

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SÉRGIO AROUCA
ENSP

“Remuneração e valorização da força de trabalho no SUS: confrontando limites de gastos com pessoal”

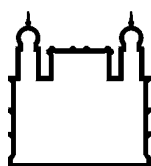
por

Henrique Antunes Vitalino

*Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre
Modalidade Profissional em Saúde Pública.*

Orientador: Prof. Dr. Sérgio Pacheco de Oliveira

Rio de Janeiro, maio de 2012.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



Esta dissertação, intitulada

“Remuneração e valorização da força de trabalho no SUS: confrontando limites de gastos com pessoal”

apresentada por

Henrique Antunes Vitalino

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof. Dr. Renato Matos Lopes

Prof. Dr. Walter Vieira Mendes Júnior

Prof. Dr. Sérgio Pacheco de Oliveira – Orientador

HENRIQUE ANTUNES VITALINO

Psicólogo, formado pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Coordenador-Geral da Gestão do Trabalho em Saúde e Diretor-Substituto do Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde/Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde/Ministério da Saúde no período entre 2004 e 2011.

Dentre as atribuições características dos cargos exercidos, encontravam-se atividades que compreendiam a realização de diagnósticos sobre o trabalho em saúde no Brasil, a formulação de políticas de despreciação dos vínculos de trabalho no setor, a colaboração com Secretarias estaduais e municipais de saúde para a solução de problemas de pessoal do setor público e do setor privado complementar e a elaboração de orientações para a implementação de planos de carreiras no SUS, assim como apoio e estímulo ao desenvolvimento destes planos nas gestões estaduais e municipais de saúde.

O percurso acadêmico na pós-graduação principia com a realização de Curso de Aperfeiçoamento em Negociação do Trabalho em Saúde (EAD/ENSP/FIOCRUZ), seguido de Especialização em Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde, promovido pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, por meio de convênio firmado com o Ministério da Saúde.

Na oportunidade o trabalho de conclusão de curso apresentado – “De Recursos Humanos a Trabalhador do SUS: a Política de Gestão do Trabalho no SUS” – constituiu-se em estudo sobre a organização da área de gestão do trabalho na Saúde com foco nas ações e políticas que fizeram parte da evolução do setor a partir da constituição do Sistema Único de Saúde.

Assim, a combinação de estudos preliminares que deram corpo ao TCC da citada especialização com a experiência e conhecimento empírico, adquirido por força das atividades profissionais no Ministério da Saúde, dá origem ao projeto de estudos aqui desenvolvido.

REMUNERAÇÃO E VALORIZAÇÃO DA FORÇA DE TRABALHO NO SUS: CONFRONTANDO LIMITES DE GASTOS COM PESSOAL

RESUMO

A implementação de políticas de gestão do trabalho que reconheçam e valorizem o compromisso e a dedicação dos profissionais de saúde e que criem adequadas condições de trabalho nos serviços de saúde são, a um só tempo, objetivos e desafios que enfrentam gestores, trabalhadores e mesmo a sociedade de forma ampla.

A melhoria da remuneração praticada como retribuição devida pelo efetivo exercício do cargo ou emprego constitui-se em um dos elementos da política de gestão do trabalho no setor saúde e se apresenta como reivindicação histórica por parte dos trabalhadores e das entidades de representação de classe.

Atualmente, o Congresso Nacional tem sob sua apreciação vários projetos de lei cujo propósito é a fixação de pisos nacionais para diversas profissões na saúde.

Contudo, a criação dos pisos não se daria efetivamente sem enfrentar dificuldades de múltiplas naturezas que se reportam, no serviço público, a conhecida insuficiência de recursos de financiamento para o setor, assim como àquelas que derivam das normas constitucionais e infraconstitucionais que limitam a remuneração do servidor público e os gastos máximos com pessoal na Administração Pública, além do caráter federativo do estado brasileiro e suas consequências no que tange à autonomia político-administrativa e às competências privativas dos entes subnacionais.

Ao levantamento das virtuais dificuldades, sucede-se análise de alternativas que contribuiriam na superação dos problemas considerados, quer sejam eles derivados da dimensão financeira, quer se refiram à dimensão legal da questão.

Palavras-chave: Gastos em Saúde; Gestão de Recursos Humanos em Saúde; Gestão do Trabalho em Saúde; Remuneração; Piso Salarial Profissional; SUS.

REMUNERATION AND VALUATION OF THE WORKFORCE OF THE SUS: CONFRONTING THE EXPENSES LIMITS

ABSTRACT

The implementation of labor management policies that recognize and value the commitment and dedication of health professionals, and create appropriate working conditions in health services, are both goals and challenges that managers, workers and even society broadly have to face. The improvement of the remuneration due practiced as consideration for the effective exercise of their office or employment is one of the main elements of the policy of labor management in the health sector, and is presented as historical claim on the workers and of their class representation. Currently, the Brazilian Congress has under its consideration several project laws whose purpose is the establishment of national minimum wage for some health professions. However, the creation of those minimum wages would not take place effectively without facing and solving multiple nature difficulties, regarding the well-known lack of funding resources for the sector, as well as those arising from the Constitution and other rules that limit the remuneration of public servant and maximum spending on personnel in the Public Administration. Adding to this, the federal character of the Brazilian state, which and its implications regarding to political and administrative autonomy and powers of private sub national entities. After the survey of the issues, the analysis of alternatives that would help in overcoming the problems considered, whether they are derived from the financial dimension, or referring to the legal dimension of the issue is done.

Keywords: Health insurance, Human Resources Management in Health, Labor Management Health, Compensation, Professional Floor Wage; SUS.

