

Excelentíssimo Senhor Secretário de Estado da Saúde Doutor Eduardo Cherem

Como é sabido, atualmente a dinâmica político-administrativa da gestão do SUS está sendo afetada por condicionantes contextuais diversas, tais como:

- as medidas de controle das contas públicas decorrentes das políticas de estabilização econômica do governo federal;
- os reflexos das reformas administrativa e previdenciária sobre vínculos, remuneração e direitos dos que trabalham no setor público;
- a redistribuição de encargos e recursos entre as três esferas de governo que será consequência da reforma tributária;
- finalmente, mas não menos importante, as características de autonomia administrativo-financeira associadas à condição de "gestão plena" do SUS, definidas pelo NOB 96.

Correlacionada ou não com essa conjuntura das políticas gerais, encontra-se uma tendência forte à flexibilização das relações de trabalho, que se estende hoje a todos os ramos de atividade públicos e privados, e que, em última instância, resulta do processo de globalização econômico-social. Pode-se afirmar que os serviços públicos como um todo se encontram em fase de transição em que a gestão do trabalho deixou de ser sinônimo de administração de pessoal próprio.

A disseminação das cooperativas em situações tão distintas como a dos hospitais e a do Programa de Saúde da Família, bem comprova que o gestor está sendo cada vez menos um empregador direto e mais um contratador de fornecedores de trabalho. A terceirização tem chegado ao ponto de envolver a gerência de hospitais e de alguns subsistemas de atendimento ao público.

Para os trabalhadores do SUS flexibilizar passou a ser sinônimo de submeter-se a vínculos de trabalho que são mais autônomos e mais temporários, embora possam importar num aumento imediato da sua renda monetária. Mas há muitos casos em que a flexibilização gera o trabalho informal e não bem remunerado, como se vê acontecer com os agentes comunitários de saúde.

O momento atual dessa transição do poder público no SUS, que acontece como uma espécie de "*reforma informal do Estado*", está a exigir que os gestores formem

entre si um consenso acerca de quais são as flexibilidades realmente desejáveis e legítimas. Muitas delas abalam os arranjos jurídicos e institucionais que estavam na base do antigo aparato administrativo do Estado, arranjos que, de algum modo, tornaram-se até certo ponto obsoletos face ao dinamismo e exigências atual da administração pública descentralizada. Por outro lado, a atuação de certas entidades de controle da atuação do Estado, como os tribunais de conta e o Ministério Público, continuam a se pautar, nas suas funções de supervisão, por esses critérios que entendem ser de justiça geral. Por isso, sendo a fase atual caracterizada como de transição, é necessário que os gestores usem o máximo de seu sentido de prudência na adoção dessas flexibilidades. Seu papel estratégico como gestor é agora identificar quais são as formas de relação de trabalho e de gestão da rede do SUS que são, simultaneamente, flexíveis do ponto de vista administrativo-financeiro e razoáveis do ponto de vista dos interesses trabalhadores, sendo também viáveis nas condições de cada local. Aos gestores cabe avaliar as flexibilidades que estão sendo adotadas no SUS com o propósito de concluir sobre as formas que são aceitáveis e as que são condenáveis porque ofendem definitivamente os princípios de justiça da atuação do Estado.

Um dos acertos fundamentais entre gestores no processo de implementação do SUS envolveu, como se sabe, a cessão de pessoal de nível federal e estadual lotado nas unidades de saúde descentralizadas. A combinação de capacidade física (instalações) e a capacidade técnico-operacional (pessoal) constituiu parte das garantias dadas para que o gestor de redes locais de saúde assumisse suas responsabilidades novas na hierarquia assistencial prevista pelo sistema.

