos, não garantindo uma discussão ampla das questões pertinentes a este espaço de participação e, conseqüentemente, dificultando a construção de propostas para a viabilização de uma política de saúde de acesso universalizado.

1.5.4 4.º Eixo: articulação da entidade com as outras representações

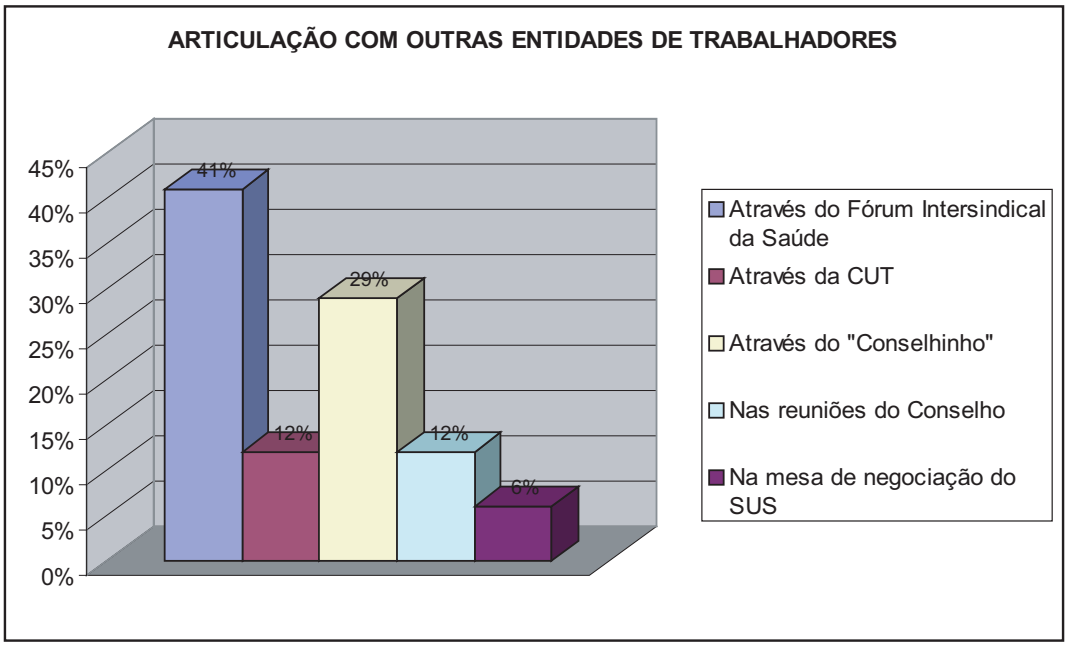
Este eixo procura verificar a articulação dessas entidades com as demais entidades do segmento de trabalhadores de saúde, e deste com o segmento de usuários. Visa avaliar a existência e as formas dessa articulação, com o objetivo de fortalecer os movimentos sociais na luta pela construção de uma esfera pública democrática.

1.5.4.1 Articulação com outras entidades de trabalhadores

Todas as entidades entrevistadas se articulam com as demais entidades de trabalhadores de saúde e, em sua grande maioria, catorze (82%), por meio de outros fóruns. Entre as entidades, os nove sindicatos entrevistados estão inseridos no Fórum Intersindical de Saúde, e alguns também são filiados à Central Única dos Trabalhadores (CUT). Quanto aos sete conselhos regionais entrevistados, cinco se articulam por meio do "Conselhinho", fórum que reúne os conselhos profissionais de todas as áreas. Este é um espaço potencial de articulação para se pensar as políticas públicas. Apenas duas entidades (12%) referiram-se a uma articulação no espaço das reuniões do conselho de saúde.

[7] Esta cultura corporativa pode ser explicada na história do sindicalismo brasileiro. O movimento operário surge no Brasil com o fim do trabalho escravo e com o crescimento das indústrias. A partir de 1920, é disseminada entre o movimento operário a idéia de se criar uma central única sindical com o intuito de fortalecer a luta da classe operária. No entanto, com o Decreto-Lei n.º 19.770, de 1931, que institui a criação de um único sindicato por categoria, sendo a sindicalização facultativa, além de excluir a sindicalização dos funcionários públicos. O governo vigente, dessa forma, busca fragmentar a organização dos trabalhadores, legalizando os sindicatos com um viés corporativo na busca do *status quo*.

Gráfico 6 – Articulação com outras entidades de trabalhadores



Fonte: BRAVO, M.I.S (Coordenadora). Projeto Políticas Públicas de Saúde: O Potencial dos Conselhos do Rio de Janeiro, 2005.

Cabe ressaltar, no entanto, que os conselheiros valorizaram bastante o espaço do Fórum Intersindical e do "Conselhinho" como um espaço potencialmente de articulação para a Mesa de Negociação do SUS, não se referindo ao fortalecimento dos trabalhadores em sua atuação nos conselhos de saúde.

A Mesa de Negociação do SUS, citada por um conselheiro, enquanto um espaço de articulação dos trabalhadores de saúde, surge em várias falas como um espaço de efetivas conquistas para os trabalhadores. Estas conquistas são negociadas com os gestores e voltadas às categorias profissionais, como Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS), sem a participação do segmento dos usuários.

Este fórum tem-se constituído num importante espaço de negociação, propiciando a organização e mobilização dos trabalhadores de saúde. No entanto, este não é um espaço privilegiado para a defesa das políticas sociais. Entende-se que a articulação entre os segmentos dos trabalhadores de saúde e dos usuários, numa perspectiva de totalidade, é necessária para a defesa do SUS.

1.5.4.2 Articulação com o segmento dos usuários

Como já indicado na análise anterior, as entidades não demonstram uma articulação consistente com o segmento dos usuários. Esta questão fica clara diante dos dados

que evidenciam que 11 entidades (65%) se articulam com o segmento dos usuários, e, entre essas, apenas uma (6%) o faz de forma permanente e em defesa da saúde pública.

Os outros seis conselheiros (35%), quando questionados, referem-se à articulação com os usuários dos serviços de saúde e não ao segmento dos mesmos no conselho. Estes conselheiros aparentam não ter compreendido a questão e/ou desconhecem o significado de "articulação entre segmentos" nos conselhos.

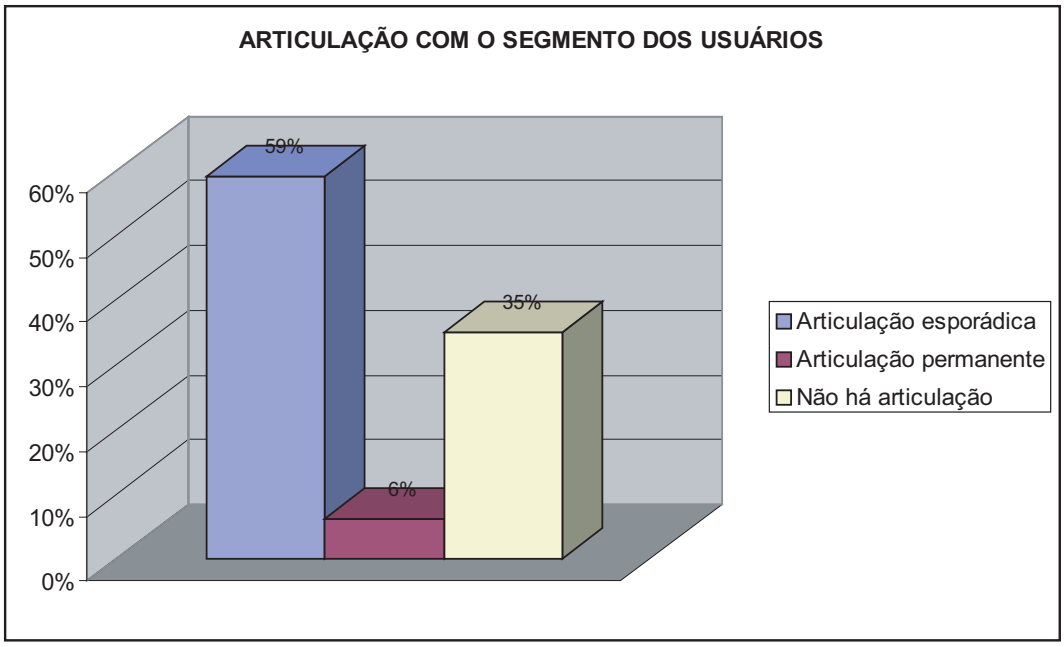


Gráfico 7 – Articulação com o segmento dos usuários
Fonte: BRAVO, M.I.S (Coordenadora). Projeto Políticas Públicas de Saúde: O Potencial dos Conselhos do Rio de Janeiro, 2005.

Outro dado interessante que surgiu nas afirmações dos conselheiros é que tanto a articulação esporádica quanto a referida aos usuários dos serviços se dá no sentido de atender às questões polêmicas que surjam no conselho, específicas da categoria ou para lutas consideradas comuns.

Esta análise reafirma, portanto, a não-compreensão do significado e relevância e, conseqüentemente, a não-valorização da articulação com o segmento dos usuários. Esta articulação, entretanto, é essencial para o avanço das conquistas no âmbito da saúde, para a construção real da efetivação do controle social e da participação da sociedade na gestão das políticas sociais.

Vale ressaltar que há uma questão relevante na não-articulação: a questão da mobilização. Há que se referir, mais uma vez, à cultura política do País, em que o exercício da cidadania ativa e da democracia participativa encontra dificuldades

culturais, visto que o hábito de sempre culpar e cobrar do Estado como se ele fosse o patriarca e o tutor da sociedade causa um imobilismo diante da luta por direitos sociais.

1.5.5 5.º Eixo: limites e possibilidades dos conselhos na atualidade

Este eixo busca conhecer quais os limites e as possibilidades vislumbrados pelas entidades de trabalhadores de saúde nos conselhos de saúde na atual conjuntura. Considera-se que os limites e as possibilidades apresentados se configuram em importantes balizas para a ação destas entidades na construção do controle social.

1.5.5.1 Limites

Com relação aos limites, a maioria das entidades identifica mais de um determinante. Assim, para efeito de análise, como se pode observar no gráfico 8, os limites se dividem em relação: aos conselhos; à dinâmica dos conselhos; e aos gestores.

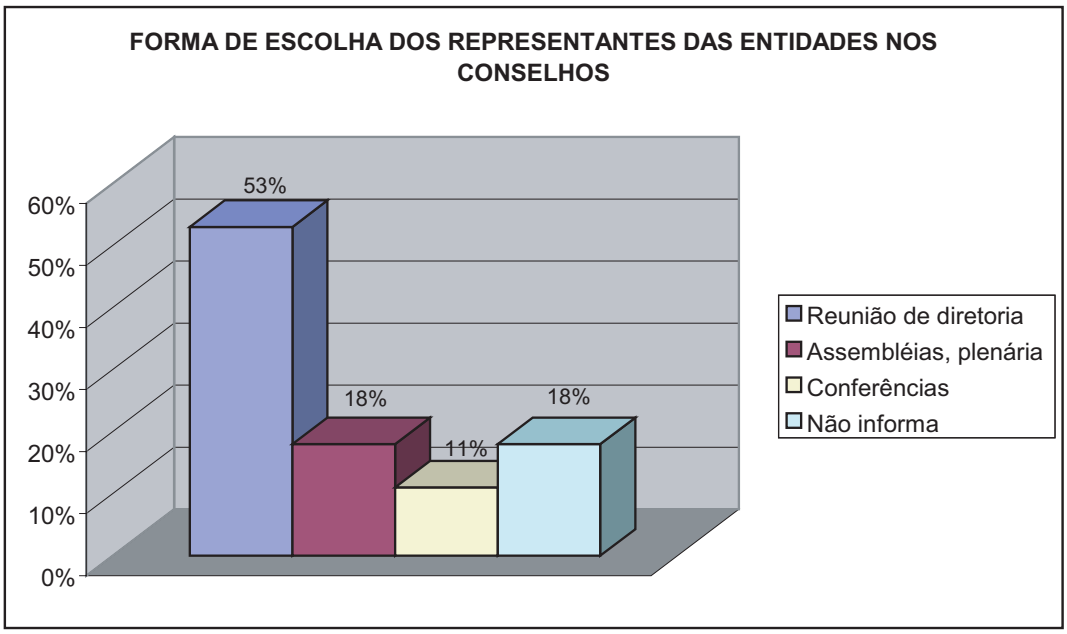


Gráfico 8 – Limites dos conselhos

Fonte: BRAVO, M.I.S (Coordenadora). Projeto Políticas Públicas de Saúde: O Potencial dos Conselhos do Rio de Janeiro, 2005.

- NO QUE SE REFERE AOS CONSELHEIROS, surgiram enquanto limites: a falta de renovação de quadros; a falta de formação dos conselheiros; maior participação popular; ação desarticulada dos conselheiros; e a presença de outros interesses dos sujeitos na ocupação desta representação.

Todas estas questões são pertinentes e resultantes, em sua maior parte, do refluxo dos movimentos sociais a partir da década de 90. Portanto, torna-se ainda mais im-

prescindível a atuação dos sujeitos interessados no avanço da proposta de Reforma Sanitária na viabilização de uma mudança desse cenário. Isso só é possível a partir da compreensão do espaço do conselho enquanto um fórum potencial na participação da sociedade organizada na gestão das políticas sociais.

- EM RELAÇÃO À DINÂMICA DE FUNCIONAMENTO DOS CONSELHOS, surgiram as seguintes questões: não-socialização de informações em relação ao Plano de Saúde e ao Orçamento; uso do Conselho apenas enquanto espaço de denúncias em detrimento da participação na formulação e elaboração da política de saúde; morosidade das reuniões; falta de estrutura e recursos para funcionamento; e grande burocracia e exigência legal para participação das entidades nos conselhos.

Neste ponto, percebe-se que o despreparo e a falta de acesso às informações têm burocratizado este espaço de formulação de estratégias e de controle da execução das políticas de saúde, transformando-o em simples espaços de denúncias. É necessário ter clareza quanto ao papel do Conselho, suas competências e atribuições, para se alterar esta dinâmica e avançar na efetivação do caráter propositivo e fiscalizador da execução das políticas de saúde.