LISTA DE ABREVIações

ADI	Ação Direta de Inconstitucionalidade
AMS	Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária
CEAM	Centro de Estudos Avançados Multidisciplinares
CF	Constituição Federal
CIRH	Comissão Intersectorial de Recursos Humanos
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNGTES	Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
CNM	Confederação Nacional dos Municípios
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CNRHS	Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde
CNRS	Comissão Nacional da Reforma Sanitária
CSS	Contribuição Social para a Saúde
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
DEGERTS	Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde
DF	Distrito Federal
DTP	Despesa Total com Pessoal
FE	Fundação Estatal
FINBRA	Finanças do Brasil
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
FPM	Fundo de Participação dos Municípios

FTS	Força de Trabalho em Saúde
FUNDEB	Fundo de Manutenção e Desenvolvimento da Educação Básica e de Valorização dos Profissionais da Educação
GM	Gabinete do Ministro
GT	Grupo de Trabalho
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
IRPF	Imposto de Renda – Pessoa Física
IRPJ	Imposto de Renda – Pessoa Jurídica
LC	Lei Complementar
LF	Lei Federal
LRF	Lei de Responsabilidade Fiscal
MARE	Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado
MNNP-SUS	Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS
MS	Ministério da Saúde
NESP	Núcleo de Estudos de Saúde Pública
NOB	Norma Operacional Básica
OS	Organizações Sociais
OSCIP	Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público
OMS	Organização Mundial da Saúde
PASEP	Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público
PIB	Produto Interno Bruto
PIS	Programa de Integração Social
PL	Projeto de Lei
PPREPS	Programa de Preparação Estratégica de Pessoal para a Saúde
RAIS	Relação Anual de Informações Sociais

RCL	Receita Corrente Líquida
RGF	Relatório de Gestão Fiscal
RH	Recursos Humanos
ROREHS	Rede Observatório de recursos Humanos em Saúde
RREO	Relatório Resumido de Execução Orçamentária
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SISTN	Sistema de Coleta de Dados Contábeis de Estados e Municípios
SIOPS	Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde
SPS	Secretaria de Políticas de Saúde
SSA	Serviço Social Autônomo
STF	Supremo Tribunal Federal
STN	Sistema de Contas Nacionais
SUS	Sistema Único de Saúde
UnB	Universidade de Brasília

LISTA DE TABELAS, GRÁFICOS E FIGURAS

Tabela 1	Crescimento dos Vínculos (80 – 92) por Natureza Jurídica do Setor	Pag. 33
Tabela 2	Crescimento dos Vínculos (80 – 92) por Esfera de Governo da Administração Pública	Pag. 35
Tabela 3	Empregos em Saúde por Natureza Jurídica dos Vínculos - Ano 2009	Pag. 36
Tabela 4	Empregos em Saúde: distribuição segundo esfera administrativa - Ano 2009	Pag. 37
Tabela 5	Evolução da Despesa Total com Pessoal / 2004 a 2009	Pag. 43
Tabela 6	Progressão das Despesas com Pessoal da Saúde frente às Despesas Totais com Saúde, Brasil. 2004 a 2009	Pag. 45
Tabela 7	Demonstrativo de Cálculo dos Efeitos Financeiros – Brasil	Pag. 46
Tabela 8	Demonstrativo dos Salários Médios no Estado (2009), nº de empregos/Goiânia e Pisos Nacionais Propostos	Pag. 48
Tabela 9	Demonstrativo de Cálculo dos Efeitos Financeiros no Município de Goiânia (GO)	Pag. 49
Tabela 10	Demonstrativo dos Salários Médios no Estado, nº de empregos e Pisos Profissionais	Pag. 52
Tabela 11	Demonstrativo de Cálculo dos Efeitos Financeiros no Município de Planaltina (GO)	Pag. 53
Gráfico 1	Crescimento dos Empregos por Natureza Jurídica dos Vínculos	Pag. 34
Gráfico 2	Crescimento dos Empregos na Administração Pública	Pag. 35
Gráfico 3	Natureza Jurídica dos Empregos - Ano 2009	Pag. 36
Gráfico 4	Emprego por Esfera Administrativa - Ano 2009	Pag. 37
Figura 1	Elementos de Indução da Ampliação da FTS	Pag. 32

SUMÁRIO

1	Introdução	9
2	Objetivos	13
2.1	Geral	13
2.2	Específicos	13
3	Justificativa	14
4	Contexto	15
4.1	A Capacidade Financeira dos Municípios	15
4.2	As Implicações Jurídicas	16
5	Metodologia	18
5.1	A Combinação de Dados das Diversas Fontes	22
5.2	Identificação, Tramitação e Acompanhamento dos Projetos de Lei	24
5.3	Exame dos Aspectos Jurídicos Envolvidos	25
6	Referencial Teórico	27
6.1	A política de RH em Saúde	27
6.2	A Gestão do Trabalho na Saúde hoje	30
6.3	A distribuição dos vínculos de trabalho em saúde	31
6.4	Os Custos Totais dos Projetos	37
6.5	As Despesas com Pessoal e a LRF	41
6.6	Despesas Totais em Saúde X Gastos com Pessoal de Saúde	44
7	Resultados	46
7.1	A Dimensão Financeira	46
7.2	Outras Possíveis Antinomias	54
8	Discussão	60
9	Conclusões	72
10	Comentários Finais	74
11	Referências	76
12	Anexos	82

1. INTRODUÇÃO

A força de trabalho em saúde, de acordo com os dados da Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária (AMS) do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) do ano de 2009, conta com número superior a três milhões de empregos quando somados os setores público e privado¹. Estes trabalhadores organizam-se em entidades representativas de seus interesses e, de longa data, reclamam sobre condições insatisfatórias de remuneração e trabalho, como se pode observar no Relatório da VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS)² e em outros inúmeros documentos da área da Gestão e da Negociação do Trabalho no SUS.

Verifica-se, assim, que os trabalhadores e seus sindicatos historicamente demandam a implementação de Planos de Cargos e Carreiras³ que estabelecessem políticas remuneratórias com “isonomia e pisos salariais condignos”⁴.

A deliberação se inclui ainda no Relatório Final da II CNRHS⁵ – Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde em resposta à “baixa remuneração e salários aviltantes” e na III CNGTES⁶ – Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, que exige a adoção de “piso salarial justo e compatível para todos os trabalhadores do SUS”.

A par de tais exigências, as entidades de classe também estabeleceram como alvo a superação das situações que indicariam formas irregulares e inseguras de inserção nos serviços de saúde, como as designadas por Pierantoni⁷ como “flexíveis” quanto a sua modalidade de vinculação ou aquelas que se caracterizam pelo “desassalariamento”, conforme Campos⁸ explica o movimento resultante da dinâmica econômica dos anos 90 e suas consequências na proliferação de empregos sem direitos trabalhistas ou previdenciários.

Os conceitos de flexibilização e desassalariamento não esgotam, embora se aproximem e se somem, o que o Ministério da Saúde (MS)⁹ designou como Desprecarização do Trabalho em Saúde. Estabelecendo o problema como dos mais importantes no campo da gestão de RH no SUS, este se reporta, além da garantia dos direitos trabalhistas e previdenciários e da terceirização de

atividades finalísticas nos serviços de saúde, às formas de inserção, especialmente no serviço público que também deve atender ao ordenamento constitucional de ingresso (concurso público) e regime de trabalho.

