

Una nueva visión de la regulación de los recursos humanos en salud. Estudios de caso: Brasil

Uma nova visão da regulação dos recursos humanos em saúde. Estudo de caso: Brasil

Maria Helena Machado
Ministério da Saúde, Brasil

Bom dia a todos e a todas. Vou falar de um ponto da política de recursos humanos do Ministério da Saúde do Brasil. Não de toda a política, porque Mônica me pediu que falasse sobre regulação. E temos também uma apresentação das diretrizes nacionais de plano de carreira, que não apresentarei agora e que, se for necessário, posso deixá-la para vocês.

Sou a Diretora Nacional do Departamento de Gestão e de Regulação de Trabalho do Ministério da Saúde, da Secretaria Nacional de Gestão e Educação de Trabalho em Saúde e tenho muito prazer em estar aqui.

Todos sabem do tamanho do Brasil, mas, como vamos falar de Sistema Nacional de Saúde, é importante precisar de que sistemas estamos falando. Estamos falando de um país que tem uma enorme população de mais de 180 milhões de habitantes, cinco regiões geográficas, sendo que uma delas é a Amazônia Legal, que representa nada mais, nada menos que 64% de todo o território brasileiro. Tem também 27 estados e mais de 5.000 municípios, dos quais 65 fazem fronteira com os países do Mercosul, e mais de 600 municípios fazem fronteira com a América do Sul.

Outro ponto importante para entender o Sistema Nacional de Saúde do brasileiro é saber que o Brasil tem essa conformação de municípios, sendo que a metade dos municípios brasileiros tem somente 10.000 habitantes ou menos. Creio que é uma das coisas mais problemáticas hoje do Sistema Único de Saúde (SUS). Poderia dizer que nestas últimas décadas, a partir da nova Constituição ocorreu uma certa "irresponsabilidade política" que permitiu dobrar o número de municípios. Hoje temos mais de 5.000 municípios, sendo que 90% de todos os municípios brasileiros têm menos de 50.000 habitantes. Estamos falando de um Sistema Único de Saúde, onde a saúde é de responsabilidade de cada município. Estamos falando de municípios que parecem mais vilas ou bairros pequenos de cidades desenvolvidas.

A população brasileira está muito concentrada em municípios com mais de 100.000 habitantes. Então, temos muitos municípios, mas a população está bastante concentrada em apenas 4% do número total de municípios. É assim que está constituído o SUS.

Eu não ia falar sobre o SUS, mas como ontem foi falado muito do SUS aqui, da sua importância para a experiência latino-americana, decidi apresentar alguns dados sobre Sistema Único de Saúde, começando pelo seu conceito. Este conceito está em português que espero que todos, com a progressiva expansão do Mercosul, entendem bem o português.

O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE é um conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicos federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder público. Inclusas neste conceito estão as instituições de controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos, sangue, hemoderivados e equipamentos para a saúde. Então, não são somente hospitais, mas sim é todo um sistema.

O setor privado constitui um subsistema complementar ao SUS, que através de convênio e de repasse de recursos do poder público, o Governo pode comprar os serviços do sistema privado. Além disso, boa parte dos leitos existentes hoje no Brasil é constituído de leitos privados. Então, temos que comprar todo esse serviço.

O Sistema Único de Saúde opera nessa lógica de parcerias entre o público e o privado, garantindo, no entanto, a assistência gratuita e universal a toda população brasileira. Isto está na Constituição e não é uma coisa de vontade política de cada gestor, mas sim constitucional.

O SUS atende hoje nada mais, nada menos que 80% da população brasileira, que é dependente exclusivamente desse sistema.

O SUS foi criado pela Constituição em 1988, que foi o momento onde sacramentamos o Sistema Único de Saúde, tornando, portanto, um sistema de acesso universal para pobres e ricos e todos têm os direitos iguais. A Lei Orgânica da Saúde (Lei Nº 8.080/90) de 1990 regulamenta o SUS. A saúde passa a ser, então, direito de todos e dever do Estado.

Sobre o financiamento do SUS, vou apenas mencionar alguns detalhes que demonstram como é este financiamento.