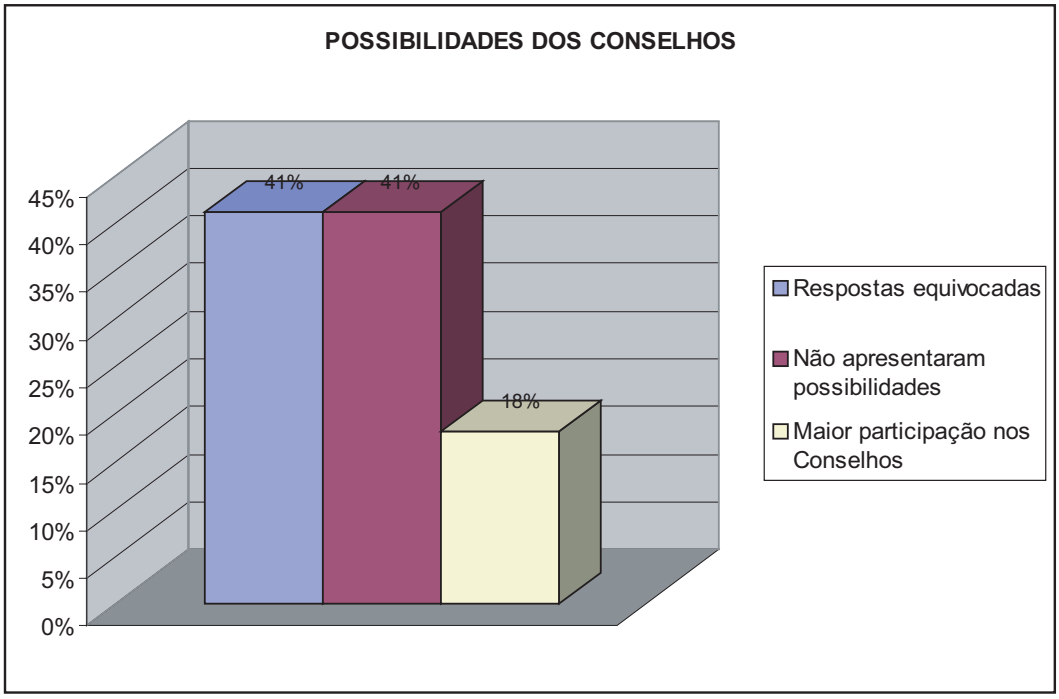
- EM RELAÇÃO AOS GESTORES, os conselheiros expressam enquanto limites as seguintes questões: falta de vontade política, cooptação de sujeitos políticos, desrespeito às atribuições legais dos conselhos.

As questões que remetem aos gestores são as que mais surgiram nas falas dos conselheiros, com relação aos limites dos conselhos. Diversos gestores por meio de suas ações de cooptação e/ou não-cumprimento das deliberações dos conselhos têm dificultado a construção de uma nova cultura política, na contra-corrente ditada pelo projeto neoliberal de despolitização da população.

1.5.5.2 Possibilidades

Neste item, os conselheiros tiveram dificuldade em identificar as possibilidades de atuação dos conselhos na atualidade. Esse aspecto é salientado, sobretudo, no quantitativo de sete entidades (41%) que não apresentaram resposta para esta questão, conforme demonstra o gráfico 9.

Gráfico 9 – Possibilidades dos conselhos



Fonte: BRAVO, M.I.S (Coordenadora). Projeto Políticas Públicas de Saúde: O Potencial dos Conselhos do Rio de Janeiro, 2005.

Identifica-se que houve respostas equivocadas, sete (41%), tais como: capacitação de conselheiros; implementação do projeto de regionalização e articulação dos conselhos por meio do Conselho Estadual de Saúde (CES); participação na Mesa de Negociação do SUS; e ação junto ao Ministério Público. Os pontos levantados por estes conselheiros podem ser considerados enquanto estratégia de ação dos conselhos frente aos limites apresentados, porém não se caracterizam como possibilidades dos conselhos na atual conjuntura.

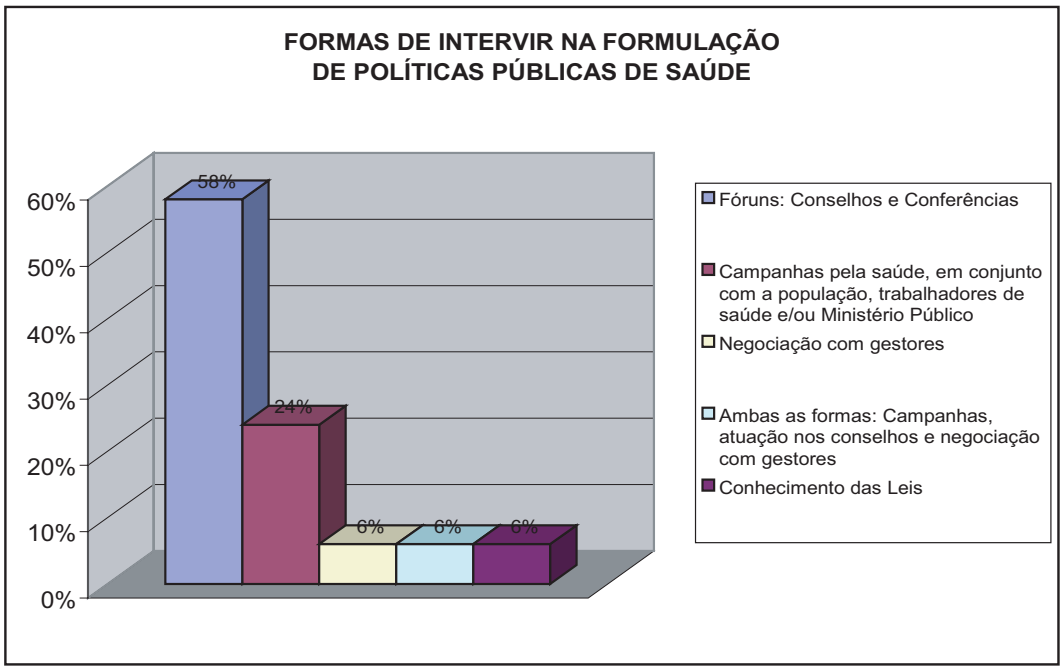
Como possibilidades efetivas, apenas três entidades (18%) conseguiram apresentar como proposição a necessidade de maior participação dos conselheiros; bem como ampliação da participação popular.

O que transparece nesse eixo de análise é que, apesar de serem identificados os limites que se impõem na atualidade para os conselhos, há uma dificuldade, por parte dos conselheiros e suas entidades, em vislumbrar possibilidades para a atuação dos mesmos nesse cenário.

1.5.6 6.º Eixo: estratégias da entidade para defesa da saúde

Pretende-se, neste eixo, identificar quais as formas encontradas pelas entidades em interferir na formulação das políticas públicas de saúde e se há articulação com outras entidades na luta em defesa da saúde.

Gráfico 10 – Forma de intervir na formulação de políticas públicas de saúde



Fonte: BRAVO, M.I.S (Coordenadora). Projeto Políticas Públicas de Saúde: O Potencial dos Conselhos do Rio de Janeiro, 2005.

As formas apresentadas pelos conselheiros vinculados às entidades para intervir na formulação das políticas públicas de saúde demonstram que, mesmo não havendo clareza pelos mesmos da real função dos conselhos, grande parte, 11 (65%), citou os conselhos e as conferências como espaços essenciais para formulação de políticas e quatro (23%) explicitaram as campanhas pela saúde. Somente uma entidade citou as duas formas, mais a negociação com os gestores como melhor caminho. Considera-se esta última como a que mais se aproxima de um real movimento para alterar a realidade. Isso mostra que ainda há um desafio de tentar, de fato, intervir na realidade para construir o SUS constitucional, garantindo a saúde como um direito de todos e um dever do Estado.

No que tange às lutas, a maioria, 14 (82%), coloca que articula a luta com outras entidades. As principais reivindicações são: saúde pública, luta antimanicomial, saúde do trabalhador e ato médico. Utilizam como forma os conselhos e as confe-

rências, as assembléias e passeatas, os debates, fóruns e também por meio de audiências públicas.

É importante destacar que poucas entidades citaram a luta em defesa da saúde pública. As questões de caráter corporativo, como, por exemplo, a luta contra o ato médico é predominante.

O ato médico é acompanhado de muitas discussões entre os profissionais de saúde, já que compromete as atribuições e a autonomia das demais profissões da área de Saúde. Dois pontos da proposta original têm causado polêmicas: 1) transformar em ato exclusivo dos médicos o trabalho de diagnóstico e terapia; 2) restringir aos médicos as atividades de coordenação, direção, chefia, perícia, auditoria e supervisão.

Lutar contra o ato médico é lutar contra o paradigma "flexeneriano" em que o médico é a figura central, não valorizando a interdisciplinaridade. Considera-se, entretanto, que as entidades de trabalhadores na área da Saúde devem ampliar suas lutas em defesa da saúde como direito de todos e dever do Estado.

1.6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados obtidos na pesquisa remetem, fundamentalmente à questão da concepção do conselho de saúde. A partir da análise das falas dos conselheiros em todos os eixos e, sobretudo, no tocante à sua concepção de conselho, fica claro que, em sua grande maioria, estes não tem clareza do que significa este espaço. Assim, suas ações e avaliações se tornam incipientes, como identificado em cada eixo de análise.

Ressalta-se que entre os conselhos de política e de direitos, os conselhos de saúde são os únicos que têm a paridade de 25% para o segmento dos trabalhadores de saúde. No entanto, o que se percebe, ao se fazer o levantamento dos Conselhos de Saúde do estado do Rio de Janeiro e na ida aos fóruns e conselhos, é que os profissionais de saúde não estão ocupando plenamente este espaço privilegiado de formulação, implementação e fiscalização das políticas de saúde.

Somente a partir da clara compreensão do espaço do conselho enquanto uma arena de disputa de diversos interesses é que se pode avançar na implementação do projeto da Reforma Sanitária, que tem como uma de suas propostas a gestão democrática da saúde.

Portanto, se faz ainda necessário que as entidades dos trabalhadores de saúde incorporem a noção de Conselho, enquanto um espaço legítimo de participação da sociedade, e exerçam o potencial político de suas entidades por meio deste espaço e para além dele. Na atual conjuntura, os conselhos somente serão fortalecidos a par-

tir da mobilização da sociedade organizada sob a perspectiva da gestão democrática e da ampliação dos direitos conquistados e materializados na Constituição Federal de 1988.

A partir dessa compreensão é que são estabelecidas estratégias para fortalecimento dos conselhos, tais como: a articulação entre os segmentos de trabalhadores de saúde e usuários; a articulação entre os conselhos de saúde e os demais conselhos de políticas e direitos; a democratização de informações via repasse para as entidades, seus filiados e demais sujeitos da sociedade civil; e a capacitação de conselheiros na perspectiva crítica e propositiva.

2 PÓLO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE DA REGIÃO METROPOLITANA I DO RIO DE JANEIRO[1]

A constituição dos Pólos de Educação Permanente em Saúde ocorreu por iniciativa do Ministério da Saúde, por intermédio da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde.

No ano de 2003, foram realizados vários encontros com o propósito de pensar e estabelecer estratégias referentes à capacitação e ao desenvolvimento de recursos humanos para a área da Saúde, com o objetivo de fugir de algumas práticas antigas, nas quais "chega alguém que sabe muito e passa o conhecimento do que considera ser o melhor ou o mais correto".

A proposta de mudança pretendida é que se tenha um processo de formação que envolva profissionais de campo e professores de instituições de ensino médio e universitário. O que se valoriza na educação permanente é a construção coletiva do processo de formação, na qual se agrega o aprendizado, a reflexão crítica sobre o trabalho, a resolutividade da clínica e a promoção de saúde coletiva. O serviço constitui-se em território pedagógico e, assim, docentes, estudantes e profissionais de saúde devem ter a realidade e os problemas locais como questões a serem enfrentadas na perspectiva da busca de soluções para melhor aprender e assistir.

Em fevereiro de 2004, foi instituída a Portaria n.º 198 (BRASIL, 2004), instrumento legal que trata da Política Nacional de Educação Permanente. Por intermédio dessa portaria, foram estabelecidas as grandes diretrizes com relação aquilo que se entende que deva estar nessa prática, unindo gestores, usuários, representantes de ONGs, associações e universidades.

A partir desse momento foram realizados inúmeros debates para a definição do que se chamou de "lócus regional", ou seja, o território de atuação de cada pólo de educação permanente. O Estado do Rio de Janeiro foi dividido em oito pólos, sendo que o Município do Rio de Janeiro e mais os 11 municípios da Baixada Fluminense constituem o Pólo da Região Metropolitana I.

[1] Para falar sobre o Pólo de Educação Permanente foi convidada a professora Tereza Ydalgo, coordenadora da Secretaria da Comissão Executiva do Pólo da Região Metropolitana I do Rio de Janeiro, que não pode comparecer por motivo de saúde. Representando-a, contamos com a professora Liany Bonilla Comino, da Faculdade de Enfermagem, ex-presidente do Sindicato dos Enfermeiros e atual assessora do Centro Biomédico da UERJ.

É importante ressaltar que a cidade do Rio de Janeiro possui uma peculiaridade em relação à saúde e ao SUS no Estado do Rio, por ser herdeiro da estrutura do antigo Distrito Federal do Brasil. Por esta razão, o Rio de Janeiro possui a maior capacidade instalada em termos de instituições públicas de saúde do País.

Deve-se realizar uma análise de como está sendo a organização, principalmente com relação ao Pólo da Região Metropolitana I, levando em conta a fusão do Estado da Guanabara com o Estado do Rio de Janeiro, o seu processo de municipalização e sua rede bastante distinta e diversificada.

Estas questões interferem e provocam uma certa dificuldade de organização do pólo, mas é preciso aprofundar as discussões sobre o que é necessário fazer para reverter esse quadro.

A professora abordou também como é a estrutura dos pólos. De acordo com a Portaria n.º 198 (BRASIL, 2004), os pólos possuem um colegiado – composto por representantes de instituições como hospitais universitários e órgãos formadores, dos conselhos municipais e estaduais de saúde, de gestores estaduais e municipais de saúde e de educação, de estudantes, de trabalhadores de saúde e de movimentos sociais e um conselho gestor, que conta com representações das seguintes esferas: gestor estadual, gestores municipais, gestor do município-sede do pólo, estudantes e instituições de ensino.

Para garantir a representação de todos os municípios do Pólo "Metro I", seu conselho gestor é bastante grande, mas, por mais complicado que esse processo possa parecer, há uma vasta riqueza de experiências e tem-se a capacidade de superar questões pré-concebidas que irão aparecer na medida em que a "roda rode".

Torna-se fundamental que as universidades se vejam como integrantes deste processo, modificando alguns fatores que ao longo do tempo se cristalizaram na academia. Ela pode e deve contribuir na discussão, visando encontrar soluções para os tantos problemas de saúde identificados.