Fazendo coro com as citadas iniciativas e lutas pela consagração de política de salários e vencimentos convenientes, atualmente as entidades de classe do setor reivindicam aprovação de diversos Projetos de Lei que fixam pisos salariais nacionais para profissionais que atuam nos serviços de saúde.

Pesquisas sobre as diversas iniciativas no Congresso Nacional revelam que o pleito de fixação de pisos salariais nacionais não é privativo de uma ou outra categoria de trabalhadores, dentre estas profissões, encontram-se toda a equipe de enfermagem, médicos, dentistas, agentes de saúde, psicólogos e outras. As entidades de representação de classe pautam tal reivindicação em diversas oportunidades, como nas discussões que se dão na Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS (MNNP-SUS), e concomitantemente articulam-se junto ao Poder Legislativo visando à conquista de apoio parlamentar aos projetos de lei em curso.

10

Sendo assim, à semelhança do que foi estabelecido no campo da Educação por meio do Fundo de Manutenção e Desenvolvimento da Educação Básica e de Valorização dos Profissionais da Educação – FUNDEB¹⁰, os profissionais de saúde também se organizam em torno da fixação de remuneração mínima de caráter nacional. Isto é, uma vez fixado o que venha a ser estipulado como “ piso salarial ” por profissões, ficaria assegurado por lei o menor valor a ser praticado como contraparte dos serviços prestados em saúde, seja no setor público ou privado.

Entretanto, existem significativos desafios que se apresentam frente à criação de política de remuneração por meio da prescrição de pisos profissionais, ainda que esta corresponda ao discurso comum de valorização e reconhecimento do trabalho e do trabalhador de saúde.

As dificuldades que serão tratadas neste trabalho são fruto da análise das implicações econômicas e de natureza jurídica que se produzem com a tramitação dos projetos de criação de pisos salariais profissionais. Como condicionante econômico efetivo ao acatamento dos projetos, uma vez

aprovados, devem ser analisados a capacidade de financiamento da folha de pagamentos que seria reajustada, de acordo com estimativa produzida no ano de 2010 pelo Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde (DEGERTS)/MS, em mais de 36 bilhões de reais/ano e aqui atualizada, acusando a necessidade de recursos próximos a 50 bilhões de reais/ano. Acrescente-se que, sendo os municípios os empregadores de mais de 70% da força de trabalho dos serviços públicos de saúde, são eles que deverão arcar preponderantemente com os maiores custos gerados pela medida.

Sob o ângulo da legislação não se poderia esquivar das controvérsias quanto às distintas interpretações acerca da constitucionalidade de Leis Federais obrigarem estados e municípios a praticarem políticas salariais que não foram determinadas por leis locais, sobretudo no caso daqueles estes que adotam Regime Jurídico Próprio.

Ainda no âmbito legal, devem-se enfrentar possíveis choques entre os valores estabelecidos como pisos e o Teto Salarial do Servidor Público. Outra variante legal tem relação com a majoração nos custos das folhas de pagamentos e os gastos máximos com pessoal estabelecidos pela Lei Complementar nº. 101, de 4 de maio de 2000, mais conhecida como Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF)¹¹.

As restrições mencionadas acabam por conferir a necessidade de maiores estudos na busca por soluções de remuneração com o estabelecimento de retribuição mínima pelos serviços prestados na atenção à saúde da população. Isto é objetivo de trabalhadores, como reconhecimento de sua importância, bem como de gestores, que admitem que baixas remunerações não correspondam ao mérito do trabalho em saúde e dificultam a implantação de efetivas políticas de gestão de pessoal. Exemplo desta especial consideração foi a elaboração e aprovação, pela MNNP-SUS, em 2006, das Diretrizes Nacionais para a Instituição de Planos de Carreiras, Cargos e Salários no Âmbito do Sistema Único de Saúde¹².

É comum, então, o reconhecimento de que a remuneração praticada no setor não representa o que se espera como adequada. O problema é admitido por todos, assim como a necessidade de que seja enfrentado. As discussões havidas em torno do tema se dão, por muitas vezes, de forma fragmentada,

vez que analisam cada uma das dificuldades de forma apartada das demais, também determinantes ou concorrentes.

Como agravante tem-se que uma vez confrontados com a relevância de tais embaraços, as discussões acerca do problema se extinguem como que se admitindo prévio ou inevitável insucesso diante dos múltiplos aspectos que exigem análise, preocupações e soluções. O debate, quando estabelecido pela pressão própria das situações de crise não se dá com a recomendável profundidade e sistematização, analisando os diferentes aspectos e circunstâncias da questão.

É essencial esclarecer que o desenvolvimento do presente trabalho contou com dificuldade inesperada desde a eleição de seu objeto de estudo: não são muitas as produções de natureza acadêmica que tratam do tema em especial.

Apesar de realizada criteriosa pesquisa em bibliotecas, centros e (ou) serviços de informações virtuais com o propósito de coletar e organizar para fins de estudo, publicações anteriores que dessem subsídio à pretendida revisão bibliográfica, não foi identificado número expressivo de proposições de caráter científico que mantivesse estrita relação com o tema de que trata este trabalho.

Face ao exposto, a pesquisa documental e bibliográfica debruçou-se sobre produções cujos conteúdos mostraram-se adjacentes ao objeto de estudo da dissertação e que contribuíram de forma importante na análise da iniciativa do Poder Legislativo Federal em criar pisos profissionais e as supostas restrições determinadas pela escassez de recursos para seu financiamento e pelos limites impostos pela legislação em vigor.

2. OBJETIVOS

2.1. Geral

Análise das iniciativas de fixação de pisos salariais para os profissionais da saúde e seus efeitos diante dos custos de financiamento e aspectos legais relacionados.

2.2. Específicos

Em suas distintas etapas de desenvolvimento o estudo propõe-se a:

- 1) Inventariar os Projetos de Lei em curso no Congresso Nacional que fixam Pisos Profissionais Nacionais no setor saúde;
- 2) estimar o custo total dos citados Projetos de Lei;
- 3) examinar as determinações da Lei de Responsabilidade Fiscal quanto aos gastos máximos com pessoal e a situação dos municípios com a efetivação dos Pisos Profissionais;
- 4) investigar o princípio da autonomia político-administrativa dos entes federados e a fixação dos salários mínimos profissionais através de Leis Federais;
- 5) examinar os potenciais conflitos entre os valores fixados como pisos e o Teto Salarial do Servidor Público.