No SUS, a maioria dos recursos recebidos pelos estados e municípios vem do Ministério da Saúde, uma vez que o governo federal tem a maior arrecadação. Para dar-lhes uma idéia, excetuando o Ministério da Previdência Social, que é responsável pelo pagamento de todos os aposentados e afastados por doença do país, dos trabalhadores federais, entre outras obrigações previdenciárias; o Ministério da Saúde tem o maior orçamento da União. É um Ministério com muito poder.

Importante mencionar que o Ministério da Saúde não tem a função de prestar assistência e sim de formular políticas e coordenar o Sistema de Saúde. Cabe ao Ministério da Saúde prestar assistência, somente naquelas instituições

de excelência, como por exemplo, hospitais e instituições de referência. Um exemplo dessas instituições de excelência é a Fundação Oswaldo Cruz, que é uma fundação de saúde pública, uma instituição de excelência em saúde pública federal e, portanto, continua sendo federal. Um outro exemplo, de hospital de excelência, é o Instituto Nacional do Câncer (INCA), que é uma grande instituição de referência em oncologia, que continua sendo federal.

Observem que somente os grandes hospitais e instituições de excelência continuam vinculados ao Ministério da Saúde. Os outros passaram a ser instituições estaduais e municipais, através de transferência de instituições, ou seja, estadualização e municipalização dos serviços.

Portanto, o Governo Federal aplica os recursos diretamente aos estados e municípios, na ordem de, 45 bilhões de reais. A idéia é de que este recurso seja regulamentado por uma Emenda Constitucional, que determinará que esse recurso crescerá na mesma proporção do PIB, ou seja, crescendo o PIB, crescerá também o repasse equivalente. Por exemplo, se o PIB cresce em 4%, tem que crescer mais 4% no repasse para a saúde.

Atualmente a Constituição já determina que 15% de toda receita arrecadada pelos municípios e 12% da receita de todos os estados têm que ser aplicados em saúde. Isto é obrigatório.

O SUS opera de uma forma muito interessante e por vezes, muito complexa porque exige a participação democrática de todos envolvidos, ou seja, gestores, trabalhadores e usuários do sistema. A sua forma de operação está determinada legalmente pela Constituição, com a criação do Conselho Nacional de Saúde e, por conseqüência, dos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde. Todos os municípios brasileiros têm Conselhos Municipais e todos os estados brasileiros têm Conselhos Estaduais que se congregam no Conselho Nacional de Saúde que tem esta conformação e que agora, por Decreto Presidencial, todos os dirigentes têm que ser eleitos. Antes eram definidos para os cargos por escolha de cada segmento, mas agora é por eleição. A próxima eleição a realizar-se no dia 15 de setembro, determinará quem será o novo Presidente do Conselho, que não é mais automaticamente o Ministro da Saúde, mas sim será eleito pela comunidade dos conselheiros.

O Conselho Nacional de Saúde (CNS) tem caráter deliberativo, apresenta e formula políticas, mas o Conselho tem que aprovar e deliberar sobre as políticas. É claro o Ministro da Saúde, como maior autoridade de saúde do SUS, pode vetar, mas tudo passa pelo Conselho e tem de ser aprovado por ele. Portanto, tem caráter deliberativo e exerce o controle social previsto na Constituição, formado por 50% de usuários do sistema, 25% de trabalhadores de saúde, e 25% de gestores federais, estaduais, municipais, e privados que compõem o SUS.

O SUS também opera de forma tripartite e bipartite. Quando falamos de tripartite, estamos falando do sistema nacional, com funções nacionais. Então, os três entes federados que compõem o sistema – federal, estadual e municipal – realizam reuniões que têm um caráter de pactuação. Ou seja, de definir as políticas e dizer: Como vamos pagar? Como vamos financiar? Como vamos fazer a política? Então, os três gestores – federais, estaduais e municipais – se juntam, discutem e pactuam as políticas. E na esfera estadual, bipartite, seriam os dois, municipais e estaduais.

O Brasil tem hoje dois milhões e meio de trabalhadores. Esta política de Gestão do Trabalho e da Educação (RH) tratamos a nível nacional no Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde e no Departamento de Gestão da Educação na Saúde vinculados à Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde que é responsável pela política de dois milhões de trabalhadores. É da política de formação, capacitação, de gestão, de regulação e de negociação. Dois milhões de trabalhadores e de empregos, sendo que 33% são de nível superior, que chamamos de profissionais; aproximadamente 40% são técnicos de saúde; e a parte administrativa é muito grande, 26%. Com isso se vê que um quarto da força de trabalho é da categoria administrativa.