O processo de capacitação e o Programa de Educação Permanente (PEP) tratam desta questão crucial. É fundamental que haja uma forte articulação entre as salas da academia e seus campos de estágio, numa contribuição mútua entre o profissional de saúde e a universidade, o primeiro emprestando sua experiência e a segunda contribuindo para a sua capacitação, fortalecendo uma relação de troca de modo a romper com posturas anteriores em que muitos falavam: *"Lá vem aquele pessoal das escolas que sabe tudo".*

A formação do Colegiado ou Fórum dos Pólos deve ser uma iniciativa da Secretaria Estadual de Saúde com o intuito de reunir os pólos periodicamente para promover a troca de experiências, estimular a cooperação e a conjugação de esforços entre eles, o avanço de um pode auxiliar no avanço dos outros. Mais do que isso: é importante que sejam estabelecidas diretrizes de atuação, por meio da compatibi-

lização das iniciativas com as políticas de saúde, "para que não se percam em tendências, porque num determinado pólo existe esta ou aquela instituição".

O pólo, como já foi dito, é um lócus regional, interinstitucional, que se responsabiliza por determinado território, que é definido por pactuação na Comissão Intergestores Bipartite e aprovado no Conselho Estadual de Saúde. Os municípios devem estar referidos a um destes pólos para apresentar as suas necessidades de formação e de desenvolvimento, seja do órgão formador, seja dos serviços ou de qualquer um dos segmentos participantes. Atualmente, todos os municípios do Estado do Rio de Janeiro encontram-se vinculados a um dos pólos regionais.

A proposta do Ministério da Saúde em relação à constituição das "rodas", que pode ocorrer em níveis diferentes, vem sendo amplamente discutida. A roda é um processo de trabalho, com a participação de todos os segmentos envolvidos e pode ser constituída em ambientes de diferentes níveis de complexidade: nível micro, podendo se situar em uma instituição (centro de saúde, hospital, unidade de PSF); nível intermediário, que possui uma abrangência maior, como uma área programática de um grande município, e nível macro, onde se tem a possibilidade de relação entre projetos de vários municípios, com a interferência, discussão e a participação das secretarias estaduais e municipais de saúde.

Na Metro I, a "Roda começou a rodar" numa oficina realizada em dezembro de 2004, na UFRJ, onde começou a se discutir os projetos que seriam apresentados e que poderiam estar concorrendo aos recursos que serão repassados pelo Ministério da Saúde. Vários grupos foram formados. Já houve uma primeira apresentação de projetos que devem ser pactuados pelo Colegiado de Gestão do Pólo, pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e pelo Conselho Estadual de Saúde (CES). Estes projetos são encaminhados ao Ministério da Saúde, com base em orientações e diretrizes preconizadas na Portaria n.º 198 (BRASIL, 2004) para serem analisados com vistas à sua acreditação/validação.

Uma questão que se temia era a de que a proposta de capacitação acontecesse nos moldes da educação continuada estrita, ou seja, trabalhar pontualmente uma determinada questão, transformando a educação permanente em um rol de cursos. Entende-se a educação permanente como uma proposta que vai além de um pacote de cursos, de treinamentos técnicos. Configura-se como espaço em que todas as pessoas possam estar imbuídas numa ação que venha romper com práticas tradicionais, pois visa essencialmente aprimorar a aprendizagem e qualificar a assistência prestada à população pelo SUS.

A partir do discurso de representantes do Ministério da Saúde, a professora Liany lembrou que:

> "Quando um município se compromete com a educação, temos uma novidade de Estado. Quando uma instituição formadora se compromete com a gestão da saúde, temos uma novidade de Estado. Quando o Estado se coloca em mediação pedagó-

gica com os municípios e instituições de ensino, temos uma novidade de Estado. Quando a formação e o desenvolvimento reúnem a educação superior, técnica, básica e popular, temos uma enorme novidade de Estado."

A professora finalizou sua fala acrescentando:

"O entendimento que se tem é de que, sem dúvida, estamos sendo conclamados a participar de uma grande revolução no enfoque da capacitação e do desenvolvimento de recursos humanos, para que, de fato, possamos construir um outro paradigma, com a indispensável participação de todos."

A exposição foi aberta para perguntas e foram levantadas duas questões:

1.ª) *Em algumas conferências de saúde foi tirada a proposta de incluir na grade curricular de faculdades que formam profissionais de saúde, a discussão de conselhos de saúde e também a discussão do Sistema Único de Saúde (SUS). Gostaria de saber se a faculdade de enfermagem da UERJ já está implantando isso?*

Segundo a professora Liany, o currículo de enfermagem da UERJ é integrado: não mais possui grandes disciplinas, mas sim grandes áreas de conhecimento. Em relação ao que foi questionado, informa existir no currículo, em períodos diferentes, duas disciplinas nas quais são amplamente discutidos esses temas. São elas "Política de Saúde I e II", oferecidas para os alunos que estão chegando à faculdade, a fim de que possam, precocemente, conhecer o Sistema Único de Saúde, a legislação pertinente, assim como a situação de saúde da população, diagnóstico, aspectos críticos e o controle social necessário.

2.ª) *Não há a representação dos trabalhadores e dos usuários no conselho gestor. Como ficam as queixas e a representação dos trabalhadores sem a fala?*

A professora Liany expôs que a composição oficial do conselho gestor é aquela que foi apresentada, e que esta participação no processo de distribuição dos próprios municípios se deu de forma distinta.

Todavia, o conselho gestor faz parte de uma coerência interna do pólo e tem a ver com os diferentes segmentos que compõe o colegiado. Na Metro I, isto fugiu um pouco ao que é preconizado pela Portaria.

Ao se criar as rodas, também não foi permitida a sua formação sem a representação de todos, incluindo-se usuários, trabalhadores, estudantes e o controle social.

(Sobre a questão levantada, também houve a participação da enfermeira Glória, da Secretaria de Estado de Saúde). Esta relata que o colegiado de gestão do PEP possui uma concepção de fundo, que é a da Pedagogia da Educação Permanente. Sendo um colegiado com vários atores envolvidos, há momentos de conflito, de tensão.

O que ocorreu foi que, quando se discutiu o conselho gestor, os segmentos que compunham esse colegiado, ou seja, os gestores, tinham maioria de representação.

Um exemplo é a Região Serrana, em que todos os gestores participaram ativamente e, em outros pólos, isso não aconteceu. Nestes, tivemos maior participação do controle social. Isso significa que a participação das representações dentro do colegiado é que vai definir o conselho gestor, e já se faz necessária uma pesquisa sobre este fenômeno.

3 SÍNTESE DA PROPOSTA DE NORMA OPERACIONAL BÁSICA DE RECURSOS HUMANOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (NOB/RH – SUS)[1]

Patrícia Simone Xavier de Araújo

3.1 APRESENTAÇÃO

O processo de descentralização do setor Saúde e as mudanças no modelo de gestão dos serviços estão relacionados com as alterações ocorridas no mercado de trabalho na década de 90, entre as quais destaca-se a crise no mercado formal, a queda nos salários, a terceirização dos profissionais de saúde e a formação de cooperativas.

Desde 1998, a Comissão Intersetorial de Recursos Humanos e a Mesa Nacional de Negociação do SUS estão discutindo os princípios e as diretrizes para a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS. Esta proposta tem por finalidade estabelecer parâmetros gerais para a gestão e gerência do trabalho no Sistema Único de Saúde. Cabe colocar que esta NOB ainda não foi aprovada.

Este texto é uma síntese da versão preliminar da NOB de Recursos Humanos e se encontra dividida em seis itens: a gestão do trabalho no SUS; a elaboração dos Planos de Carreira, Cargos e Salários; relação gestores/prestadores de serviço e trabalhadores do SUS; desenvolvimento do trabalhador pelo SUS; saúde do trabalhador do SUS e controle social da gestão do Trabalho no SUS.

3.2 IDÉIAS CENTRAIS DA PROPOSTA

3.2.1 A gestão do trabalho no SUS

- A NOB/RH abrangerá a gestão e a gerência de todos os trabalhadores do SUS, independendo do seu tipo de contrato com o serviço público. Para que a NOB/RH seja implantada tanto os trabalhadores quanto os gestores e prestadores de serviço (contratados ou conveniados) deverão participar de forma bilateral.

[1] A primeira versão deste texto foi publicada na Coletânea "Capacitação para Conselheiros de Saúde: textos de apoio", organizado por Maria Inês Souza Bravo, Maurílio Castro de Matos e Patrícia Simone de Araújo, em 2001. (ARAÚJO, 2001).

- Plano de Carreira Cargos e Salários (PCCS) deve existir em cada nível de gestão do SUS, inclusive nos prestadores de serviços privados de saúde.
- Nos serviços públicos o recrutamento deve ocorrer, por meio de concurso público para o preenchimento de vagas de acordo com os planos de saúde de cada esfera de governo.
- Nos serviços privados conveniados com o SUS, a contratação será por meio de seleção pública.
- Compete ao gestor (de cada esfera de governo) contratar e manter o quadro de profissionais necessários à execução das ações e aos serviços de saúde, estabelecidos de acordo com as necessidades da população e com as condições de gestão definidas pela NOB/96.
- A gestão do trabalho no SUS compete ao gestor municipal, que recebe os serviços de saúde.

3.2.2 A elaboração dos planos de carreira, cargos e salários (PCCS)

- PCCS abrange todos os trabalhadores do SUS independendo de seu vínculo empregatício, podendo ser único em cada esfera de governo, dependendo da capacidade de articulação política dos atores sociais envolvidos;
- As categorias profissionais devem ser classificadas em grupos de cargos, de acordo com a qualificação profissional e a complexidade exigida para o desenvolvimento das ações.
- Aos trabalhadores com funções assemelhadas pelo nível de escolaridade, deverá ser assegurada a isonomia salarial.
- A evolução do servidor na carreira, tanto os públicos quanto os das organizações sociais, consórcios e trabalhadores do setor privado (filantrópico e lucrativo), deve ocorrer por capacitação, avaliação de desempenho, titulação e formação profissional.
- Aos trabalhadores do SUS deve ser assegurada a mobilidade entre as diferentes áreas de atuação (gestão, promoção, proteção e recuperação da saúde), além do acesso aos mesmos cargos e classes de melhor posicionamento na tabela salarial.
- O PCCS tem que permitir a qualificação profissional, visando à evolução dos trabalhadores do SUS na carreira, devendo se adequar periodicamente às necessidades e dinâmica de funcionamento do SUS.
- Os trabalhadores que se dedicarem exclusivamente ao SUS devem receber estímulo financeiro.
- A elaboração e implementação do PCCS devem ocorrer no prazo de 12 meses após a aprovação desta NOB.

- Os conselhos de saúde e trabalhadores de saúde organizados deverão participar da implantação de ações, serviços e projetos assistenciais;
- A implantação de novas tecnologias e aquisição de equipamentos deve ser observada em cada âmbito de gestão do SUS.
- Banco de dados sobre recursos humanos do SUS deve ser organizado em cada âmbito de gestão, visando facilitar uma avaliação permanente entre a capacidade de oferta e a necessidade de recursos humanos, para a realização de serviços de saúde e para o controle social da gestão do trabalho no SUS.

3.2.3 Relação gestores/prestadores de serviço e trabalhadores do SUS

- Em todos os âmbitos de gestão do SUS, devem ser instaladas mesas de negociação paritárias. Os nomes de seus membros serão encaminhados à Comissão Intergestores Bipartite (CIB) ou Comissão Intergestores Tripartite (CIT) no prazo de cinco meses após a publicação da NOB/RH-SUS, sob pena de suspensão de repasse dos recursos fundo a fundo.
- Os instrumentos formais de acordo e pactuação entre gestores/prestadores de serviço e trabalhadores do SUS são:
  - Setor Público ▸ Acordo Coletivo de Trabalho;
  - Setor Privado ▸ Contrato Coletivo de Trabalho ou Convenção Coletiva de Trabalho.
- Estes documentos devem ser apresentados e atualizados anualmente para assegurar o repasse de recursos da União para o SUS.
- Processos administrativos podem ser instaurados pelo gestor, se este considerar inadequada a conduta do trabalhador do SUS às ações e aos serviços de saúde, assegurando ao trabalhador ampla defesa.

3.2.4 Desenvolvimento do trabalhador pelo SUS

- Responsabilidades dos gestores com a formação de recursos humanos para o SUS:
  - ◊ os gestores devem estabelecer mecanismos de negociação entre saúde e educação para que as instituições formadoras ajustem os currículos para que estes contemplem a formação de profissionais que atendam às prioridades estabelecidas pelo SUS (definido nas Leis n.º 8.080/90 e n.º 8.142/90);
  - ◊ os gestores devem estruturar um sistema de informação que possibilitem os dados necessários para o planejamento das ações de formação de trabalhadores do SUS compatíveis com as demandas;
  - ◊ os gestores devem captar recursos por meio de instituições e organismos nacionais e internacionais para a capacitação de trabalhadores do SUS;

◊ incentivar a participação de instituições de ensino no SUS por meio de pesquisa e extensão, ensino básico, avaliação de serviços, etc.;
◊ estimular o uso da capacidade instalada do SUS como campo de estágio e formação de trabalhadores;
◊ Criar um programa de educação permanente, visando à capacitação dos trabalhadores para que se desenvolvam na carreira, e um atendimento de qualidade.

3.2.5 Saúde do trabalhador do SUS

- Tem como objetivo melhorar a qualidade de vida dos trabalhadores do SUS, visando um ambiente de trabalho saudável.
- Criação de centros de referência de saúde do trabalhador nos âmbitos de gestão.
- Criação e manutenção da Comissão de Saúde do Trabalhador do SUS, formada nos locais de trabalho, de forma paritária entre trabalhadores e gestores ou prestadores de serviço.

3.2.6 Controle social da gestão do trabalho no SUS

Está baseada em três pressupostos:

a) Gestão pactuada entre gestores, trabalhadores e usuários, antes de ser executada.
   - Participação na definição do quadro de recursos humanos necessários ao SUS, de acordo com orçamentos e planos de saúde.
   - Definição dos mecanismos de recrutamento de recursos humanos, acompanhamento do concurso, seleção pública e lotação dos profissionais.
   - Definição do modelo assistencial e do processo de trabalho.
   - Participação na avaliação de desempenho dos trabalhadores.
   - Aprovação e implementação do PCCS.

b) As instâncias de controle social (conferências e conselhos de saúde) são fóruns apropriados para deliberações.
   - Constituir comissões de recursos humanos para acompanhar as deliberações, podendo propor intercâmbios entre órgãos gestores e técnico-científicos formadores de recursos humanos para capacitação e formação dos trabalhadores, além de assessorar os conselhos de saúde.
   - Acompanhar processos de negociações coletivas entre trabalhadores e gestores.
   - Denunciar ao ministério público questões relativas à má qualidade dos serviços, insuficiência ou falta de capacitação dos recursos humanos.