3. JUSTIFICATIVA

É possível antecipar que os estudos aqui desenvolvidos propõem reflexões sobre diferentes aspectos que se apresentam como obstáculos ou desafios na implementação dos pisos salariais nacionais para profissionais de saúde, previstos em projetos de leis federais em tramitação no Congresso Nacional.

Estas dificuldades, entretanto, não impediram a formulação de proposições com o objetivo de contribuir no enfrentamento e superação dos embaraços hoje colocados frente à adoção de política remuneratória que corresponda aos interesses de gestores e trabalhadores de saúde.

Como examinado adiante, revelam-se desafiadores os obstáculos à instituição de estratégias de recuperação ou instituição de política de remuneração que se torne estimulante e valorize o trabalho e o trabalhador do SUS.

Além do problema já bastante grave da insuficiência de recursos financeiros que permitam a adoção de Planos de Carreiras com remuneração satisfatória para os trabalhadores e da eventual aprovação de projetos de Lei que fixam pisos salariais para inúmeras profissões de atuação na Saúde a despeito da capacidade econômico-financeira da Administração Pública em âmbito nacional, existem em vigor, prescrições constitucionais e infraconstitucionais que delimitam os gastos com pessoal no serviço público e regulam os vencimentos do servidor público.

4. CONTEXTO

4.1. A Capacidade Financeira dos Municípios

No campo dos recursos humanos em saúde, a migração dos postos de trabalho para a competência municipal não se fez acompanhar de recursos financeiros suficientes que promovessem as condições para responder a esta nova atribuição, afirmam os dirigentes desta esfera de governo. Logo, o estabelecimento de pisos salariais nacionais promoveria dificuldade adicional aos municípios pela majoração do gasto com a folha de pagamentos, já de difícil manutenção.

Declarações deste gênero são públicas e se podem ilustrar em oportunidades como o Encontro “Diálogo Municipalista”, evento ocorrido em abril de 2011 e preparatório para a XIV Marcha a Brasília em Defesa dos Municípios.

De acordo com trabalho apresentado pelo Presidente da Confederação Nacional dos Municípios (CNM) – Paulo Ziulkoski, “(...) propostas para criação de pisos salariais para médicos, enfermeiros e outras categorias profissionais, se acatadas, poderão, de acordo com o presidente da CNM, representar impacto de R\$ 50 bilhões nas contas municipais. Quase um Fundo de Participação dos Municípios (FPM) anual para todas as prefeituras do País, previsto para 2011 em R\$ 62 bilhões.”¹³

Não obstante a necessidade de confirmação desta estimativa é já conhecida a usual afirmação por parte das prefeituras que a municipalização conferiu responsabilidades aos municípios sem oferecer correspondentes condições ao seu cumprimento.

Situações assim reclamam estudos que revelem o crescimento do número de postos de trabalho no âmbito da saúde associados à levantamentos que indiquem a evolução da capacidade financeira dos municípios, a fim de fazer face às novas competências dos diversos entes federados.

4.2. As Implicações Jurídicas

As dificuldades no estabelecimento de política remuneratória justa e que reconheça o trabalhador do setor saúde como elemento fundamental nas ações e serviços não se resumem às insuficiências financeiras acusadas por parte de secretarias de saúde em todo o território nacional.

Determinações legais que passam a vigorar com a aprovação da Lei Complementar nº. 101, de 04 de maio de 2000, fixam para a União, estados, DF e também para os municípios, limites máximos para gasto com pessoal. A despesa total com pessoal define-se em seu art.18, como gastos com ativos, inativos e pensionistas, com quaisquer espécies remuneratórias, bem como encargos sociais e contribuições previdenciárias.

De acordo com a LC 101/2000, o comprometimento máximo com despesas de pessoal foi estabelecido na razão de 50%, 60% e 60% do total da Receita Corrente Líquida para a União, os estados e os municípios, respectivamente. Quando considerados somente os gastos máximos com pessoal do Poder Executivo estes percentuais se reduzem a 37,9 para a União; 49% (estados) e 54% (municípios).

Logo, há que se observar tal forma de regulação quando do planejamento da ampliação dos postos de trabalho necessários à expansão de serviços de saúde que garanta o acesso à população conforme estabelecido constitucionalmente ou a pretendida promoção de ganhos salariais em favor da força de trabalho do setor saúde.

A que se considerar, ainda e com igual destaque, os máximos de remuneração que podem ser praticados nas diversas esferas de governo, embora o problema se dê especialmente nos municípios.

Conforme fixado pelo inciso XI do artigo 37, o teto salarial do servidor público é disposto na Constituição Federal¹⁴ como remuneração máxima no serviço público: no âmbito do Poder Executivo, nos Municípios limitados pelo subsídio do Prefeito; nos Estados e no DF, restritos pelo subsídio do Governador.

O limite em questão pode estabelecer-se como problema, sobretudo na Região Norte, que apresenta reduzida concentração de profissionais de saúde e cujos

vencimentos dos Prefeitos – limitadores do máximo remuneratório de qualquer servidor público municipal – não se tornam suficientes para atrair e fixar profissionais de saúde.

Esta condição agrava a iníqua distribuição nacional de empregos em saúde que se concentram nas Regiões Sul e Sudeste. Percebe-se que embora não seja condição determinante exclusiva – pois igualmente importantes são as condições de trabalho e a possibilidade de permanente qualificação profissional, por exemplo – o limite de remuneração torna-se obstáculo à política de recrutamento, seleção, provimento e fixação de profissionais de saúde em regiões de baixo desenvolvimento sócio-econômico, remotas e (ou) de difícil acesso.

A análise da dimensão jurídica se encerra com a reflexão acerca da constitucionalidade da fixação, por meio de Legislação Federal, de remuneração mínima criada à revelia das Casas Legislativas dos Estados e Municípios, pois se o inciso XVI, art. 22 afirma competência privativa da União para ordenar sobre condições para o exercício das profissões, o inciso I, art. 30 prescreve faculdade de o município legislar sobre matérias de interesse local.

5. METODOLOGIA

Não obstante a dimensão notadamente qualitativa, vez que objetiva a formulação de proposições quanto à gestão do trabalho a partir da análise da conjuntura e das políticas de saúde, o estudo não desconhece a relevância dos elementos quantitativos que, por sua vez, adicionam informações quanto às dificuldades enfrentadas na gestão de pessoal no SUS.