Aqui citamos que somente 39,5% são técnicos e auxiliares, mas a realidade da enfermagem é muito diferente. Lamentavelmente, a situação da enfermagem é a seguinte: em torno de 15% são enfermeiros diplomados, e todo o restante está constituído de auxiliares e técnicos. Essa realidade está mudando, mas lentamente porque o contingente de enfermagem é muito grande, é quase um milhão de trabalhadores.

Estamos trabalhando agora com um Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (PROFAE). O PROFAE é um processo de profissionalização muito grande, e que permite hoje não ter mais atendentes de enfermagem, que é um nível mais elementar de escolaridade. Portanto, agora contamos com um contingente com um nível mais elevado, de auxiliares e técnicos. Mas ainda continuamos com um número muito grande de equipe de enfermagem que é muito importante, muito operativa, mas a qualificação é ainda precisa aumentar.

Quanto à quantidade de empregos de saúde, em 1980, antes da criação do SUS, havia 307.673 empregos em saúde no setor privado e 265.956 empregos no setor público. Já em 2003, esses números passaram para 997.115 empregos em saúde no setor privado e salta para mais de um milhão de empregos em saúde no setor público. Ou seja, esta é a demonstração de fato que o SUS não é somente uma definição política, uma definição em lei, mas sim uma realidade. O SUS cresceu de forma constitucional e descentralizada.

Quanto aos empregos públicos federais em saúde, temos dois problema. Um exemplo é a ausência de profissionais qualificados na esfera federal, por uma conseqüência de uma década de neoliberal que passamos no Brasil em governos passados, onde a máquina administrativa federal estava basicamente sem profissionais. Não temos profissionais porque não tivemos concursos em todo esse período. Agora no Governo Lula é que estamos começando a ter concursos. Mas, ainda persistem os mesmos problemas.

Apesar de tudo isso que lhes mencionei – do Sistema, da Constituição, das leis da década de 80, quando aprovamos uma Nova Constituição, da Lei Orgânica, de 1990, do movimento da reforma sanitária, que é muito importante por ser suprapartidário, não sendo uma questão de esquerda e de direita e sim todos juntos, participando ativamente do SUS –, apesar da área de saúde ser uma área de proteção, regulação e controle do Estado, a realidade brasileira vinha apontando para uma inadequada e perigosa desarticulação entre saúde como bem público e aqueles que produzem esse bem.

Então, a idéia de que trabalhadores em saúde é uma questão de Estado, durante toda uma década e durante – o que é mais grave – a estruturação da área do SUS, se constitui exatamente no contrário, durante o período de governos neoliberais. Estou me referindo a governos que primaram pela política de Estado mínimo, pela desvalorização da saúde e suas idéias eram que a saúde não era direito de todos, a saúde não era uma política de Estado, e os trabalhadores, evidentemente, não valiam quase nada.

Foi com este cenário político que o SUS foi constituído e consolidado. E como foi comentado ontem, o movimento da reforma sanitária foi o que deu a oportunidade de que, mesmo com um governo neoliberal, nós termos o SUS.

Mas como o SUS se encontrava com o novo governo Lula?

Com precariedade do trabalho – e continua com a precariedade, pois esta mudança é lenta;

- Perda do sentido de carreira profissional na forma de ausência de Planos de Carreiras modernos baseados na valorização de seus trabalhadores;
- Baixa condição de trabalho gerando desestímulo e desumanização do trabalho, tanto dos trabalhadores como dos gestores, porque é muito fácil falar que o trabalhador está desestimulado e desumanizado, mas também temos que falar de nós mesmos que somos gestores e que vamos encontrar uma máquina com problema e com dificuldades;
- Desestruturação e falta de importância da gestão na área de recursos humanos;
- Escasso diálogo entre gestores e trabalhadores;

- Desregulação do mundo do trabalho, permitindo surgimento de profissões sem discussão das necessidades do Sistema de Saúde. O Brasil tem hoje, no Congresso, um volume muito grande de projetos de lei de novas profissões em saúde. Todavia, não existem discussão para definir para que servem, se as queremos, se são necessárias, etc.;
- Desequilíbrio entre oferta e demanda de mão-de-obra em saúde, provocando com isto um *boom* de novas escolas; e
- Dissociação entre os profissionais/especialistas e a real necessidade do Sistema de Saúde, ou seja, para que e que precisamos para o Sistema de Saúde.