- Propor a CIB ou CIT a interrupção de repasse de recursos à instância de gestão que esteja sendo negligente com os recursos humanos.

c) A implementação de suas deliberações deve ter um impacto positivo na qualidade e no acesso dos usuários às ações e aos serviços.
   - Propor gestão ou gerência colegiada dos serviços de saúde do SUS.
   - Apurar denúncias de usuários sobre maus-tratos aos mesmos por parte de gestores e trabalhadores de saúde.
   - Propor a organização do processo de trabalho de forma multiprofissional, conforme as necessidades apontadas pelos planos de saúde.

3.3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A questão dos recursos humanos, desde o início do processo de implantação do SUS, é a que tem sofrido mais desregulamentações devido à política de reforma do Estado. Os problemas vão desde a convivência de trabalhadores dos diversos níveis de governo numa mesma unidade de saúde, que têm direitos e salários diferenciados à falta de estímulo profissional e ainda à contratação de profissionais e aos serviços terceirizados (sem concurso público ou licitação) para a realização de serviços públicos.

Já nas instituições privadas (filantrópicas e lucrativas) que prestam serviços ao SUS, as principais distorções são: o não pagamento dos direitos trabalhistas de profissionais por elas contratados; a contratação de profissionais via cooperativas (visando isenções fiscais) e a substituição de profissionais por estagiários com remuneração inferior.

A proposta de NOB-RH avança ao considerar todos como trabalhadores do SUS, independendo de seu vínculo empregatício; estabelecendo que o PCCS deve abranger a todos os trabalhadores, inclusive os prestadores de serviços privados de saúde. No que se refere à contratação de servidores, o recrutamento para o serviço público deve ocorrer somente por meio de concurso público e nos serviços conveniados ao SUS por seleção pública.

Outro ponto a ser salientado é sobre o controle social, em que os conselhos e as conferências são fóruns que devem acompanhar e deliberar sobre: a contratação de recursos humanos; as negociações coletivas entre os trabalhadores e gestores ou prestadores de serviços; denunciar ao ministério público a redução de cobertura ou má qualidade dos serviços e propor a gestão colegiada dos serviços de saúde do SUS.

4 PLANOS DE CARREIRA, CARGOS E SALÁRIOS

4.1 PROPOSTA DE DIRETRIZES NACIONAIS PARA A INSTITUIÇÃO DE PLANO DE CARREIRA, CARGOS E SALÁRIOS NO ÂMBITO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (PCCS-SUS)

- Professora Maria Helena Machado – Ministério da Saúde/Secretaria de Gestão do Trabalho

"*Primeiramente gostaria de agradecer à Secretaria de Gestão Participativa do Ministério da Saúde, à colega Lúcia Souto, obrigada pelo convite e a todos vocês aqui. Eu gostaria de lembrar a todos que vamos realizar nos dias 10, 11 e 12 de novembro a Conferência de Saúde do Trabalhador, e 13, 14, 15, 16 a III Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Nós já tivemos duas conferências, a Conferência de Recursos Humanos I e II, e agora vamos ter a III. Todas essas questões discutidas aqui vão ser abordadas nas conferências estaduais e municipais, que vão acontecer a partir de abril, para depois desembocar na Conferência Nacional, em Brasília.*

A idéia da apresentação é rápida. É baseada no documento "Diretrizes Nacionais de Planos de Carreira, Cargos e Salários no âmbito do SUS". Compõem esse documento uma apresentação da coordenação nacional dessa comissão, que é a coordenação feita pelo governo, na minha pessoa, e Irineu Messias, presidente da CNTSS da bancada dos trabalhadores. Esse documento entra em consulta pública durante 60 dias (a partir da semana que vem), no site do Ministério da Saúde. Também semana que vem vamos distribuir 30.000 exemplares em forma de cartilha, apesar de ser pouco em relação aos dois milhões de trabalhadores que existem no Brasil, mas a idéia é de que os sindicatos, os conselhos possam divulgar/distribuir.

São diretrizes nacionais para o plano de carreira, não é o plano de carreiras, mas são diretrizes para o SUS: inclui o federal, estaduais e municipais. Também foi alvo de uma portaria (n.º 626 de 8/4/2004) que abriu a discussão. E as diretrizes a partir da discussão da Mesa Nacional de Negociação permanente do SUS, que tem participação de 13 federações e confederações e 13 representantes de governo: estadual, municipal e setor privado complementar. A comissão é formada por todo esse elenco de atores, representação das várias secretarias do Ministério da Saúde, gabinetes, SGTES, Secretaria de Atenção à Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Ciência e Tecnologia, Funasa, Anvisa, Fiocruz, ANS, Ministério do Pla-

nejamento, Conass, Conasems, e representantes da Mesa Nacional de Negociação. Foram escolhidos seis representantes da mesa.

A perspectiva do plano de cargos é a de termos uma identidade com o SUS, ou seja, a identidade do trabalhador do SUS, das instituições que o compõe. Busca o estabelecimento do compromisso, a relação mais direta entre gestores e trabalhadores do SUS com qualidade e profissionalismo. O Plano de Carreira deve ser um instrumento de gestão e de gerência bem-estabelecido para o gestor e que, ao mesmo tempo, possa dar valorização, dignidade, carreira ao trabalhador, assim como destacando a educação permanente, que compõe o PCSS, como o motor do sistema. As diretrizes do plano estão divididas em capítulos. A proposta da comissão para o Ministro da Saúde e, certamente, com o Conass e Conasems e a bancada dos trabalhadores é que a gente transforme isso numa lei, para que não vire só um documento a mais. A idéia é que ele vá para o Congresso em forma de lei.

Os princípios que vão reger as nossas diretrizes levam em consideração evidentemente a NOB de Recursos Humanos, e tudo que diz respeito ao que estamos, há tantos anos, produzindo no SUS.

Um dos princípios é a universalidade, ou seja, todos os planos de instituições públicas deverão abarcar todos os trabalhadores, isso é um primeiro ponto.

A equivalência trata de que os planos tenham equivalência entre os entes federados. Por exemplo: eu sou professora titular da Fiocruz e o que eu faço lá tem que ter equivalência com o que faço no Departamento de Gestão do Trabalho no Ministério da Saúde onde sou diretora. Do mesmo jeito que um diretor de um hospital ou um gerente de uma unidade, aquele voltado para o nível técnico. Do nível mais alto ao mais baixo, tem que ter equivalência, os cargos têm que falar entre si. Não podem ser cargos em que eu não me reconheço quando saio da Fiocruz. Eu, estando no Ministério da Saúde, o que eu estou fazendo lá a Fiocruz tem que reconhecer como trabalho que compõe as minhas atividades complementares ao cargo que tenho na Fiocruz.

O princípio de acesso é por meio de concurso público. O princípio fundamental por meio da mobilidade é que não devemos chamar os trabalhadores que estão na instância federal que trabalham na instância municipal de municipalizados ou estadualizados, mas pensar na mobilidade, ou seja, para que o trabalhador possa transitar no sistema de uma esfera para outra sendo federal, estadual ou municipal. Isso vai demandar lei complementar para que permita que o trabalhador não perca sua identidade federal, estadual ou municipal. O sistema tem que reconhecer isso e permitir a transitoriedade de uma esfera para outra, para que não vire uma questão de favor do gestor para com o trabalhador, acabando com a insegurança do trabalhador. Da mesma forma, o gestor não pode ficar à mercê do trabalhador em aceitar as regras gerenciais ao qual está subordinado. É preciso ter consciência de que a qualquer momento pode ter mudança, é necessário então flexibilidade para

aceitar essas mudanças. A gestão partilhada é a idéia de que não se pense em plano de cargos sem a participação dos trabalhadores. Nas diretrizes isso é apontado na comissão paritária; as diretrizes foram construídas de forma compartilhada, comprometida com os trabalhadores.

A carreira como instrumento de gestão, ou seja, o plano tem que passar a idéia de que ele é um instrumento de gerência importante para o gestor.

A educação permanente é importante para que se estabeleça um compromisso entre os gestores e os trabalhadores, de que todos precisam se qualificar permanentemente, para se construir uma boa carreira que evolua a partir da formação e da avaliação da experiência.

A avaliação de desempenho foi acordada com muita dificuldade com a bancada dos trabalhadores, mas se faz necessário que o trabalhador, assim como a instituição, os dirigentes e a equipe sejam avaliados levando sempre em consideração os critérios técnicos para não ficar em critérios subjetivos.

Existem alguns conceitos básicos do que são profissionais, trabalhadores de saúde, trabalhadores do SUS. Profissionais de saúde são todos aqueles que têm qualificação específica na saúde, têm formação, seja ela técnica ou prática. Como exemplo, podemos citar os agentes comunitários de saúde, mesmo que eles não possuam uma formação específica na saúde, eles possuem uma formação prática. Trabalhadores de saúde são todos aqueles que tendo ou não formação específica, estão na saúde, isto inclui todo mundo: os advogados, os técnicos, os administrativos, toda a área de gestão e evidentemente os profissionais de saúde. Esse conceito é mais amplo, no entanto, o conceito que utilizamos é o de trabalhador do SUS: consideramos que são todos aqueles trabalhadores que abarcam os outros dois conceitos que estejam na área pública federal, estadual e municipal e inclui também o setor complementar. É com essa visão que foram traçadas as diretrizes do plano de cargos do SUS, com a diretriz de trabalhador do SUS, ou seja, abrange todo mundo.

O segundo capítulo trata da organização das carreiras, que trata dos cargos ou empregos, das classes, dos padrões de vencimento e dos salários. Trabalhamos e estamos definindo a perspectiva de dois e três cargos. Não apontamos cargos e empregos. Já com relação à idéia de padrões de vencimento, não estamos apontando piso salarial, mas sim que não haja discrepância entre o maior e o menor, mas que se mantenha um nível ou padrão salarial e o crescimento dele ao longo da vida até se aposentar.

CARGOS OU EMPREGOS
1.ª Alternativa: três cargos – Auxiliar em saúde – Assistente técnico em saúde – Especialista em Saúde 2.ª Alternativa: dois cargos – Assistente em saúde – Especialista em saúde

A proposta de cargos é um ponto polêmico com os trabalhadores que não estão em consenso a respeito do cargo único, mas foi acordado com muita dificuldade e muito cuidado, porém com respeito entre as partes, de fazer uma diretriz e apontar para dois e três cargos, com a perspectiva de se discutir também o cargo único. Estamos tratando somente de cargos amplos, não estamos trabalhando com médico, enfermeiro, auxiliar: nós utilizamos o modelo do Rio de Janeiro. Como ajudei a montar o PCCS do Rio de Janeiro, isso me facilitou bastante o trabalho nacional. Então, trabalhamos com cargos amplos: de especialistas, auxiliares, assistentes especialistas. Essa é a visão mais tradicional que leva nível médio, técnico e superior, incluindo todos os trabalhadores.

A segunda alternativa, que é mais polêmica, porém mais democrática, seria a de dois cargos: assistente e especialista, sendo especialista o de nível superior. A vantagem dessa segunda alternativa, tomando como exemplo uma equipe de enfermagem onde se tem de um atendente de enfermagem até um técnico, gira em torno da idéia de que ele possa ascender por dentro da carreira. Até por coerência de governo, nós deveríamos adotar essa proposta, porque tem uma ascendência e não fere a Constituição, no nosso entendimento. Entretanto, vários juristas dizem que fere a Constituição. Mas, de todo jeito, é um debate/embate que nós temos que travar, em algum momento, com a área jurídica.

As Classes (três cargos)
1) Auxiliar em saúde Classe A: Ensino fundamental incompleto Classe B: Ensino fundamental completo, ou qualificação ou experiência profissional Fixadas pelo plano de carreira
As Classes (três cargos) 2) Assistente técnico em saúde <u>Classe C</u>: Ensino médio completo <u>Classe D</u>: Ensino técnico completo ou qualificação ou experiência profissional fixadas pelo plano de carreiras

– As Classes (três cargos)

3) Especialista em saúde

Classe E: Ensino superior completo

Classe F: Ensino superior completo e especialização ou qualificação, ou experiência profissional, fixadas pelo plano de carreiras

Classe G: Ensino superior completo e mestrado ou qualificação ou experiência profissional fixadas pelo plano de carreiras

Classe H: Ensino superior completo e doutorado ou qualificação ou experiência profissional, fixadas pelo plano de carreiras.

Descendo a detalhes, o auxiliar tem a classe A e a classe B, o assistente técnico, a mesma coisa com duas classes, e o especialista com quatro classes. A idéia é de que o especialista inicia num nível menor com a formação de graduação e vai até um nível maior, doutorado ou qualificação, e incluindo também a experiência profissional fixada pelo plano de carreiras. Esse ponto também deu muita polêmica. Na minha experiência pessoal me sinto tranqüila para opinar, pois sou da academia, e acredito que o serviço não tem que trabalhar com a idéia de que o top de linha é aquele que é doutor: top de linha tem que ser aquele que tem experiência, pode ter doutorado e qualificação equivalente. Nós estamos falando, por exemplo, da maioria dos trabalhadores da Saúde, que têm 20 anos de experiência, que já operou "n" pessoas ou já fez "n" diagnósticos. Este trabalhador tem que ter o mesmo valor ou até mesmo mais valor que um título de mestre, ou um título de doutor, ou um diploma de especialista.

– As Classes (dois cargos)

1) Assistente em saúde

Classe A: Ensino fundamental incompleto;

Classe B: Ensino fundamental completo ou qualificação ou experiência profissional fixadas pelo plano de carreiras

Classe C: Ensino médio completo

Classe D: Ensino técnico completo ou qualificação ou experiência profissional fixados pelo plano de carreiras

Tratando-se de dois cargos, evidentemente as coisas mudam, porque se nós não temos o nível fundamental, temos então que aumentar a carreira dele, ficando a mesma coisa: o trabalhador começa no nível fundamental e vai até o técnico, como também a questão da qualificação. Nós aqui também estamos levando em consideração que não é só o diploma de técnico que vai elevá-lo ao último grau da carreira de assistente em saúde, o que não significa que se ele não tiver qualificação formal

para exercer uma determinada atividade na saúde, ele vai exercer. É óbvio que não, nós estamos falando, por exemplo, do técnico de enfermagem, Raio X, e a mesma coisa para o nível superior. Mas nós estamos falando de carreira, ele pode não ter essa qualificação, mas ele é um excelente profissional já no final de carreira. Então, é considerado top de carreira tanto quanto aquele que é técnico. A mesma coisa o especialista, é idêntico, não tem diferença.