Entretanto, em função do número escasso de pesquisas anteriores relacionados ao tema e da ausência de estudos sistemáticos, sejam eles de natureza acadêmica ou de formulações assinadas pela gestão pública com o propósito de organizar intervenções concretas sobre o problema, o assunto – apesar da relevância – ainda é abordado com pouca familiaridade.

As circunstâncias assinaladas levam à adoção de abordagem exploratória do problema eleito. Não pretendendo produzir análise estatística da situação em âmbito nacional, o estudo se propõe a desenvolver caráter descritivo e raciocínio indutivo sobre o problema. Seu intento é realizar investigação inicial, preliminar, que proporcione aproximação e esclarecimento acerca da matéria em exame e das dimensões que devam ser ponderadas com a devida extensão e profundidade. Trata-se, portanto, de uma investigação de natureza qualitativa com abordagem exploratório descritiva.

Em consulta a bases de dados de informação bibliográficas na área da saúde e da administração pública, como a *Scientific Electronic Library Online/Brasil*, *Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde*, *Biblioteca Virtual em Saúde* e *Revista Brasileira de Administração Pública*, utilizando verbetes e expressões como “salário mínimo profissional”, “piso salarial profissional”, “remuneração mínima profissional”, “piso salarial profissional”, “política remuneratória”, “piso nacional” e outros que mantém analogia com o trabalho ora desenvolvido, não foram identificados estudos científicos que guardassem relação direta com o tema em exame, particularmente quando considerada a administração pública como pano de fundo.

Assim, a revisão bibliográfica empreendida não revelou produções acadêmicas que mantivessem maiores correspondências com o assunto investigado, embora tenha oferecido, como resultado, importantes trabalhos científicos que

tocam ou situam-se bem próximos à matéria de interesse central: a política de remuneração e trabalho na administração pública em geral e no setor saúde mais especificamente.

Não encontrando modelos ou matrizes, por meio de referências a textos, artigos, livros e demais produções acadêmicas que lhe promovessem sustentação científica preliminar, o estudo se marca por certa singularidade e se esta condição confere maiores liberdades criativas, de outra parte reduz a possibilidade de “estabelecer diálogo” com autores e criações que consolidassem uma determinada área de produção de conhecimento.

Pelo exposto, justificam-se as moderadas referências apresentadas ao longo da elaboração do trabalho.

A pesquisa documental cumpriu a função de fazer apuração de material publicado e, desta forma, reunir informações extraídas da Legislação e Constituição Federal. Foram ainda consultados Relatórios de Conferências Nacionais e Temáticas (em RH) de saúde, além de documentos de divulgação de políticas. As citadas publicações constituem-se em importantes fontes onde foi possível constatar as repetidas proposições que se marcavam pela busca de ganhos para os trabalhadores de SUS sob o ponto de vista da melhoria de sua política de vencimentos praticada ao longo dos anos.

Como etapas que conferem organização e compreensão ao presente trabalho, foram imprescindíveis a realização de estudo e estabelecimento da situação dos municípios quanto às suas faculdades de implementação de políticas de vencimentos que efetiva e concretamente proporcionem significativos ganhos salariais para o trabalhador. Logo, devem ser consideradas as capacidades dos municípios em firmar remunerações mínimas e suficientes para os trabalhadores do SUS, seja quanto à disponibilidade financeira de custeio, seja com relação ao modelo de gestão adotado na administração pública frente aos eventuais óbices legais e constitucionais vigentes.

Sem a preocupação de traçar análises estatísticas, mas de determinar a existência ou presença das condições, nos municípios, que impediriam ou trariam dificuldades à efetivação das iniciativas parlamentares de fixação de

piso profissional, foram empregadas variadas bases de informações sociais e econômicas.

O levantamento e análise de dados e informações implicaram na realização de estudos das bases do IBGE (Pesquisa AMS), CNES/MS, SIOPS/MS e RAIS/MTE e DATASUS (Cadernos de Informações em Saúde).

Os mencionados dados e informações, pela ordem, referem-se à quantidade de empregos em saúde; a segunda fonte designada fornece informações sobre empregos e profissionais e – gerida pelo MS – passa por reformulações que buscam maior qualificação de seus dados.

O SIOPS, entre outras informações, oferece o gasto total com pessoal de saúde e o quanto este custo representa diante dos gastos totais em saúde das secretarias municipais e estaduais.

A Relação Anual de Informações Sociais (RAIS) agrega elementos sobre os empregos formais em saúde e os salários médios praticados segundo as categorias profissionais contempladas nos Projetos de Lei que pretendem fixar pisos salariais nacionais. Por fim, o DATASUS mantém os Cadernos de Informações em Saúde com informações de fontes variadas sobre ações, serviços e políticas de saúde.

As bases de dados consultadas são abaixo sintetizadas.

i) AMS – Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária

Estudo censitário realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) que compreende todos os estabelecimentos públicos ou privados de saúde em atividade no País.

Entre as variáveis investigadas encontram-se dados referentes aos Recursos Humanos destes estabelecimentos que revelam informações sobre a força de trabalho quanto a sua jornada, vínculo, escolarização, qualificação, quantidade e distribuição dos postos de trabalho. A base reúne e apresenta dados sobre o total de empregos em saúde; o número de postos de trabalho públicos e privados no setor; e, a distribuição destes vínculos de trabalho conforme o ente federado contratante – no caso dos empregos públicos.

ii) CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

Oferece indispensáveis conhecimentos sobre os estabelecimentos de saúde em aspectos como serviços e equipamentos, áreas físicas e Recursos Humanos. É base de dados que contém informações fundamentais sobre o funcionamento e a infraestrutura dos serviços e unidades de saúde públicas e privadas e sua operação faculta efetivo planejamento e monitoramento em saúde. A responsabilidade de atualização dos dados é do gestor municipal ou estadual, conforme condição de gestão.

iii) SIOPS – Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde.

Criado em 1993 por portaria conjunta do Ministério da Saúde/Procuradoria Geral da República nº. 1.163/2000 e retificada pela Portaria Interministerial nº. 446/2004 é base de dados desenvolvida pelo DATASUS/MS, alimentada eletronicamente por estados, municípios e o Distrito Federal. De natureza declaratória, fornece informações quanto às receitas totais e os gastos em ações e serviços públicos de saúde.