No entanto, a realidade do Brasil hoje é essa, com muitas escolas e com um boom de instituições de ensino e não ainda se alterou com o Governo Lula. Estamos preocupados e buscamos como e o que vamos fazer com esse *boom* de novas escolas. Não estou aqui dizendo que no Governo paramos e resolvemos os problemas. Estamos enfrentando os problemas porque no Brasil, por Constituição, as universidades têm autonomia. A autonomia universitária permite que a universidade possa requerer novos cursos sem a autorização prévia do Ministério da Educação. Portanto, a autonomia universitária permite que cresça o número de escolas privadas e públicas sem a devida discussão que exige o assunto.

Nesse *boom* de novas escolas, grande parte dessas – praticamente todas– está composta de escolas privadas. Então, a privatização das escolas na área da saúde aconteceu nesse período neoliberal. É importante precisar o que ocorreu no período do final do Governo Fernando Henrique, e início do Governo Lula. Houve um crescimento monumental das escolas de enfermagem, por exemplo (de 108 para 334), de nutrição (de 42 para 160), de farmácia (de 56 para 347), de odontologia (de 89 para 161), e de medicina (de 82 para 124). Estes números hoje aumentaram um pouco, por volta de 140 escolas de medicina, aproximadamente 350 escolas de enfermagem, etc.

Para resolver estes graves problemas, no Governo Lula cria a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Esta Secretaria tem status do primeiro escalão e possui estrutura e recursos financeiros próprios para gerenciar a política nacional. A Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde é composta de dois departamentos. É uma estrutura pequena, mas importante. Temos o Departamento da Gestão da Educação na Saúde que trata, como o próprio nome diz, da educação e trabalha com toda a discussão de capacitação, de educação contínua, educação permanente, formação de graduação e pós-graduação, residência, etc. E o outro é o Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde, que está a meu cargo que é justamente sobre este assunto que lhes apresento.

Vamos então rapidamente nos pontos. O que fizemos? Vou dar-lhes fatos reais que se passaram.

Em 2003, 30% dos dois milhões de empregos dos trabalhadores brasileiros se constituíam em trabalho precário, fruto da política neoliberal dos anos 90. Quando falamos de trabalho precário, estamos nos referindo a trabalho sem direitos trabalhistas, direitos previdenciários, direito a férias, aposentadoria, etc. Boa parte desses empregos é sem carteira assinada. Se o SUS cresceu, este crescimento se deu sem qualidade. Isto é muito importante falar, porque estamos falando também de uma população feminina muito grande, que é a maioria dos trabalhadores da saúde. Portanto, pensar em trabalhadores sem condições e sem o amparo legal é complicado. Vejam: são em torno de 30%, ou seja, 800.000 trabalhadores brasileiros na saúde hoje são trabalhadores precarizados.

Para resolver a precarização do trabalho no SUS, foi criado o Programa Desprecariza-SUS. Por uma Portaria Ministerial no início do Governo é criado o Comitê Nacional de Desprecarização, que tem objetos centrais eliminar o trabalho precário no SUS e criar comitês estaduais e regionais/municipais. Foi constituída, também por Portaria, a Rede de Apoio à Desprecarização do Trabalho no SUS, com o objetivo de facilitar a cooperação técnica e intercâmbio de informações entre o Comitê Nacional e os comitês estaduais e regionais/municipais e instituições.

Estamos elaborando uma Cartilha que descreve a forma pela qual vamos fazer a desprecarização, o que fazer com os comitês, como criar um comitê, o que é um comitê. Estamos ainda no processo de elaboração e é por isto não a trouxe porque no Brasil, todas as decisões que dizem respeito ao Conselho Nacional de Saúde, aos conselhos estaduais e conselhos municipais, têm a participação de usuários e trabalhadores, e obrigatoriamente têm que passar por revisão de todos. Portanto, no meu Departamento constantemente temos que negociar, temos que nos preocupar muitíssimo com o que pensam os trabalhadores, com o que querem e como vamos negociar com eles.