No capítulo III estamos tratando com a idéia de desenvolvimento, como o trabalhador vai se desenvolver na carreira. Esse desenvolvimento vai ocorrer pela promoção, por meio da qualificação ou experiência profissional. Isso também é polêmico porque tinha um grupo que achava que tinha que ser somente pela qualificação. A gente acha que não. Ele pode, por exemplo, ter feito um estágio, ter produzido várias atividades e isso ser tão equivalente quanto à qualificação. Além de tudo, a gente tem que tomar cuidado, porque nem todo trabalhador, nem todo segmento de trabalhador tem acesso formal à qualificação. Por isso, as coisas têm que estar bem trabalhadas, pois muitas vezes a qualificação dele é durante o trabalho, já que o trabalho em si já é a qualificação.

Prosseguindo, no capítulo III tratamos da progressão. Estamos também nesse ponto trabalhando com o mérito e com o tempo de serviço. Isso também é polêmico, pois havia um grupo grande, incluindo gestores e trabalhadores, contrários ao tempo, e nós insistimos. Ficou dividida, parte dos trabalhadores e parte dos gestores, achando que tempo também tem que contar. Mas não é o tempo no sentido burocrático, que as pessoas vão passar independente ou não de ter qualificação. Mas tem que estar conjunto, não podemos só olhar o mérito e esquecer o tempo, levar em consideração 20 anos de trabalho de um profissional, com o mérito de ele ser um profissional de boa qualificação, de um bom trabalho no serviço. Então tempo e mérito estão juntos.

DESENVOLVIMENTO NA CARREIRA

a) Promoção

- Qualificação profissional ou experiência profissional

b) Progressão

- Mérito profissional
- Por tempo de serviço

A política de gratificação também é polêmica. Apesar de polêmico, gostaria de deixar claro que isso tudo foi consensual, não há divergência no campo sindical ou de gestor quanto a isso. Há questões polêmicas ainda para serem discutidas, por isso que vai ter a consulta pública: os sindicatos vão debater, gestores, conselhos também, enfim todos vamos debater. Depois, vamos consolidar esse documento para levá-lo para a Mesa Nacional de Negociação, aprovando o documento na visão que

a mesa considera correta. Leva-se então, para a discussão na tripartite, depois para o Conselho Nacional de Saúde para então encaminhar para a Casa Civil e, depois, para o Congresso, esse é o caminho natural. A nossa idéia é que a política de gratificação não é uma política de penduricalhos. Nós estamos falando de salário-base decente, como nós fizemos aqui no estado: um piso salarial decente. A partir daí é que se tem a gratificação. Não é um salário irrisório e um monte de gratificação. Estamos falando de salário e carreira.

As áreas que, em princípio, sugerimos nas diretrizes, além destas, o gestor, discutindo com os trabalhadores e com a comunidade, verá qual a mais importante. Pode ser que na reunião com os conselhos municipais ou com o conselho gestor, ele chegue à conclusão de que aquela instituição precisa ter alguma gratificação mais específica, por causa dos problemas específicos daquele lugar. Então, o gestor terá a sensibilidade, a flexibilidade de propor novas gratificações ou gratificações que podem, a qualquer momento, desaparecer. Ela pode ser temporária, dependendo do acordo que se firmar, claro que guardando todos os direitos trabalhistas.

A dedicação exclusiva ao SUS é a idéia daquele que queira se dedicar exclusivamente ao SUS. É necessário se pensar numa gratificação para ele. As pessoas que querem dedicação exclusiva ao SUS.

A atuação na atenção básica: aquele profissional que venha a se dedicar, à saúde da família, e toda a atividade que requer atenção básica.

A localização geográfica do posto de trabalho configurando áreas carentes, longínquas e de difícil acesso. Isso também é polêmico, mas precisa ser pensado. Nós não podemos continuar achando que quem trabalha em Copacabana deve ganhar igual àquele que trabalha numa região perigosa, de difícil acesso. Então, nós temos que cair na real e discutir isso com seriedade, do mesmo jeito que a área amazônica também tem que se pensar em gratificações diferenciadas.

Alto risco de atividades, aqui nós estamos falando basicamente de áreas de contaminação, é preciso pensar também num mapeamento de risco, para a gente traçar isso aqui. Mas a idéia de áreas de risco é também, por exemplo, áreas endêmicas, áreas complicadas.

Exercício profissional em urgência ou emergência, não há acordo nesse item, porque a maioria da bancada dos trabalhadores e gestores não concorda com essa posição. Mas como a comissão não vota, ela tem que buscar o consenso. Nós tivemos que discutir esse aspecto e, evidentemente, o debate democrático é quem vai dizer, mantém ou não mantém. Nós achamos que não deveríamos manter, mas é preciso que por democracia coloquemos aqui.

POLÍTICA DE GRATIFICAÇÃO

1) Dedicação exclusiva ao SUS
2) Atuação na atenção básica
3) Localização geográfica do posto de trabalho configurando áreas carentes
4) Alto risco de atividade
5) Exercício profissional em urgência ou emergência
   - ✓ A critério do gestor outras qualificações podem ser criadas

Capítulo IV – Do plano de desenvolvimento de pessoal

- Programa Institucional de Qualificação
  - Conscientizar o trabalhador de seu papel social no SUS
  - Desenvolver integralmente o cidadão trabalhador

- Programa Institucional de avaliação de desempenho
  - Avaliar as atividades dos trabalhadores, dos coletivos de trabalho e do órgão ou instituição
    - ✓ O financiamento do plano de desenvolvimento de pessoal deverá ser pactuado entre os entes federados

Já foi falado deste capítulo anteriormente: o programa institucional de qualificação. Nós estamos pensando que a instituição, junto com os trabalhadores, vai ter que pensar qual é o programa de qualificação desse profissional, pensando na carreira profissional e de avaliação também. Seria um programa institucional de avaliação, que vai avaliar toda a instituição, quer dizer, não é o trabalhador sozinho que vai ser avaliado, mas a equipe, o coletivo dele também é avaliado. A participação dos usuários nesse momento da avaliação é fundamental, assim como quando for definir o programa de qualificação, para juntos podermos ver quais são as necessidades da população. A questão do financiamento do plano de desenvolvimento de pessoal deverá ser pactuada entre os entes federados. Nossa idéia é de que isso também possa ser uma realidade. Nós não estamos falando de plano para depois não sabermos como financiar; isso tem que estar definido em folha. Vamos definir o percentual, isso é bastante polêmico, mas temos que discutir. A bancada dos trabalhadores vai apresentar uma proposta e isso vai ser discutido, evidentemente, na tripartite e acordado com ela, porque a gente tem que ver quem paga a conta, e como é que paga a conta.

Nós também trabalhamos com a idéia do enquadramento, como ele vai ser feito. Ele inicia no básico e depois terá o tempo determinado em lei para que se apresente a documentação, para poder ser enquadrado, evidentemente que pode ser enquadrado ou não, pode-se concordar ou não com o enquadramento. Aqui nós estamos falando de todos os trabalhadores na ativa e dos aposentados também. As diretrizes apontam isso.

Concluindo, as idéias gerais das diretrizes são essas, a idéia de que possamos, nesses próximos dois meses, discutir bem com a sociedade".

DO ENQUADRAMENTO

- Especialista em saúde:

Cargos ou empregos com exigência de escolaridade de ensino superior completo

✓ O trabalhador poderá optar pelo não-enquadramento até o último dia do prazo destinado ao processo de enquadramento.

4.2 PLANO DE CARGO, CARREIRA E SALÁRIO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

▪ Valéria – Departamento do Estado do Sindsprev/Base Niterói

"Vou tentar fazer um breve relato histórico do PCCS, mas vejo que esse é um momento muito peculiar. Porque nesta plenária encontram-se vários personagens que estariam igualmente habilitados para falar do PCCS, este, que em 2002, foi para a Alerj ser submetido ao plenário para ser votado e voltou. A governadora era Benedita da Silva que fez algumas correções, alguns vetos. Ele voltou à Alerj. Em dezembro de 2002, foi votado em sua íntegra e, a partir daí, começou seu martírio.

Durante o período de transição do governo de Benedita da Silva para Rosinha Garotinho, o PCCS foi suspenso pelo Ministério Público, por meio de uma ação que foi pedida por um membro da equipe de Rosinha. Essa pessoa, a mando da governadora, entra com uma ação no Ministério Público contestando o PCCS por conta de ele estar ferindo a LDO em um dia de atraso. Infelizmente, o PCCS dos trabalhadores da Secretaria Estadual de Saúde é vetado, é suspenso e só vai a julgamento em agosto de 2004. Neste momento, ele é liberado pelo Ministério Público por conta de um voto apenas. A partir daí, esperamos a relatoria do documento que aconteceu dia 4 de fevereiro de 2005.

Enquanto isso, se dá a votação do orçamento do Estado na Alerj, onde é votado todo o orçamento do ano de 2005 e como não existia PCCS na sua relatoria, os de-

putados da casa não separaram a verba do PCCS. Então, hoje, o histórico do PCCS mostra que o Estado do Rio de Janeiro não tem projeto, mas os trabalhadores da Saúde têm PCCS, ele existe, está aí. Ele não tem projeto, ele está votado e só falta a verba. Mas, novamente, a governadora não tem culpa! Porque não foi ela quem não separou a verba, mas a maioria dos deputados que compõem a ALERJ que é do PMDB. Então, quem votou a negação de se separar a verba para o PCCS foi a bancada.

Os trabalhadores do Rio de Janeiro, da SES, têm PCCS votado e aprovado na sua íntegra que só não é implementado este ano porque não tem verba separada pela LDO. Então, estamos hoje numa mesa de negociação, após várias lutas do Sindsprev, das movimentações dos funcionários da SES como bloco na rua, campanhas, invasão do Palácio com violência, com truculência, gás de pimenta. Passeatas junto com o pessoal do Muspe, que foi um movimento unificado de servidores do Estado e, nesse movimento, conseguimos o PCCS de volta, mas não o temos realmente por falta de dinheiro.

Hoje se tem uma mesa que negocia um aumento para os servidores da saúde na figura da Dra. Sheila, dos Recursos Humanos da secretaria, que nos coloca a necessidade de negociação de alguns pontos. Não os pontos referentes à verba, mas sobre a carga horária entre outros pontos. Estamos nessa mesa há mais de um mês e ainda não se tem avanço algum. O PCCS da SES foi muito bem-elaborado, com muito cuidado, para que nada desse abertura para nenhum gestor contestá-lo.

O companheiro Lula de Pernambuco, que é um técnico em PCCS, foi contratado pelo Sindsprev para nos auxiliar nessa elaboração, mas, infelizmente, o PCCS caiu na Lei de Responsabilidade Fiscal por um dia, fazendo com que fosse suspenso. Os avanços que existem no PCCS são os dois cargos, que é o técnico e o especialista. É um PCCS inovador que serviu como espelho para o órgão federal estar elaborando as diretrizes.

Essa é a situação do Estado do Rio de Janeiro: temos um PCCS avançado que não tem cargo único porque naquele momento não se conseguia acordo, infelizmente, mas tem o avanço dos dois cargos, preconiza 24 horas de carga horária, tem a questão da carreira, da insalubridade. Nós, os trabalhadores, conseguimos uma grande vitória que foi tirar o PCCS da justiça e colocá-lo para ser implementado. Falta disposição e boa vontade do gestor. De um gestor que tem nome e endereço: a governadora Rosinha Garotinho".

4.3 PROPOSTA DE PLANO DE CARGOS, CARREIRAS E SALÁRIO DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

- Paulo Murilo Paiva – Diretor da Regional Norte João Amazonas e do Departamento do Município do Sindsprev e conselheiro municipal de saúde

"Inicialmente, queria agradecer ao Projeto Políticas Públicas de Saúde da UERJ por ter nos dado uma grande satisfação e cobertura no nosso evento do dia 27, no Hospital do Andaraí, que foi uma discussão sobre o SUS para diretores da regional norte e dos núcleos sindicais da nossa área de abrangência. Foi um encontro importante em que contamos também com a presença da companheira Lúcia Souto representando o Ministério da Saúde.

Em nível de PCCS do município, a coisa é um pouco complicada, porque, nós, sindicalistas, não tivemos inserção nesse projeto de elaboração do PCCS. Por isso, desconhecemos a síntese. E aí, quando consultamos a NOB de RH vemos que nela está mencionado que o movimento sindical tem que ter representação na discussão de qualquer PCCS.

No dia 2/2/2002, o prefeito César Maia e seu secretário de saúde, Ronaldo César Coelho, criam a Resolução n.º 848, convocam uma equipe e publicam em diário oficial a nomeação de alguns companheiros qualificados para a elaboração da síntese do PCC. A equipe constituída entendeu que não poderia estar trabalhando com um PCC sem colocar salário, então começou a elaboração do PCCS. Durante um ano essa equipe ficou trabalhando nesse PCCS, baseada em informações. Pela informação que me chegou, foram verificados cargos e carreiras da Petrobras, do Banco da Brasil e assim conseguiram montar uma planilha de PCCS.

Na resolução também da NOB é bem nítido que depois de instituída a comissão de elaboração, o governo tem dois anos para implementação. O prazo venceu em fevereiro de 2004, e o movimento sindical vem se articulando, fazendo denúncias, tentando conversar com a SMS, para estar rediscutindo esse projeto porque queremos estar inseridos na sua elaboração.

Não o aceitamos e gostaríamos de estar sentando para dar um redirecionamento a esse projeto. Ele é composto por algumas folhas e a gente acha que ele tem duas categorias que são o especialista e o analista de saúde. Também são criados dois cargos somente. Trabalha com vencimentos, que hoje já estariam defasados os valores, mas também se tentou trabalhar com vencimentos tanto pela qualificação como pelo desempenho. Aí vem a nossa preocupação enquanto sindicalistas. Quem vai fazer essa avaliação de desempenho? É a direção? Se for a direção, vai ser cargo de confiança ou quem a direção quiser colocar? Eu me preocupo com o projeto que foi exposto pelo governo. Quem é que faz essas avaliações? Esse projeto não existe para o movimento sindical apesar de companheiros qualificados terem se debruçado

sobre ele durante um ano. Mas nós desconhecemos este projeto, até porque não estávamos lá organizando junto com os companheiros. Foi uma resolução da própria secretaria.