Além dos indicadores que permitem o acompanhamento do percentual de recursos próprios aplicados em ações e serviços de saúde pelos citados entes federados à luz das prescrições contidas na Emenda Constitucional nº. 29/2000, o SIOPS organiza e oferece diversos dados em distintas formas de consultas e relatórios. Entre suas variáveis encontram-se a despesa total com saúde, despesa com recursos próprios e despesa com pessoal. A última, manifestamente, de especial importância para a investigação ora em desenvolvimento.

iv) RAIS – Relação Anual de Informações Sociais

Destacado instrumento de coleta e organização de dados, cuja gestão é de responsabilidade do Ministério do Trabalho e Emprego, criado pelo Decreto nº. 76.900, de 1975, serve de monitoramento da atividade trabalhista no País, bem como à formulação de estatísticas sobre o trabalho formal e de informações sobre o mercado de trabalho.

A referida base de dados oferece elementos de informação que proporcionam o estabelecimento de planilha que contenha os salários médios praticados em favor das profissões consideradas nos projetos de lei.

v) Cadernos de Informações de Saúde

O Caderno de Informações de Saúde consiste de uma planilha, em formato Excel, que reúne indicadores obtidos de diversas bases de dados do Ministério da Saúde.

5.1. A Combinação de Dados das Diversas Fontes

O cruzamento do número de empregos¹⁵, por categoria profissional incluída nos Projetos de Lei, com os valores previstos como pisos profissionais, permite estimar o custo total daquela força de trabalho e, segundo os salários médios praticados e apontados na RAIS, o montante de recursos financeiros suplementares, necessários ao exato cumprimento de tais pisos.

Embora a RAIS circunscreva seus estudos aos empregos formais, foi a fonte empregada em virtude de sua confiabilidade. Seus dados podem ser organizados por estado da federação, de modo a fornecer informações regionalizadas e, assim, de maior precisão que as médias nacionais de salários profissionais, por exemplo. Ademais, é necessário enfatizar a inexistência de outras bases nacionais ou regionais de dados que contenham as efetivas remunerações praticadas pelos gestores de saúde nos estados e municípios.

Os procedimentos de investigação a partir das fontes relacionadas incluíram a realização de levantamentos de dados dos municípios relativos aos gastos totais com saúde e despesas com pessoal de saúde.

Os indicadores disponíveis nos Cadernos de Informações de Saúde, como gastos com pessoal de saúde frente às despesas totais com saúde, gastos com pessoal sobre a Receita Corrente Líquida e investimentos em saúde facultam a categorização de possíveis dificuldades financeiras enfrentadas pelos municípios.

Quanto a estes contornos econômicos que constituem face significativa do problema, inicialmente o projeto de pesquisa tinha a pretensão de – acessando os as bases de dados mantidas pelo MS (SIOPS) e Secretaria do Tesouro Nacional /Ministério da Fazenda – fazer levantamento em todos os municípios brasileiros e estabelecer tipificação quanto ao grau de comprometimento de recursos financeiros com o gasto com pessoal, bem como averiguar nacionalmente o nível de comprometimento do orçamento da saúde com o próprio pessoal.

Não foi alcançado sucesso na busca de acesso aos microdados municipais do Sistema de Coleta de Dados Contábeis de Estados e Municípios (SISTN) que permitissem estabelecer gradiente de gastos com pessoal e, assim, criar classificação por diversas variáveis, como regionalização, PIB, população ou tipos de estabelecimento de saúde e nível de complexidade do sistema local.

De maneira semelhante, a ausência de acesso pleno à base de dados contidas no SIOPS tornou irrealizável a conformação de categorias de municípios segundo seus gastos com saúde e destes quanto se compromete com o pessoal do próprio setor.

Mais uma vez, cabe a reflexão que o interesse do MS no aprofundamento do estudo faria superar as dificuldades de acesso às bases de forma a promover as condições para desenvolvimento do estudo com o detalhamento desejável.

A alternativa posta em prática a fim de dar prosseguimento à investigação das duas circunstâncias que se desejava verificar foi o emprego de amostra por conveniência, uma vez que o propósito passou a ser a certificação e a reflexão sobre as situações analisadas.

A amostragem por conveniência se justifica pelo propósito de investigação inicial e averiguatória de um dado problema. O método serve à observação, formulação de idéias, hipóteses e estudo que caracterizam o estágio exploratório da pesquisa, indicando aspectos críticos ou relevantes de fenômenos ou objetos pesquisados.

Embora não representativo de um universo e inapropriado para o dimensionamento de uma determinada população, uma vez que a amostra seja

selecionada por características que a subordinam ao que se pretende demonstrar, a seleção dos municípios estudados no capítulo 7, item 1, encontra fundamento no esforço de desvelamento das restrições resultantes dos potenciais confrontos na legislação com a confirmação dos pisos profissionais.

Logo, entende-se por adequada a adoção da amostragem por conveniência, pois ainda que os resultados demonstrados se apliquem, inicialmente, somente ao restrito conjunto de municípios selecionados, cumpre a finalidade de ilustrar e, conseqüentemente, atestar que as dificuldades presumidas se confirmam nas administrações discriminadas e são contingentes em pelo menos boa fração das prefeituras brasileiras.

Os municípios eleitos como amostra (capítulo 7.1) apresentam ampla diversidade quanto ao porte populacional, segundo dados IBGE/Cidades/2010: Siriri (SE) e Acrelândia (AC) contam 8.004 e 12.538 habitantes, respectivamente; Planaltina (GO) soma 81.649 munícipes; Parnamirim (RN), 202.456 habitantes; e as capitais Natal e Goiânia que possuem mais de 800 mil habitantes, portanto classificadas, ambas, como cidades de grande porte.