Tal sistema foi inicialmente possível pela habilitação legal que a Lei Federal 8.112/90, que instituiu o Regime Jurídico Estatutário do Servidor Público Civil da União, mais precisamente em seu art. 93, inciso II, conferiu aos gestores a possibilidade de ceder servidores públicos federais para órgãos e entidades da União, Estados, Distrito Federal e Municípios. Assim, reza o supracitado artigo, *in verbis*:

*“Capítulo V
Dos Afastamentos
Seção I
Do Afastamento para Servir a Outro Órgão ou Entidade
Art. 93. O servidor poderá ser cedido para ter exercício em
outro órgão ou entidade dos Poderes da União, dos Estados,
ou do Distrito Federal e dos Municípios, nas seguintes
hipóteses: (redação dada pela Lei nº 8.270, de 17.12.1991)
I – para exercício de cargo em comissão ou função de
confiança; (redação dada pela Lei nº 8.270, de 17.12.1991)
II – em casos previstos em leis específicas. (redação dada pela
Lei nº 8.270, de 17.12.1991)”*

Igualmente a Lei 8689, de 27 de julho de 1993, especialmente em seu Art. 5º, §3º dispõe que:

§3º - Os servidores a que se refere o caput deste artigo poderão ser cedidos aos estados, Distrito Federal e municípios, na forma prevista no art. 20 da Lei nº8.270, de 17 de dezembro de 1991.

Já o citado artigo da Lei 8270 prevê que:

Art. 20. Com vistas à implementação do Sistema Único de Saúde, criado pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, o Ministério da Saúde poderá colocar seus servidores, e os das autarquias e fundações públicas vinculadas, à disposição dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, mediante convênio, sem prejuízo dos direitos e vantagens do cargo efetivo

Dessa forma, é importante ressaltar que em nosso Estado há um grande número de profissionais servidores públicos federais que atuam em hospitais públicos que funcionam sob a égide do Estado.

Ocorre que até a instituição da Lei Estadual nº 13.996, de 16 de abril de 2007, tais servidores públicos percebiam a gratificação de *pro labore*, a qual foi revogada pela instituição da Gratificação de Desempenho e Produtividade Médica. Porém, tal lei instituidora da GPDM revogou aquele antigo *pro labore*, mas não cuidou de garantir tal gratificação aos servidores públicos federais, restringido sua aplicação aos servidores estaduais, o que acarretou na disparidade de vencimentos entre profissionais desempenhando a mesma função dentro do mesmo órgão público.

Tal questão, por sua importância e gravidade, foi debatida na Mesa Nacional de Negociação Permanente do Sistema Único de Saúde – MNNP – SUS, e tal debate gerou o protocolo nº 05 de 2006, devidamente aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde, reunido em Brasília.

Este protocolo se perfectibilizou numa verdadeira carta de intenções e estabeleceu algumas acertadas diretrizes a serem seguidas pelos gestores públicos, a saber:

“CONSIDERANDO:

- a) as profundas modificações pelas quais passou o Sistema de Saúde do Brasil a partir da conquista da instituição do SUS, estabelecendo as diretrizes da universalização da atenção à saúde, hierarquização, descentralização e integração entre as diferentes esferas do governo;
- b) que o processo de implantação do SUS envolve a articulação entre as instâncias de governo e implica, portanto, na necessidade de superar dificuldades de ordem jurídica, política e administrativa,

decorrentes de processos de cessão de pessoal entre as três esferas de governo;

- c) o reconhecimento de que a cessão de pessoal é motivada por diferentes razões, ocorrendo em situações diversas tais como as determinadas pela descentralização, necessidade dos serviços, interesse dos servidores, incorporação tecnológica, entre outras, demandando respostas gerenciais adequadas;
- d) a procedência e relevância em ratificar que, diante da complexidade desse processo, os direitos e deveres dos servidores cedidos venham a ser plenamente assegurados e respeitados, sejam os estabelecidos pela Lei nº 8.112/90, sejam os previstos pelas normas de âmbito estadual e municipal;
- e) a necessidade de acompanhamento da lotação e da movimentação dos servidores cedidos ao SUS
- l) a necessidade de fortalecimento do Sistema Único de Saúde – SUS;

RESOLVE:

Art. 1º - Assumir o compromisso e adotar providências para aperfeiçoar o processo de cedência de pessoal no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, assegurando as *vantagens*, os direitos e os deveres dos servidores cedidos, estabelecidos na Lei nº. 8.112 /90 e na legislação própria de cada esfera de governo, buscando a aplicação da legislação em vigor e a construção de novos instrumentos legais de aperfeiçoamento desses procedimentos, em conformidade com as orientações, diretrizes e critérios consignados no presente Protocolo.