O Município do Rio de Janeiro hoje não tem nada de positivo em relação ao PCCS para o funcionalismo público, tendo em vista também essa crise que atravessa o município".

4.4 ALGUMAS REFLEXÕES A PARTIR DAS EXPOSIÇÕES

- Edna Theodoro – Mesa da Federação Nacional dos Servidores Públicos (Fenasp)

"Esse tema hoje é de suma importância porque a visão dos trabalhadores ainda está sendo construída. Até a construção das diretrizes em nível federal foi muito difícil. Houve várias mesas de negociação em nível nacional. Na mesa em que participei, em Fortaleza, não foi tirado o apoio às diretrizes do SUS, pois faltava o pacto entre trabalhadores e governo que acabou sendo uma peça maior que as diretrizes. Na verdade, o que está acontecendo é uma negociação onde cada estrutura coloca sua especificidade. Se os trabalhadores lessem as diretrizes, tenho certeza, que poderiam contribuir muito mais para essa construção.

Apesar da calamidade da saúde pública do Rio de Janeiro, que foi anunciada pela bancada sindical desde que o novo governo tomou posse, passou muito tempo para que o Governo Federal tomasse uma posição. Mas, no momento em que estamos vivendo, temos que debruçar nele e construirmos o máximo possível para a saúde. Na federação chamamos atenção que deveria haver uma intervenção, em nível federal, porque a população não agüenta mais os desmandos dos políticos. Os parlamentares lesam a todos nós e isso tem que ser discutido pela população também. Temos que parar de discutir saúde e educação nos dois últimos anos de governo, pois o cidadão não agüenta mais.

A visão dos trabalhadores com relação às diretrizes de planos de carreira é de convocar a sociedade para estar aqui discutindo com a bancada sindical, tentando sensibilizar os gestores públicos e privados que acabam sendo grandes tiranos da saúde, mesmo algumas vezes sem a intenção. Precisamos caminhar juntos. Há necessidade de se construir um plano de carreiras da seguridade social, mas estamos nos deparando com uma nova realidade colocada para nós trabalhadores que tivemos a vida laboral prorrogada em 6 a 8 anos pela Reforma da Previdência, sem se discutir as condições de trabalho que enfrenta a categoria. Essa categoria coloca como instrumento de trabalho sua saúde física e mental. É duro a gente conviver com pessoas agonizando nos hospitais por falta de assistência básica. Esse instrumento psicológi-

co deixa os trabalhadores com baixa na sua resistência acarretando doença, e não há uma política de saúde do trabalhador. Essa questão também está sendo discutida.

Nós temos que ter parâmetros para discussão de plano de carreiras. O setor sindical defende um plano de carreira da seguridade por entender que isso nos torna mais fortes. O que é verdade, pois saúde só gasta. O plano de carreiras do SUS é uma realidade difícil de ser alcançada, pois há uma preocupação com os trabalhadores do ex-Inamps por receberem um salário um pouquinho maior. Assim, temos dificuldades de atingir o plano de carreiras do SUS. Discuti-lo de maneira diferenciada ninguém quer.

Outro ponto importante é o conteúdo do plano. A bancada sindical seleciona alguns pontos como jornada máxima de 30 horas semanais que é uma prática da categoria que trabalha na área assistencial. Essa luta se dá porque, em primeiro lugar, a saúde é feminina. Assim, não tem como juntar duas jornadas sem que tenha subsídios para se criar os filhos. Outro ponto é o cumprimento dos acordos de greve.

Na esfera federal é a incorporação da GAE. O governo constituiu uma MP 231 que agride a GAE e depois dizem que é compatível com a gratificação por atividade e por produtividade e vai virar lei se não nos mexermos. Alguns temas precisam ser discutidos. A ausência de uma política de saúde do trabalhador e a necessidade de concurso público para evitar a precarização. O trabalhador acaba trabalhando como concursado e aumentando sua renda nas cooperativas ou nas "pilantropias" que estão invadindo as unidades.

A transposição de cargo é uma bandeira importante, pois o País está mudando suas leis e sem a nossa participação as leis vão mudar a favor de quem tem mais poder. As deliberações dos conselhos têm que ser levadas em conta. Os governos têm que dar mais atenção às deliberações dos conselhos de saúde. As gratificações precisam ser rediscutidas com maior responsabilidade.

A saúde tem, em sua maioria, trabalhadores aposentados, que trabalham somente com as gratificações, não mais com um vencimento real de salário. A valorização dos vencimentos precisa ser real. Que esses incluam também as jurisprudências e as sentenças porque essa é a realidade.

É importante discutirmos o ramo da seguridade, o ramo da categoria. A gente tem que entender que o corpo de saúde é um só, não se divide em municipal, estadual ou federal. E para se fazer representar a gente vai ter que buscar um ramo de categoria para atingirmos o ideal e fortalecermos dentro do SUS o direito de ir e vir dos trabalhadores. Espero de vocês uma colaboração e parceria para construirmos um plano de carreira para o SUS".

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRAMIDES, M. Beatriz C.; CABRAL, M. do Socorro Reis. *O novo sindicalismo e o serviço social*: trajetória e processos de luta de uma categoria. São Paulo: Cortez, 1995.

ARAÚJO, Patrícia Simone Xavier de. Síntese da proposta de Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do Sistema Único de Saúde (NOB/RH – SUS). In: BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS, Maurílio Castro de; ARAÚJO, Patrícia Simone Xavier de (Orgs.). *Capacitação para conselheiros de saúde*: textos de apoio. Rio de Janeiro: UERJ/NAPE, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.° 198, 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 16 fev. 2004. Seção 1. Disponível em: <http://*www.saude.gov.br/sgtes*>.

_____. Ministério da Saúde. *Princípios e diretrizes para a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do SUS (versão preliminar)*. Brasília, 1998.

BRAVO, Maria Inês Souza. A política de saúde no Brasil: trajetória histórica. In: BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS, Maurílio Castro de; ARAÚJO, Patrícia Simone Xavier de (Orgs.). *Capacitação para conselheiros de saúde*: textos de apoio. Rio de Janeiro: UERJ/NAPE, 2001a.

_____. Gestão democrática na saúde: o potencial dos conselhos. In: BRAVO, Maria Inês Souza; PEREIRA, Potyara Amazoneida (Orgs.). *Política social e democracia*. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2001b.

BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS, Maurílio Castro de. A saúde no Brasil: reforma sanitária e ofensiva neoliberal. In: BRAVO, Maria Inês Souza; PEREIRA, Potyara Amazoneida (Orgs.). *Política social e democracia*. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2001.

CARVALHO, Antônio Ivo. *Conselhos de saúde no Brasil*: participação cidadã e controle social. Rio de Janeiro: FASE/IBAM, 1995.

COHN, Amélia. Caminhos da reforma sanitária. *Lua Nova*, São Paulo, n.19, nov. 1989.

COUTINHO, Carlos Nelson. Representações de interesses, formulação de políticas e hegemonia. In: TEIXEIRA, Sonia Fleury (Org.). *Reforma sanitária em busca de uma teoria*. São Paulo: Abrasco, 1995. p. 47.

ESCOREL, Sarah. Saúde uma questão nacional. In: TEIXEIRA, Sonia Fleury (Org.). *Reforma sanitária em busca de uma teoria*. São Paulo: Abrasco, 1995. p. 181.

FERNANDES, Florestan. *A revolução burguesa no Brasil*: ensaio de interpretação sociológica. 3. ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara, 1987.

GALLO, Edmundo; NASCIMENTO, Paulo César. Hegemonia, bloco histórico e movimento sanitário. In: TEIXEIRA, Sonia Fleury (Org.). *Reforma sanitária em busca de uma teoria*. São Paulo: Abrasco, 1995. p. 91.

GRUPPI, Luciano. *O conceito de hegemonia em Gramsci*. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

MARTINS, Janaina Bilate. *O significado do crescimento das instituições privadas de ensino superior na contemporaneidade brasileira:* uma análise do caso do Estado do Rio de Janeiro (1994-2002). 149 p. 2003. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais)–Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2003. Mimeo.

MATOS, Maurílio Castro. *A dimensão investigativa no atual projeto de formação profissional do Assistente Social no Brasil*. Rio de Janeiro: [s.n.], 2002. Mimeo.

MENDES, Eugênio Vilaça. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. In: TEIXEIRA, Carmem F. et al. *Distrito sanitário:* o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro: Hucitec; São Paulo: Abrasco, 1990.

NORONHA, José de Carvalho; LEVCOVTIZ, Eduardo. AIS-SUDS-SUS: os caminhos do direito à saúde. In: GUIMARÃES, R.; TAVARES, R. (Orgs.). *Saúde e sociedade no Brasil:* anos 80. Rio de Janeiro: ABRASCO/IMS/UERJ, 1994.

PEDREIRA, Rose Santos. *Saúde e controle social:* uma análise comparativa entre os assistentes sociais e demais profissionais de saúde nos hospitais universitários/RJ. 2005. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social)–Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005.

STOTZ, Eduardo Navarro. Trabalhadores, direito à saúde e ordem social no Brasil. *São Paulo em Perspectiva*, São Paulo, v. 17, n. 1, jan./mar. 2003.

ANEXOS

ANEXO A – ROTEIRO DE ENTREVISTA COM ENTIDADES DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE PARTICIPANTES DOS CONSELHOS DE SAÚDE

Nome: Data:
Entidade: Conselho:

1. Qual a concepção que as entidades têm dos conselhos de saúde?

2. Em que conselhos de saúde estão presentes? Ou já estiveram? E se estiveram, quando?
( ) De Saúde Especifique quais, onde e quando:_____
( ) De Direitos e/ou Políticas Especifique quais, onde e quando: _____

2.1 Por que a entidade já participou e hoje não mais participa dos conselhos de saúde?

3. Em que segmento a entidade está inserida no conselho? Ou presta assessoria?
( ) Trabalhadores de saúde ( ) Usuários ( )Gestores/prestadores ( ) Assessoria

4. Como é escolhido o representante da entidade para ocupar o conselho de saúde?

5. Existe um investimento preliminar da entidade para ocupar os conselhos de saúde?
(Se prepara o representante. Discute com o representante?) Se positivo, qual? Se negativo, por que?

6. Existe um investimento da entidade para ocupar os conselhos de saúde **do interior**? (Se prepara o representante. Discute com o representante.) Se positivo, qual? Se negativo, por que?

7. Existe a preocupação da entidade com a capacitação continuada dos representantes para a intervenção nos conselhos? Se positivo, qual? Se negativo, por que?

8. Há preocupação da entidade com a renovação de quadros? Se há, qual? Quantas pessoas na entidade já participaram dos conselhos?

9. Há preocupação da entidade em articular com os usuários? Se for positivo, como? (interesse esporádico ou permanente)

10. Há preocupação de articular com as demais entidades de trabalhadores de saúde? Se sim, como se articulam? Se não, por que?

11. O representante repassa as informações à entidade? Se positivo, como? Se negativo, por que?

12. A entidade devolve para os filiados as informações com relação ao conselho? Se positivo, como? Se negativo, por que?

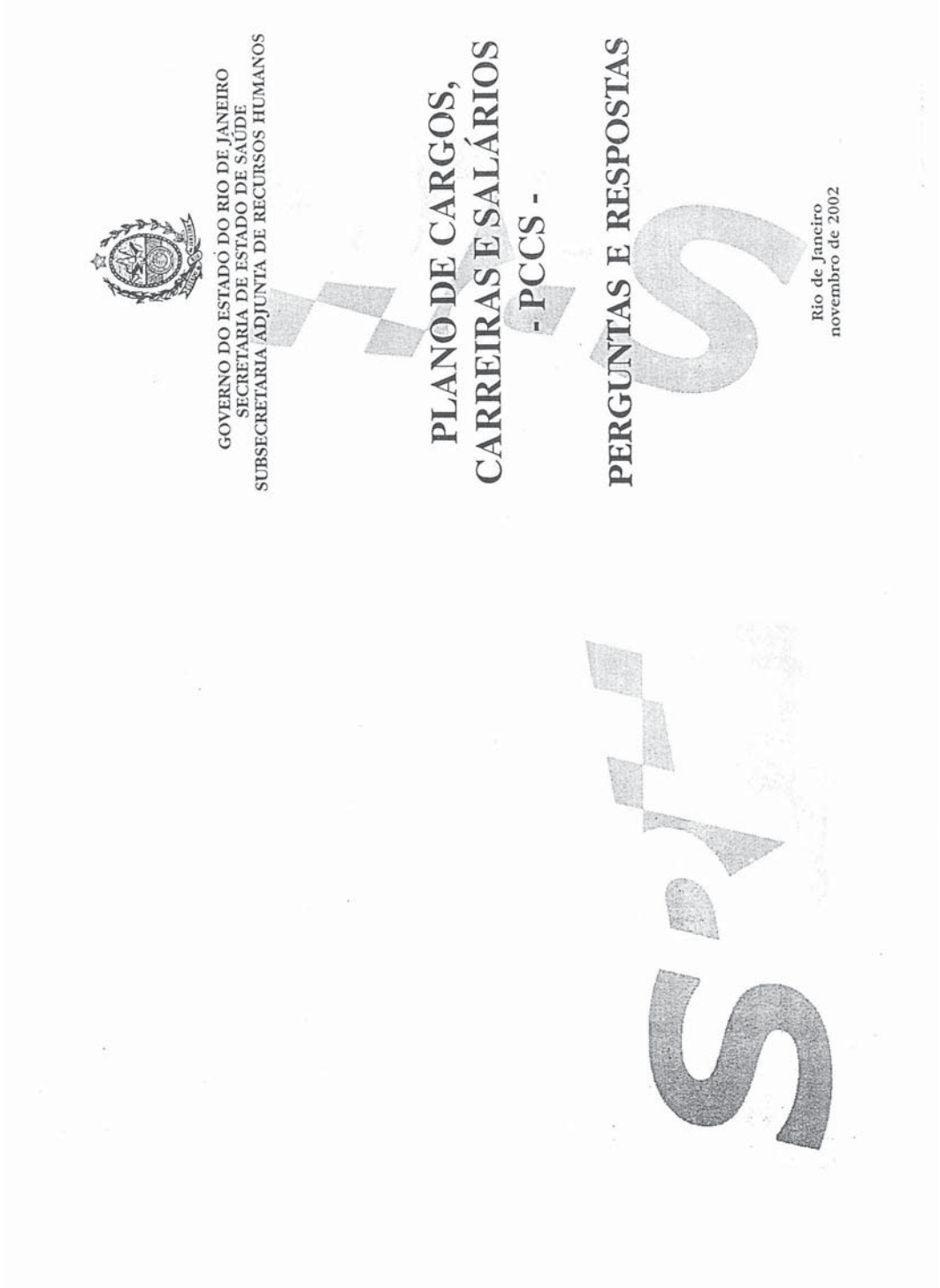
13. Quais os limites e possibilidades que a entidade identifica nos conselhos de saúde na atual conjuntura? Quais as estratégias de enfrentamento desses limites?