24

5.2. Identificação, Tramitação e Acompanhamento dos Projetos de Lei

Providência inicial da pesquisa implicou no levantamento dos projetos de Lei Federal de fixação de pisos salariais e elaboração de planilha contendo informações sobre as categorias profissionais contempladas e os valores prescritos como pisos profissionais. A apuração foi efetuada por meio das ferramentas de pesquisa de projetos e matérias legislativas, próprias dos sítios do Senado Federal e Câmara dos Deputados e para tanto foram utilizadas palavras-chave como *piso salarial profissional, salário referência, salário base, categoria profissional, salário mínimo profissional, médico, cirurgião dentista, psicólogo, farmacêutico, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, enfermeiro, técnico de enfermagem, auxiliar de enfermagem, parteira, técnico em saúde bucal, auxiliar em saúde bucal, assistente social, agente de combate às endemias, agente comunitário de saúde, fonoaudiólogo e nutricionista.*

A pesquisa de identificação das profissões abarcadas por projetos de lei da natureza em questão orientou-se pela Resolução nº 287 de 08 de outubro de 1998/CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE que relaciona as categorias profissionais de saúde de nível superior para fins de atuação daquele Conselho. As ocupações de nível fundamental e médio consideradas neste estudo foram extraídas dentre aquelas típicas do setor de prestação de serviços saúde e alcançadas pela iniciativa parlamentar de criação de piso salarial profissional.

Todos os projetos foram cadastrados nos sítios das casas legislativas onde tramitam como objetos de interesse do autor, assim o serviço mantém acompanhamento automático das matérias selecionadas, fornecendo informações permanentes sobre eventuais alterações e andamento ao longo do desenvolvimento do presente estudo.

A fim de facilitar a consulta, o Anexo 1 do presente trabalho apresenta planilha que relaciona o conjunto de Projetos de Lei estudados. Os anexos 2 a 11 trazem os próprios projetos em questão.

25

5.3. Exame dos Aspectos Jurídicos Envolvidos

Objetivando dar maior solidez na discussão sobre competência privativa dos entes federados e a prerrogativa da União na regulação e regulamentação do trabalho, fez-se indispensável cuidadosa pesquisa das prescrições constitucionais, doutrina e decisões proferidas por tribunais superiores em processos que versam sobre a matéria.

Consulta às informações contidas no SISTN (Sistema de Coleta de Dados Contábeis de Estados e Municípios) da Secretaria do Tesouro Nacional/Ministério da Fazenda indicaram a condição dos estados e municípios frente ao cumprimento dos gastos máximos com pessoal limitados pela Lei de Responsabilidade Fiscal.

Os dados oferecidos no SISTN permitem a análise da situação dos municípios e a verificação das eventuais dificuldades, assim investigando se a confirmação

de pisos salariais profissionais provoca situação de vulnerabilidade quanto às sanções previstas na citada lei.

Semelhante circunstância de contradição entre leis se produz naqueles municípios onde o subsídio do Prefeito é inferior aos pisos salariais. A desarmonia nesta situação se revela entre os valores fixados por meio de Lei Federal e dispositivo previsto na CF/88 que restringe o teto salarial do servidor público aos vencimentos do Prefeito Municipal.

Com o propósito de constatar a existência de tal situação a pesquisa sobre os subsídios de Prefeitos Municipais se fez em sítios de Prefeituras, Câmara de Vereadores e de Entidades de representação de municipalidades (Frente Nacional de Prefeitos, Confederação Nacional de Municípios, Federação Nacional dos Municípios e Associação Brasileira de Municípios).

A investigação realizada constatou a ausência de fontes de informações nacionais ou regionais. Não obtiveram sucesso os contatos firmados com Tribunais de Contas de Estados ou com entidades nacionais de representação de prefeitos e (ou) municípios.

Foram infrutíferas as consultas a *sites* de Câmaras de Vereadores e não obstante o § 6º do artigo 39 da Constituição Federal disponha que “Os Poderes Executivo, Legislativo e Judiciário publicarão anualmente os valores do subsídio e da remuneração dos cargos e empregos públicos”, revelou-se irrealizável a coleta destas informações nos órgãos oficiais de comunicação das prefeituras municipais.

6. REFERENCIAL TEÓRICO E LEGAL

6.1. A política de RH em Saúde

A evolução da concepção subjacente ao uso do termo “Gestão do Trabalho” não se dá no mesmo tempo de maturação de outras políticas que constroem o Sistema Único de Saúde – SUS.

A atenção consagrada à força de trabalho ao longo da concepção, criação e desenvolvimento do sistema público de saúde – e mesmo nas iniciativas que antecederam o SUS – se marcaram, em grande parte, pela preocupação quanto à ampliação do contingente de trabalhadores com o intuito de expandir e interiorizar a cobertura da assistência à saúde da população brasileira.

Os investimentos promovidos neste domínio não encaravam o próprio trabalhador como centro da política e a noção, então distintiva, favoreceu a nivelção dos profissionais de saúde aos demais recursos utilizados no setor saúde. Assim, as funções dos *setores de RH* concentravam-se na administração e controle de pessoal.

Exemplo deste restrito ponto de vista revela-se em Vitalino et al.¹⁶, ao afirmar que a construção de um sistema público de saúde no Brasil não se distinguiu pela inequívoca valorização de sua força de trabalho. A atenção comumente dispensada ao contingente de trabalhadores de saúde voltava-se ao desafio da expansão das ações com consequente ampliação da cobertura na saúde pública. Como claro testemunho da afirmação, o aludido trabalho expõe os objetivos do Programa de Preparação Estratégica de Pessoal para a Saúde/PPREPS¹⁷ onde se identificam conceitos reificadores do trabalhador de saúde, como a noção de “estoques” de recursos humanos para a expansão e aperfeiçoamento do setor saúde.

Ainda que, de acordo com os autores, identifiquem-se iniciativas dedicadas aos Recursos Humanos mesmo em tempos anteriores à constituição do SUS, estas se inclinavam sobre a necessidade de aumentar a extensão e alcance dos serviços de saúde pelo território nacional. O grande alvo, naquele período, seria a reprodução da força de trabalho, com adequada formação, a fim de fazer face à aspirada interiorização da saúde pública no País. Naquele

momento os trabalhadores não difeririam qualitativamente dos demais *recursos empregados* no setor.

Entretanto, após a realização da VIII CNS vai alterando-se a concepção que orienta os debates e ações dedicadas ao campo do trabalho e dos trabalhadores da saúde pública no Brasil. Verifica-se, a partir de então, a superação de compreensões que, ainda que secundariamente pudessem promover ganhos à força de trabalho em saúde, eram quase que exclusivamente motivadas pela necessidade dos serviços e não pelas expectativas, demandas, reconhecimento e valorização dos trabalhadores.

O Movimento da Reforma Sanitária, contando entre seus agentes políticos com trabalhadores do setor público de saúde, técnicos e estudiosos da área, alterou as noções referidas ao “setor de RH”, adotando uma compreensão em que os avanços requeridos na área não se justificam somente em função da racionalização, otimização e produção de “capital humano” que, uma vez bem utilizados e criados (formados) em suficiente número e apropriado perfil técnico, atenderiam às demandas da atenção em saúde da população¹⁸.