Parágrafo Único - Reconhecer a eficácia do presente Protocolo, observada a legislação que regulamenta a matéria, como instrumento de pactuação competente para dirimir dúvidas e para garantir a defesa dos direitos e o cumprimento das obrigações dos servidores, na hipótese de descumprimento das orientações, diretrizes e critérios nele estabelecidos;

Art. 2º - As modificações que se fizerem necessárias na legislação vigente, objetivando melhor adequar o processo de cessão de pessoal ao Sistema Único de Saúde, deverão ser objeto de estudo imediato e específico, competindo aos signatários deste protocolo envidar esforços para a aplicação de suas determinações em seu âmbito de atuação.

Art. 3º - Compete ao gestor cessionário à lotação e a movimentação do servidor cedido, respeitadas suas qualificações e formações, competindo-lhe, ainda, comunicar, aos órgãos de origem, todos os procedimentos adotados em relação ao mesmo.

Art. 4º - No âmbito do SUS os servidores cedidos para as gestões estadual, municipal ou do Distrito Federal, em decorrência do processo de descentralização da execução das ações de saúde, continuarão a ser remunerados pelo seu órgão ou instituição de origem.

§1º - O órgão ou entidade cessionária poderá pagar diretamente ao servidor cedido, gratificações ou indenizações, conforme os princípios gerais do financiamento para o SUS contidos no Pacto de Gestão, respeitando-se o processo de negociação entre trabalhadores e gestores, no intuito de garantir condições equânimes de trabalho.

§2º - No caso de devolução de servidor descentralizado ao seu órgão de origem, o órgão cessionário apresentará justificativa escrita que motivou o ato, precedida de ciência ao servidor, e ao Conselho de Saúde respectivo, assegurando-se o direito de manifestação conforme determina o artigo 5 da Constituição Federal.

(...)

Art. 12 - Este Protocolo aplica-se as cedências efetivadas no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, envolvendo os servidores das três esferas de governo;

(...)

Art. 17 - Ratificando o entendimento de que o caminho para a consolidação do Estado Democrático de Direito, expressamente determinado pela Constituição Federal, pressupõe a consolidação do Sistema Único de Saúde – SUS, processo que impõe a democratização das suas relações de trabalho e o aperfeiçoamento de procedimentos relacionados à cessão de servidores que atuam no âmbito do SUS, a Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS, na forma e nos termos das atribuições que lhes são conferidas pela Cláusula Décima Oitava do seu Regimento Institucional, aprova o presente Protocolo, para submetê-lo à ulterior apreciação do Conselho Nacional de Saúde.”

Considerando ainda que após a vigência da Lei 13.996/07, instituindo a GDPM, o que se viu de fato foi a criação de uma significativa disparidade entre os vencimentos dos servidores estaduais com relação aos seus colegas federais;

Considerando, também, que todo o permissivo legal para que esta situação se torne mais equânime está expressa no art. 4º, § 1º do supracitado Protocolo,

Vem, respeitosamente, esta diretoria do SIMESC, a presença de Vossa Excelência, solicitar que a Gratificação de Desempenho e Produtividade Médica (GDPM), seja estendida a todos os médicos servidores federais cedidos e em exercício nas diversas Unidades de Saúde sob gestão do Estado de Santa Catarina.

Sabe-se, entretanto, que para a consecução do fim almejado, torna-se necessário projeto de lei de iniciativa privativa do Chefe do Poder Executivo, razão pela qual se requer o encaminhamento necessário a esta questão.

Sendo o que tínhamos para o momento, reiteramos os votos de apreço e consideração.

Florianópolis, 10 de agosto de 2007.

João Pedro Carreirão Neto
Presidente do SIMESC