14. Quais as formas que a entidade pode interferir na formulação das políticas públicas de saúde? Especifique.

15. A entidade tem participado de lutas em defesa da saúde em articulação com outras entidades? Se positivo, quais? Se negativo, por que?

Observações do entrevistado e do entrevistador: _____
_____
_____

ANEXO B – PLANO DE CARGOS, CARREIRA E SALÁRIO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO



GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUBSECRETARIA ADJUNTA DE RECURSOS HUMANOS

PLANO DE CARGOS, CARREIRAS E SALÁRIOS
- PCCS -

PERGUNTAS E RESPOSTAS

Rio de Janeiro
novembro de 2002

GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUBSECRETARIA ADJUNTA DE RECURSOS HUMANOS

GOVERNADORA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
BENEDITA SOUZA DA SILVA SAMPAIO

SECRETÁRIO EXECUTIVO DO GABINETE DA GOVERNADORA
MARCELO BORGES SERENO

SECRETÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE
JOSÉ LEÔNCIO DE ANDRADE FEITOSA

CHEFE DO GABINETE DO SECRETÁRIO
JOSÉ DO VALE PINHEIRO FEITOSA

SUBSECRETÁRIO DE SAÚDE
JOSÉ RICARDO FRAGOSO PERET ANTUNES

SUBSECRETÁRIA ADJUNTA DE RECURSOS HUMANOS
MARIA HELENA MACHADO

SUBSECRETÁRIO DE PLANEJAMENTO E DESENVOLVIMENTO
HENRIQUE ANTUNES VITALINO

SUBSECRETÁRIO ADJUNTO DE ADMINISTRAÇÃO E FINANÇAS
EDUARDO LUIZ DE OLIVEIRA MESQUITA SPRANGER

SUPERINTENDENTE DE ADMINISTRAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS
JORGE TEIXEIRA

SUPERINTENDENTE DE DESENVOLVIMENTO DE RECURSOS HUMANOS
ANTENOR AMÂNCIO FILHO

GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
SECRETARIA DE ESTADO DE SAUDE
SUBSECRETARIA ADJUNTA DE RECURSOS HUMANOS

MEMBROS DA MESA ESTADUAL DE NEGOCIAÇÃO DO SUS
(RESOLUÇAO SES nº 1.464 DE 28/02/2000)

SEGMENTO DO GOVERNO

. Secretário de Estado de Saúde
José Leôncio de Andrade Feitosa

. Subsecretária Adjunta de Recursos Humanos
Maria Helena Machado

. Chefe de Gabinete
José do Vale Pinheiro Feitosa

. Assessor Especial de Gabinete
Deise Resende Sanches

. Secretária Executiva
Fátima Costa González de Nunes

SEGMENTO DOS TRABALHADORES

. Sindicato dos Assistentes Sociais do Estado do Rio de Janeiro
Margareth Alves Dallaruvera

. Sindicato dos Auxiliares e Técnicos de Enfermagem do Município do Rio de Janeiro
Roberto Fernandes Pereira

. Sindicato dos Cirurgiões-Dentistas do Estado do Rio de Janeiro
Lival Gonçalves

. Sindicato dos Enfermeiros do Estado do Rio de Janeiro
Solange Gonçalves Belchior

. Sindicato dos Fisioterapeutas e Terapeutas Ocupacionais do Estado do Rio de Janeiro
Mauro da Silveira

. Sindicato dos Fonoaudiólogos do Estado do Rio de Janeiro
Sheila Marino

. Sindicato dos Médicos do Estado do Rio de Janeiro
Lauro Durval Gonzalez Diniz

. Sindicato dos Nutricionistas do Estado do Rio de Janeiro
Amílcar Carvas de Carvalho

. Sindicato dos Psicólogos do Estado do Rio de Janeiro
Étila Elane de Oliveira Ramos

COMISSÃO ESPECIAL PARA ELABORAÇÃO DO PCCS

Maria Helena Machado
(Coordenadora)

Celma Alvim Pinto – SES

Deise Resende Sanches – SES

Denise Resende Sanches (SINDSPREV)

Fatima Costa Gonzales de Nunes – SES

Ieda da Costa Barbosa (SINDENF)

Jorge Luiz do Amaral (SINMED)

Margareth Alves Dallaruvera (SASERJ)

Maria Jose dos Santos Peixoto (SATEMRJ)

Mauro da Silveira (SINFITO)

COMISSÃO TÉCNICA DE APOIO

Ângela Cristina dos Santos
Agente Administrativo de Saúde

Glória Maria de Carvalho
Enfermeira

Maria do Carmo Rocha Motta
Psicóloga

APRESENTAÇÃO

Uma efetiva política de valorização e garantias de dignidade ao trabalhador pressupõe entre outras medidas, a adoção de um Plano de Cargos, Carreiras e Salários que contemple uma carreira profissional. em todos os seus aspectos. Com este objetivo maior é que a Secretaria de Saúde assumiu a responsabilidade de concretizar essa política de valorização do trabalhador. O PCCS da saúde produzirá mudanças benéficas no sistema de saúde publico de nosso estado, dando início a um novo processo na Administração Pública, proporcionando ao trabalhador da saúde melhor qualidade de vida, de forma que haja repercussão no atendimento ao usuário do Sistema Único de Saúde.

Mudanças importantes terão de ser feitas para tornar possível esse objetivo. Uma dessas mudanças será a exigência de desempenho do Servidor que, em compensação, passará a contar com estímulos ao aperfeiçoamento profissional. Uma Administração Pública eficiente, com serviços de qualidade, valoriza seu profissional e promove a reabilitação do seu prestígio perante a Sociedade.

A demanda crescente por esclarecimentos relativos ao PCCS já aprovada pela senhora Governadora Benedita e pela Assembléia Legislativa, nos fez adotar, juntos, Secretaria de Saúde e Mesa Estadual de Negociação do SUS, a idéia de produzir uma **Cartilha do PCCS: Perguntas e Respostas**, permitindo assim que todos tenham acesso às informações sobre seu futuro profissional.

Rio de Janeiro, novembro de 2002.

JOSÉ LEÔNCIO FEITOSA
Secretário de Estado de Saúde

MARIA HELENA MACHADO
Subsecretária Adjunta de Recursos Humanos

Visite nosso site e conheça o PCCS na íntegra: www.saude.rj.gov.br

LEGISLAÇÃO PERTINENTE

Lei nº 3.948 de 11 de setembro de 2002

Dispõe sobre o Plano de Cargos, Carreiras e Salários – PCCS, do Pessoal da Área de Saúde do Estado do Rio de Janeiro.

PLANO DE CARGOS, CARREIRAS E SALÁRIOS

PERGUNTAS E RESPOSTAS

- **Em que conjuntura surge o PCCS?**

Sabemos que a área de saúde vem se deteriorando ao longo dos últimos anos, não só na sua estrutura organizacional, como e principalmente, no que se refere aos recursos humanos. No entanto, concordamos que e necessário mudar esta situação. Atendendo as reivindicações dos profissionais da área de saúde, a Mesa Estadual de Negociação do SUS desenvolveu, em conjunto com a Secretaria de Estado de Saúde, o Plano de Cargos, Carreiras e Salários - PCCS com o intuito de honrar o compromisso em dar melhor qualidade de vida aos trabalhadores da saúde, tornando realidade sua carreira no Estado. O PCCS e uma mudança fundamental, que possibilitará resgatar a dignidade dos servidores, dando mais eficiência ao atendimento a população.

- **Como foi construído o PCCS?**

A construção do PCCS foi fruto de um trabalho coletivo, a partir de muita negociação dos sindicatos que compõem a Mesa Estadual de Negociação do SUS, levando-se em conta as sugestões profissionais que trabalham nas unidades hospitalares, institutos e nível central. A Comissão do PCCS garantiu não só o diálogo, como assegurou a qualidade técnica do nosso PCSS.

- **Quem está abrangido no PCCS?**

Todos os profissionais ativos da área de saúde, oriundos da Secretaria de Estado de Saúde, cedidos aos municípios ou outros órgãos, atuantes nas

Visite nosso site e conheça o PCCS na íntegra: www.saude.rj.gov.br

administrações direta ou indireta do Estado, assim como os removidos ou transferidos, oficialmente, para a SES ate a data da promulgação da Lei.

A opção será necessária para os Profissionais não enquadrados na Lei nº 1.179/87, cujas atribuições se identifiquem com os princípios da equidade (semelhança) e que atendam as normas do Plano.

• O que é a Lei nº 1.179/87?

A Lei nº 1.179/87 dispõe sobre o Pessoal da Área da Saúde do Estado do Rio de Janeiro, organizado em carreiras com categorias funcionais (atividades profissionais de níveis superior; médio de 2º e 1º graus especializados, e elementar especializado), escalonadas em classes equivalentes ao tempo de serviço, a saber:

Classe C, de 0 (zero) a 5 (cinco) anos;
Classe B, de mais de 5 (cinco) a 15 (quinze) anos e
Classe A, de mais de 15 anos.

E os Aposentados e Pensionistas?

O PCCS é bastante abrangente, e garante os direitos de enquadramento também aos Aposentados e Pensionistas.

• Quantos cargos têm o PCCS?

O PCCS prevê, de forma inovadora, apenas dois cargos:
Especialista de Saude (nível superior).
Assistente Tecnico de Saude (nível elementar, 1º e 2º graus).

• Com dois cargos apenas, como ficará então a carreira?

A carreira ficará assegurada para os dois cargos, através da progressão vertical em 3 classes (A, B, C). Mas a grande inovação do Plano reside no cargo de Assistente Técnico de Saúde, que permite a estes profissionais, contidos no cargo, ascenderem na medida que adquirirem maior escolaridade.

Para melhor entendimento veja:

- Especialista de Saúde:

Visite nosso site e conheça o PCCS na íntegra: www.saude.rj.gov.br

Classe A -- Ensino Superior em Pós-Graduação *Stricto-Sensu*;
Classe B – Ensino Superior em Pós-Graduação *Lato-Sensu*;
Classe C – Ensino Superior.

-Assistente Técnico de Saúde:

Classe A - Ensino Médio;
Classe B - Ensino Fundamental;
Classe C - Ensino Fundamental Incompleto.

• Como os Servidores poderão ter garantias de melhorias salariais e progressão na carreira?

De forma horizontal, por tempo de exercício no cargo (automaticamente de 2 em 2 anos); por qualificação profissional (a ser conquistada pelo servidor) e por mérito profissional (através de avaliação de desempenho e desenvolvimento).

• Como ficarão as gratificações de Encargos Especiais de Lotação, Exercício e Desempenho na SES – GEELED; de Encargos SES e as demais, hoje existentes?

Serão extintas, e imediatamente incorporadas ao salário, o que vai fazer uma enorme diferença no rendimento de cada servidor, alem, claro, de assegurar-lhe dignidade na aposentadoria. As gratificações de atividade perigosa, quando houver, e as vantagens pessoais adquiridas pelo servidor, serão mantidas nos moldes hoje praticados.

• E o percentual de Insalubridade, como ficará com a implementação do PCCS?

Será mantido, ou seja, 20% - referência de nível superior, significando um aumento de **R$ 32,00** para **R$ 334,70,** para todos os profissionais abrangidos pela referida lei.

• O Adicional por Tempo de Serviço, Triênio, será mantido?

Sim, os triênios permanecerão nos moldes estabelecidos pelo Governo, ou seja, o primeiro de 10% (dez por cento) e os demais de 5% (cinco por cento), até o limite de 11 triênios.

Visite nosso site e conheça o PCCS na íntegra: www.saude.rj.gov.br

• **E os Cargos Comissionados sofrerão mudanças?**

A partir da implantação da Lei, será assegurado aos servidores efetivos, pertencentes ao SUS, a ocupação de cargos comissionados, para as funções técnicas, com exceção dos correspondentes ou superiores, ao nível de Superintendência ou de equivalência nominal e/ou financeira.

• **A jornada de trabalho dos Servidores será modificada?**

Sim, inicialmente haverá redução de carga horária para 30 horas semanais, a todos os profissionais não abrangidos por leis especificas, passando a partir do 25º mês da eficácia da lei do PCCS, para 24 horas.

• **Haverá possibilidade de inclusão de novas profissões?**

Sim, com a inovação da proposta denominada Perfil Profissional, a Rede, os Profissionais e os Usuários terão asseguradas todas as necessidades de recursos humanos, objetivando a melhoria da assistência à saúde.

• **Haverá um Programa de Capacitação e Aperfeiçoamento para assegurar a Progressão na Carreira?**

Caberá a cada Secretaria abrangida pelo Plano, através do órgão de Recursos Humanos, de forma que haja organização, planejamento, promoção e controle dos cursos ou programas de capacitação, por meio de parcerias / convênios, assegurando a todas as categorias funcionais, a oportunidade de participação.

• **Como a Secretaria de Estado de Saúde saberá o que cada servidor realizou em termos de qualificação e formação profissionais, nestes últimos anos e assim incidir sobre sua carreira?**

Será criada uma Comissão da SES para este fim. Através de um instrumento denominado – **Projeto de Cadastramento para o PCCS**, esta Comissão junto com o Núcleo de Pessoal, os Centros de Estudos e as Associações de Servidores, coletará os dados precisos para as progressões (vertical e horizontal) a serem percorridas pelos servidores.

• **Como será possível acompanhar todo o processo de implantação do PCSS?**

Será criado um Conselho Paritário, renovado a cada 2 anos, no âmbito de cada Secretaria envolvida (nos parâmetros estabelecidos pela SES), a ser composto por representantes de Secretarias envolvidas; Conselho Estadual de Saúde; Sindicatos de Classe indicados pela Mesa Estadual de Negociação do SUS; Poder Legislativo. Este Conselho Paritário terá a função de acompanhar, fiscalizar todo o processo de implementação do PCCS, em todas as etapas.

• **Quando serão produzidos os efeitos financeiros do Plano de Cargos, Carreiras e Salários – PCCS e o que foi proposto para o exercício de 2003?**

Os efeitos financeiros serão produzidos a contar de 01 de janeiro de 2003. Foi contemplado no art. 34 do Projeto de Lei nº 3.010/2002, que dispõe sobre as diretrizes para elaboração da Lei do Orçamento Anual de 2003, a recomendação para implantação do Plano de Cargos, Carreiras e Salários – PCCS para os Funcionários da Secretaria de Estado de Saúde. Foram orçados para o exercício de 2003, os valores necessários para implantação do PCCS aos Servidores da Secretaria de Estado de Saúde, com a inclusão dos cedidos ao SUS.