O Comitê Nacional de Desprecarização é composto de trabalhadores (50%) e gestores (50%), e trabalha na elaboração de políticas com a participação de outros ministérios. É uma proposta bastante interessante. E é neste Comitê que estamos preparando a Cartilha acima citada.

A Constituição brasileira diz que todos os trabalhadores de saúde têm que estar inseridos no Sistema Único de Saúde através de concurso público. Não é permitida outra forma de ingresso no SUS. Mas, durante a década de 90 houve uma contrariedade muito grande da Constituição permitindo a criação de muitos empregos inseridos de forma ilícita no SUS, ou seja, sem concurso público.

Recentemente, o Governo Federal, e com ativa participação do Comitê Nacional de Desprecarização, conseguiu fazer uma Emenda Constitucional para resolver a questão desses trabalhadores precarizados, ou seja, dos agentes comunitários de saúde e agentes de endemias. Dos 800.000 existentes, já conseguimos resolver a situação de aproximadamente 300.000 trabalhadores. Com a aprovação dessa Emenda, e também com uma Medida Provisória do Presidente Lula, que está a caminho do Congresso para aprovação que cuida da regularização do vínculo empregatício destes 300.000 trabalhadores que trabalham em todo o sistema, em todas as comunidades brasileiras. Este era um problema muito grave, uma dívida social muito grande que tínhamos.

Não vou falar mais sobre desprecarização porque o assunto é muito vasto. Queria apenas traçar em linhas gerais sobre o assunto. Estamos trabalhando, desenvolvendo todo um processo e, com certeza, o nosso objetivo, tanto dos trabalhadores como dos gestores é acabar com a precarização de trabalho no SUS.

Mas isto não impede de termos trabalho temporário que é previsto constitucionalmente, ou seja, um número pequeno de trabalhadores que, por necessidade emergencial, podem ser contratados temporariamente, mas com todos os direitos garantidos em lei.

Para resgatar o sentido de carreira no SUS e devolver a esperança aos trabalhadores, que era uma política e uma plataforma do Governo Lula, criamos por Portaria Ministerial, a Comissão Nacional de Elaboração das Diretrizes do PCCS-SUS. Sou a Coordenadora do Comitê de Desprecarização e, como Diretora do Departamento de Gestão do Trabalho, cabe a mim também coordenar a Comissão Nacional de Elaboração das Diretrizes do PCCS-SUS.

O Comitê Nacional de Elaboração das Diretrizes do PCCS-SUS tem a função de orientar a reorganização dos trabalhadores do SUS em estruturas de carreiras que atendam à valorização profissional, buscando a melhoria do atendimento à população, atendendo a Lei 8.142, que diz que é obrigatório ter planos de carreira para todos os sistemas de saúde, tanto federais como estaduais e municipais.

A Comissão de Elaboração de Diretrizes foi coordenada por nós do Governo, com a participação de uma coordenação adjunta dos trabalhadores. A sua relatoria era composta de uma relatoria geral do Governo e uma sub-relatoria dos trabalhadores. E a Comissão é mista, isto é, metade dos seus integrantes é do governo e a outra metade é de trabalhadores. E os trabalhadores são indicados pela Mesa Nacional de Negociação, que são os sindicatos nacionais que representam os dois milhões de trabalhadores no Brasil.

As diretrizes de plano de carreira estão em processo de negociação e aprovação. Creio que em 5 de outubro próximo estas diretrizes deverão ser aprovadas pela Mesa Nacional de Negociação, pela Comissão tripartite e depois pelo Conselho Nacional. Após este processo estas deverão tornar-se. Portaria Ministerial, uma Norma Geral para todo o sistema para ser adotada em todos os municípios, estados, e inclusive no Governo Federal.

Em linhas muito gerais, queria referir ao seguinte:

Quanto a abrangência das diretrizes, diferente da situação da República Dominicana, como escutamos hoje pela manhã, nós já passamos pelo problema de polemizar com os trabalhadores para determinar quem são os trabalhadores de saúde, quem não são os trabalhadores, etc. E para nós, por um acordo, apesar de ter havido muita discussão e bastante dificuldade, mas com negociação e bom senso, chegamos às diretrizes, após seis meses, discutindo e negociando.