• **Quais são as etapas para implantação do PCCS?**

A implantação do PCCS far-se-á em 03 etapas, a saber:

1º Etapa - Enquadramento Inicial:
Para o nível Superior (Especialista de Saúde) – Todos os profissionais serão imediatamente enquadrados no nível 1 da **Classe C (R$ 1.673,52)**.
Para os níveis elementar, 1º e 2º graus (Assistente Técnico de Saúde) – Serão todos enquadrados, imediatamente, no nível 1 das classes A, B ou C, de acordo com a classe ocupada na eficácia da lei, a saber:
Classe A:R$ 804,20
Classe B:R$ 680,70
Classe C:R$ 578,83

2ª Etapa – Implementação (execução) da Progressão por Qualificação Profissional:

Poderá ocorrer, no prazo de 18 meses a partir da data da eficácia da lei, caso o servidor tenha qualificação de acordo com o art. 15 e seus incisos c/c art. 16 da lei. Também **será** computado nesta etapa, **automaticamente,** o Tempo de Exercício no Cargo, uma vez que no interstício de 2 anos, o mesmo **poderá** ser alternado com o item "A" da Progressão por Qualificação Profissional.

3ª Etapa – Implantação da Progressão por Mérito, através do Programa de Avaliação de Desempenho e Desenvolvimento – PADD:
No prazo de 1 ano, depois de concluídas as etapas anteriores, por composição de média de pontos anuais, uma vez a cada período de 3 anos (art. 19 da Lei).

• E a revisão das perdas salariais, está prevista?

Sim, a cada ano. De acordo com a Mesa Estadual de Negociação do SUS, ficou estabelecido que no mês de maio, serão revistas as perdas salariais do período anterior, em consonância com a SARE/SES e os Conselhos Paritários.

VEJA OS EXEMPLOS DE COMO FICARÁ

Exemplos para que o profissional possa se situar no contexto do Plano:

Exemplo 1: Um profissional (**Especialista de Saúde**), que computar 10 anos de efetivo exercício no cargo ficará, inicialmente, no nível 1 da classe C, ou seja, R$ 1.673,52 (salário base) + Insalubridade (R$ 334,70) + Triênios.

Exemplo 2: Um profissional (**Assistente Técnico de Saúde**) que computar 10 anos de efetivo exercício no cargo ficará, inicialmente, no nível 1 da classe (A, B ou C de acordo com a classe ocupada na eficácia da lei), ou seja: Classe A = R$ 804,20; Classe B = R$ 680, 70, e Classe C = R$ 578,83 (salário base) + Insalubridade (R$ 334,70) + Triênios.

No prazo de 18 meses, a contar da eficácia da lei, estes profissionais **poderão** ter mobilidade vertical (mudança de classe) e progressões horizontais (art. 15, itens a, b, c, d e), conforme regras estabelecidas na lei. A partir deste mesmo período, **será** computado o Tempo de Exercício no Cargo.

Visite nosso site e conheça o PCCS na íntegra: www.saude.rj.gov.br

SAIBA UM POUCO MAIS SOBRE:

1. Progressão por Tempo de Exercício no Cargo:

Crescimento horizontal, de forma automática, a cada 2 (dois) anos de efetivo exercício no cargo, a ser contada no prazo de 18 (dezoito) meses a partir da eficácia da Lei.

2. Progressão por Qualificação Profissional:

. **Crescimento horizontal, por conquista do servidor** (cursos), a cada 5 (cinco) anos de efetivo exercício no cargo, a ser contada no prazo de 18 (dezoito) meses a partir da eficácia da Lei.
Os cursos cujo somatório de carga horária seja igual ou superior a 20 horas (**Assistente Técnico de Saúde**) e 80 horas (**Especialista de Saúde**), serão contados no prazo de 18 (dezoito) meses a partir da eficácia da Lei, a cada 2 anos de efetivo exercício no cargo, alternando com o ano de Progressão por Tempo de Exercício no Cargo.

. **Crescimento vertical, por conquista do servidor,** após 3 (três) anos de efetivo exercício no cargo, a ser contada no prazo de 18 (dezoito) meses a partir da eficácia da Lei:
Assistente Técnico de Saúde - possuir ou completar o ciclo de Ensino Fundamental ou Médio para a classe imediatamente superior.
Especialista de Saúde – possuir ou completar cursos de pós-graduação *Lato Sensu* ou *Stricto Sensu*, exigidos para a classe imediatamente superior.

3. Progressão por Mérito Profissional:

Crescimento horizontal, mediante Avaliação de Desempenho e Desenvolvimento, de acordo com a media de pontos anuais, uma vez a cada período de três anos de efetivo exercício no cargo, a ser contada no prazo de um ano, após conclusão do enquadramento inicial (1ª etapa) e implementação da Progressão por Qualificação Profissional (2ª etapa).

Visite nosso site e conheça o PCCS na íntegra: www.saude.rj.gov.br

ANEXO C – SÍNTESE DO RELATÓRIO FINAL DA COMISSÃO DO PCC DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

Síntese do Relatório Final da Comissão do PCC do Município do Rio de Janeiro

A Comissão criada pela Resolução "N" SMS n.º 848, de 22 de fevereiro de 2002, resolve propor o Sistema Municipal de Saúde (Simus) com seu plano de cargos, carreiras e, conseqüentemente, salários, que passa a regulamentar a situação funcional dos servidores legalmente investidos em cargo público de provimento efetivo ou em comissão, nomeados sob o regime estatutário e contratado sob o regime celetista, pertencentes à área de Saúde do Município do Rio de Janeiro.

O Plano fundamenta-se nas atribuições e responsabilidades previstas na estrutura organizacional do Município, no modelo assistencial preconizado pelo Sistema Único de Saúde, pela legislação da administração pública, pelos princípios e pelas diretrizes da Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do Sistema Único de Saúde (NOB/RH) e pela Segunda Çonferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde e demais legislações pertinentes.

O Sistema Municipal de Saúde que incorpora o Plano:

1 - fornece parâmetros que orientem a seleção, incorporação, manutenção, o acompanhamento e a avaliação de recursos humanos, bem como a capacitação e a readaptação funcional;

2 - estabelece remuneração, não somente pelo valor, mas também pelo resultado do trabalho apresentado pelo servidor no seu papel ocupacional;

3 - permite a aplicação sistemática do mecanismo administrativo que incentive o desenvolvimento dos servidores nas carreiras ocupacionais;

4 - torna transparente para o servidor as suas perspectivas de progresso na carreira ocupacional;

5 - permite a valorização das contribuições dos servidores em todos os níveis funcionais, estimulando o desenvolvimento de potencialidades;

6 - valoriza o servidor público criando mecanismos de premiação por
7 - cria Sistema de avaliação permanente.

O plano oferece mecanismos que contribuem para fortalecer as relações funcionais dos trabalhadores e da Saúde:

1 - responsabilidade e satisfação funcional dos recursos humanos internos;

2 - satisfação do usuário e qualidade dos serviços prestados;

3 - produtividade e otimização de meios e fins das unidades.

No contexto desse objetivo, o plano apresenta uma simplificação da estrutura de cargos/empregos/funções, com melhor aproveitamento da atual força de trabalho em saúde.

O Sistema Municipal de Saúde deve:

1 - expandir a área de atuação dos cargos anteriores;

2 - fundir ao máximo os cargos de atividades correlatas e similares;

3 - definir os novos cargos e as carreiras pelas atividades e/ou áreas de atuação;

4 - estabelecer uma progressão funcional;

5 - criar, de acordo com a legislação, as condições de profissional dentro de uma mesma carreira para uma atividade de maior complexidade com alteração salarial;

6 - estabelecer a estrutura de carreiras de acordo com as principais atividades da Secretaria Municipal de Saúde;

7 - criar o cargo único por carreira, subdividindo-o em classes e níveis.

As carreiras são constituídas de cargos únicos delineadas de acordo com a natureza, especificidade, complexidade e especialização das atividades desenvolvidas na instituição. Verificar tabela em anexo.

Os cargos previstos no Simus por meio do plano, com competência para atuar nas áreas de assistência, prevenção, proteção, recuperação, reabilitação, planejamento, administração, produção e participação na gerência, ensino e pesquisa da área de Saúde, são assim denominados:

a) Especialidade em saúde – compreendendo categorias profissionais que realizam atividades que exigem nível superior que serão aglutinadas, em um único cargo por função, distribuído por classes e níveis, e, conseqüente, escala salarial.

b) Assistente de saúde – compreendendo um conjunto de categorias profissionais que serão aglutinadas, em um único cargo por função, distribuído por classe e níveis, com patamares de grau de escolaridade, complexidade de tarefas e conseqüente escala salarial.

Será vedada a transferência de servidor de uma carreira para outra distinta, sem concurso público.

O Desenvolvimento na carreira é a forma de evolução dentro da tabela salarial, independente do adicional por tempo de serviço, no mesmo cargo, por meio de mecanismos de progressão, a partir do efetivo exercido no cargo, levando-se em consideração o tempo de exercício no cargo, a qualificação profissional e o mérito profissional, conforme critérios estabelecidos no plano.

A progressão por qualificação profissional no cargo de assistente de saúde será conquistada pelo servidor, de forma vertical dentro da classe na qual estiver enquadrado; de acordo com os critérios estabelecidos no plano.

A progressão por tempo de exercício no cargo se dará de forma horizontal, automaticamente, obedecendo ao interstício inicial de três anos de exercício e período subseqüentes de 5 (cinco) anos até o limite do último nível constante na tabela em anexo, garantida a progressão para o nível imediatamente superior ao que estiver posicionado o servidor.

Fica assegurada o incentivo à dedicação exclusiva e à qualificação, devendo ser criada normatização interna sobre o assunto.

Os proventos dos servidores aposentados serão revistos como se em atividades tivessem sendo-lhes garantida a progressão por qualificação profissional até a data da aposentadoria.

O gestor do SUS na Cidade do Rio de Janeiro garantirá que os agentes do Sistema Municipal de Saúde não percebam vencimentos de valor inferior ao dos profissionais que atuem na área da Saúde do Estado do Rio de Janeiro e da União.

Os servidores cedidos, de qualquer esfera governamental, para este sistema receberão complementação salarial equivalente aos integrantes do Simus.

Aplica-se o disposto na presente proposta aos servidores do Sistema Municipal de Saúde, cedidos de outras instituições que, enquanto estiverem na Secretaria Municipal de Saúde, pelo princípio da eqüidade, ficará assegurado o tratamento igualitário para os profissionais entendido como, igualdade de direitos, obrigações e deveres, devendo ser integrados ao plano.

Será acrescida à remuneração uma gratificação de 30% (trinta por cento) para quem tiver pós-graduação *lato sensu* (especialização) e 35% (trinta e cinco por cento) para *stricto sensu* (mestrado/doutorado) e cria a gratificação do Simus (anexo I e II).

A carga horária proposta será de 24 horas (vinte e quatro horas) para o especialista de saúde e 30 horas (trinta horas) para o assistente de saúde, salvo legislações específicas vigentes de categoria profissional.

CARGOS		Até 3 anos	De 3 a 8 anos	De 8 a 13 anos	Mais de 13 anos
ESPECIALISTA EM SAÚDE	ENQUADRAMENTO	A	B	C	D
	TIPO DE FAIXA	Treinamento	Júnior	Sênior	pleno
Nível Superior	VALOR	2.064,26	2.270,69	2.497,75	2.747,53

ASSISTENTE EM SAÚDE	EQUADRAMENTO	A	B	C	D
Nível:	tipo de faixa	Treinamento	Júnior	Sênior	Pleno
Superior	superior	1.794,00	1.973,40	2.170,74	2.387,81
Médio especializado	médio especializado	1.424,77	1.567,25	1.723,97	1.896,37
Médio	médio	1.140,30	1.254,33	1.379,76	1.517,74
Fundamental	fundamental	897,88	987,66	1.086,43	1.195,07

CARGOS	COM INSALUBRIDADE	Até 3 anos	De 3 a 8 anos	De 8 a 13 anos	Mais de 13 anos
ESPECIALISTA EM SAÚDE	ENQUADRAMENTO	A	B	C	D
	TIPO DE FAIXA	Treinamento	Júnior	Sênior	Pleno
Nível: superior	VALOR	2.477,11	2.683,54	2.910,61	3.160,38

ASSISTENTE EM SAÚDE	ENQUADRAMENTO	A	B	C	D
Nível:	TIPO DE FAIXA	treinamento	júnior	sênior	Pleno
Superior	Superior	2.206,85	2.386,25	2.583,59	2.800.67
Médio especializado	Médio especializado	1.837,62	1.980,10	2.136,82	2.309,22
Médio	Médio	1.553,15	1.667,18	1.792,62	1.930,59
Fundamental	Fundamental	1.310,73	1.400,52	1.499,28	1.607,92

GRATIFICAÇÃO DE TITULARIDADE ADICIONAL

Escolaridade exigida no Cargo	Escolaridade do servidor	Percentual da gratificação	
Superior	Stricto sensu	35	Insalubridade 20% do 1.º Nível Superior 2.064,26 (20%) 412,05 (valor inicial)
Superior	*Lato sensu*	30	
Médio	Superior	20	
Fundamental	Médio	15	

Obs.: O servidor será enquadrado na faixa salarial da escolaridade e o tempo no seu cargo receberá um acréscimo em percentual de acordo com a escolaridade que possuir além do exigido do seu cargo.

Poderá mudar para inicial da faixa salarial, em escolaridade além da exigida, se houver vagas disponíveis; esta análise deverá ocorrer uma vez por ano e só depois as vagas seriam liberadas para concurso público.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada
na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde:

http://www.saude.gov.br/bvs

O conteúdo desta e de outras obras da Editora do Ministério da Saúde
pode ser acessado na página:

http://www.saude.gov.br/editora

EDITORA MS
Coordenação-Geral de Documentação e Informação/SAA/SE
MINISTÉRIO DA SAÚDE
(Normalização, revisão, editoração, impressão e acabamento)
SIA, trecho 4, lotes 540/610 – CEP: 71200-040
Telefone: (61) 3233-2020 Fax: (61) 3233-9558
E-mail: editora.ms@saude.gov.br
Home page: http://www.saude.gov.br/editora
Brasília – DF, fevereiro de 2006
OS 0146/2006