Estas diretrizes destinam-se a todos os trabalhadores do SUS, ativos e aposentados, nas três esferas de governo. E atendem a todas as funções do SUS. Portanto, são diretrizes que vão atender a quem trabalha na atenção à saúde, na gestão, auditoria, fiscalização e regulação, vigilância sanitária, perícia, apoio administrativo e infra-estrutura, ensino e pesquisa. Como podem observar, não há distinção entre médicos, enfermeiros, odontólogos, trabalhadores administrativos, e qualquer que seja o trabalhador. Todos estão abrangidos neste plano.

Dentro da concepção do Plano encontram-se.

- Carreiras unificadas do SUS – não são carreiras únicas, mas carreiras identificadas com as diretrizes nacionais;
- Concurso público como única forma de ingresso no Sistema;
- Identidade dos trabalhadores do SUS;
- Perspectiva de desenvolvimento na carreira do SUS, que abrange toda a área de educação permanente, etc.;
- Perspectiva de ser uma gestão participativa, democrática, compartilhada, ou seja, os planos de carreira não podem ser elaborados por burocratas de hora. Devem ser preparados pelas duas mãos: trabalhadores e gestores; e
- Avaliação do desempenho profissional e institucional. Não é somente individual, mas também institucional para envolver a todos.

Estas diretrizes estão divididas em dois cargos amplos, que abrangem a todos. Dentro destes dois estão as especialidades profissionais tais como os médicos, enfermeiros, odontólogos, etc., São cargos que permitem a inclusão de novas áreas profissionais. Por exemplo, eu sou socióloga e, portanto, não sou da saúde e não sou a princípio importante para a saúde do ponto de vista da assistência. Mas, para uma área como a gestão, por exemplo, minha profissão talvez seja boa. Então, se podem incluir os sociólogos da gestão pública central. Um outro exemplo: é a inclusão do engenheiro sanitário ou do engenheiro químico, etc.

Portanto, temos dois cargos:

- Assistente em Saúde, que inclui todos os profissionais de nível mais elementar até o nível técnico. Para demonstrar como isto funciona, tomemos o exemplo de um profissional que tinha uma qualificação de nível muito baixo, como exemplo os atendentes de enfermagem, no passado no Brasil. Ele poderá seguir na carreira até atingir um nível técnico, ou seja, técnico de enfermagem:
- Especialidade em Saúde, que inclui todos os profissionais de nível universitário.

Temos três propostas fundamentais para incentivos salariais. Não falamos de piso salarial, porque isto compete a cada município e a cada estado, mas sim de incentivos. Estes seriam a dedicação exclusiva ao SUS, a atenção básica, e também compensação por locais de risco e de difícil acesso. O Brasil tem muitos lugares de difícil acesso e de risco sanitário.

Somente isto não é suficiente, porque os planos de cargo não contemplam grande parte de toda a Amazônia Legal, que tem problemas sérios de fixar os profissionais. Imaginem profissionais trabalhando em locais que necessitam uma semana para serem alcançados. O isolamento do profissional é real e não temos como resolvê-lo de imediato.

Portanto, para resolver esta questão da ausência de profissionais essenciais em municípios com dificuldades de fixação – estamos nos referindo a equipe básica, não de todos os profissionais –, especialmente na Amazônia Legal, vamos então discutir a Carreira Nacional SUS, que é uma carreira com base local (localidades carentes e de difícil acesso), atendendo o dispositivo constitucional que saúde é direito de todos e dever do Estado.

No Brasil temos 20 ou 30 processos de criação de novas profissões no Congresso Nacional. Isto é muito grave e como vamos fazer? Estão agora discutindo a criação de tecnólogos. Estamos preocupados com o *boom* de novas escolas. Como vamos fazer, como vamos regular esta situação?

Para enfrentar a desregulação do trabalho, os desequilíbrios entre a oferta e demanda de profissionais de saúde, criação de novas profissões e ocupações, foi criada a Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde. Houve muita polêmica quando esta Câmara foi criada, porque a Câmara se propõe a mudar o papel dos Conselhos Profissionais brasileiros, que têm poder legal de Estado e definem o Código de Ética e, principalmente, a regulação do trabalho dos profissionais liberais. Como exemplo podemos citar médicos, enfermeiros, dentistas, farmacêuticos, todos têm Conselhos Profissionais que têm por lei o direito de fazer a fiscalização, o controle e o registro de profissionais. A Câmara vai trabalhar com esses profissionais e, principalmente, com os conselhos, em uma perspectiva de diálogo, interação para o bem do SUS. Portanto, a idéia primeira não é acabar com os conselhos. Preferimos manter um diálogo com os trabalhadores.

A Câmara busca um espaço de discussão entre gestores do SUS e representações profissionais (conselhos, sindicatos, e associações técnico-científicas responsáveis por toda a área de regulação das especialidades) com vistas à construção coletiva de respostas à questões da regulação do trabalho em Saúde. Também busca dialogar e subsidiar o Congresso Nacional em suas decisões nesta matéria.

Para tratar das questões referentes ao exercício profissional no Mercosul, criamos também o Fórum Permanente do Trabalho no Mercosul. Elaboramos uma cartilha que esperamos que fique pronta ainda durante a Presidência Pro-Tempore no Brasil, e em outubro teremos a Reunião Ordinária do Sub-grupo de Trabalho 11 (SGT-11), que é o grupo de saúde. Tenho a representação do Governo para a área de exercício profissional, que é a área de regulação. Não há como discutir primeiro com os médicos, depois com os enfermeiros, depois com os odontologistas, depois com os outros profissionais. Temos que falar com todos juntos, porque os problemas do Mercosul abrangem todos os Estados-Partes, que agora são Brasil, Argentina, Paraguai, Uruguai e Venezuela. E como Estados Associados estão Chile, Bolívia, Colômbia, Peru e Equador. A realidade do Mercosul é complexa e é necessário que se tenha este espaço para a discussão coletiva.

Nossa proposta política é que, num futuro próximo, este Fórum do Mercosul seja um fórum dos Estados-Partes, e não somente do Brasil, como é o caso no momento.

Para estabelecer a cultura de negociação do trabalho entre trabalhadores e gestores do SUS e como o instrumento mais importante e democrático de gestão do SUS, foi reinstalada a Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS.

Esta Mesa Nacional foi criada na década de 90, depois da criação do SUS, e não foi implementada durante todo o governo neoliberal que não tinha

interesse na negociação. No início do Governo Lula, a Mesa Nacional de Negociação foi reinstalada, e é composta fortemente por trabalhadores e gestores, num total de 26 membros divididos em 13 sindicatos nacionais representando todos os trabalhadores, e 13 gestores federais, estaduais e municipais, incluindo os ministérios afins e os gestores privados complementar ao SUS.

A idéia é de, por meio do Sistema Nacional de Negociação de Trabalho criar mesas estaduais e mesas municipais de saúde, que proporcionaria um processo de negociação permanente. É uma política de Estado.

A pauta da Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS é:

- Plano de Carreira do SUS;
- Desprecarização do trabalho;
- Aspectos das relações do trabalho;
- Educação permanente dos trabalhadores;
- Regulação da formação;
- Condições de trabalho; e
- Qualidade do trabalho do trabalhador da saúde.

Por fim, para qualificar, dar visibilidade, status e transformar a área de recursos humanos em área prioritária e estratégia de gestão do trabalho e da educação, criamos o Programa Nacional de Qualificação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS (PROGESUS), que é uma proposta nova muito importante, que responde aos anseios dos gestores.

O PROGESUS busca a cooperação com as esferas de gestão do SUS, objetivando fortalecer e reestruturar as estruturas da gestão de recursos humanos, transformando-as em áreas estratégicas de Governo.

Este programa tem três componentes:

- O Sistema Nacional de Informações. Grande parte da informação do Brasil, até o momento, é manual nas estruturas estaduais e municipais. Queremos, portanto, criar um Sistema Nacional;

- O Sistema Gerencial do Trabalho em Saúde, que abrangeria todo o material instrutivo e de software que já está pronto e permitirá que todos tenham acesso ao Sistema de Informação e possam aplicar o sistema; e
- Programa de Capacitação de Gestores

Já iniciamos este processo e esperamos poder implantá-lo neste Governo e prosseguir na próxima gestão, que começa em janeiro de 2007. Esta é uma política de Estado e não simplesmente uma política de Governo. É preciso criar um estatuto estratégico que é tão necessário a todos nós e creio que não é só para o Brasil, mas para toda a América Latina.

Obrigada.