28

Desde então, revela-se a necessária substituição da preocupação com o proveito que se poderia extrair dos trabalhadores – ainda que justificado com o objetivo de assegurar a saúde da população – para um discurso e política que concebia a qualidade do trabalho e da formação como um fim *per se*.

Aos operadores de saúde eram devidas melhores e apropriadas condições e um novo estatuto com relação a seu trabalho. Não mais vistos como recursos, expedientes, meios a serem *empregados* na realização das ações de saúde e sim como cidadãos, possuidores dos direitos de cidadania e cujo trabalho, também, deveria ser determinante de sua identidade e bem-estar.

A nítida mudança de concepção não obtém imediato êxito na implementação de propostas formuladas pelo Grupo de Trabalho de Recursos Humanos da Comissão Nacional da Reforma Sanitária em virtude da instabilidade política que tomou boa parte da agenda da sociedade civil durante o Governo Collor. Se os acontecimentos políticos que resultaram no impeachment do Presidente Fernando Collor não foram oportunos para o amadurecimento e consolidação da política de gestão do trabalho na saúde, igualmente desfavorável é o

período que se segue, no que se refere às condições e relações de trabalho e ao emprego na saúde.

A partir da segunda metade dos anos 90 – ou seja, ainda no período inicial de desenvolvimento do SUS – as forças políticas alojadas no Executivo Federal elaboram e iniciam a implementação de seu Plano Diretor da Reforma do Aparelho de Estado¹⁹ fundamentando a tese do “estado mínimo”. Também este momento não é salutar; não para as políticas públicas e sociais de modo geral, não para o sistema público de saúde, especificamente, e de igual forma, não para seus trabalhadores.

No entanto, a organização federativa do Estado Brasileiro confere significativa autonomia aos entes federados e, assim, mesmo no período referido, algumas ações e políticas cujo propósito era o aperfeiçoamento das condições de trabalho e emprego, foram levadas a efeito em alguns sistemas locais de saúde.

Mesmo naquele momento, as Conferências e Conselhos de Saúde logram sucesso em importantes projetos como a reinstalação da Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS (MNNP-SUS) e da Comissão Intersetorial de Recursos Humanos (CIRH), ambos no ano de 1997.

Também exitosas são as iniciativas que culminam com a aprovação em 1996 – após contínuos e sucessivos debates que resultaram na realização de Seminário Nacional – de documento que viria a fundamentar os Princípios e Diretrizes para Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS³.

O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) instala, em 1995, sua Câmara Técnica de Recursos Humanos, objetivando a formulação e adoção de novos paradigmas para a gestão de Recursos Humanos no SUS.

A Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde (ROREHS) é criada pela Portaria/SPS/MS nº. 26/1999, agregando instituições de Ensino e Pesquisa e de Serviços e estabelecendo dentre outros objetivos os de “analisar as implicações da reforma administrativa do Estado e da reforma do Sistema de Serviços de Saúde sobre a formação e utilização dos recursos humanos em saúde; e, fomentar o desenvolvimento de mecanismos de gerência da força de

trabalho especialmente nos aspectos relativos à contratação, remuneração e incentivos”.

Os avanços na doutrina acerca da força de trabalho em saúde ganham notório impulso e reconhecimento com a instituição, no ano de 2003, da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde situada na estrutura central e estratégica do Ministério da saúde. Desta forma o Governo em exercício manifesta seu compromisso com a cristalização da noção que confere especial destaque aos trabalhadores no setor saúde e os distingue definitivamente dos recursos ou meios empregados para a realização das ações de saúde.

Ainda no mesmo ano o Conselho Nacional de Saúde (CNS) aprova a Resolução 330/2003 que preconiza a implementação da Política Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, pautada nos princípios e diretrizes formulados para a NOB/RH-SUS.

6.2. A Gestão do Trabalho na saúde hoje

30

É possível conceituar Gestão do Trabalho como aquele conjunto de formulações, atividades, iniciativas e políticas que logram conciliar as necessidades dos serviços quanto às atribuições, responsabilidades e competências dos trabalhadores e os interesses e aspirações destes mesmos profissionais.

Implica, pois, na adoção de uma perspectiva democrática que – ainda que o gestor não renuncie às suas próprias prerrogativas – reconhece no trabalhador responsabilidade e necessário envolvimento no planejamento, acompanhamento e avaliação nas ações de saúde.

A aceitação da impossível dissociação entre a elaboração das políticas e sua execução leva ao reconhecimento de que o gestor é, antes de tudo, um trabalhador com determinadas funções e responsabilidades e que, por sua vez, não existe trabalho em saúde sem a necessária gestão em seus processos. É, portanto, uma concepção que compreende a participação do trabalhador como essencial para a efetiva implementação de ações e serviços que se identifiquem pelo acesso ampliado e com qualidade no sistema local de saúde.

6.3. A distribuição dos vínculos de trabalho em saúde

A criação do Sistema Único de Saúde – SUS, pautado na concepção de saúde como direito inalienável e devido à população brasileira, adotou princípios organizativos e fundamentais que conferiram à referida política pública expressiva ampliação da oferta e do acesso aos serviços de saúde. Desde então, o direito aos cuidados em saúde não mais se restringiria aos que, fazendo parte do mercado de trabalho (ou sendo dependente destes), contribuíam com o sistema previdenciário. Neste momento, com relação à política de saúde, supera-se uma correlação estrita entre o reconhecimento do direito à saúde e a inserção dos cidadãos no processo produtivo.

A mudança do paradigma alarga o conjunto de ações para além da estrita *assistência curativista* e incorpora o compromisso de assegurar a atenção nos diversos níveis de complexidade. Um efeito previsível de tal evolução é o reconhecimento da importância de outros fazeres em saúde. Logo, a substituição da atenção como ação exclusiva e (ou) eminentemente médica e individualizada leva à ênfase ao trabalho interdisciplinar e à proliferação de equipes multiprofissionais.

Como fator suplementar que exige a intensificação da força de trabalho na saúde (FTS), conforme sustenta Oliveira²⁰, pode-se distinguir a crescente agregação de tecnologia desenvolvida no setor que ao avesso de substituir o trabalho humano, produz efeito diametralmente oposto: reclama funções originais e conserva inúmeras outras atividades já consagradas.

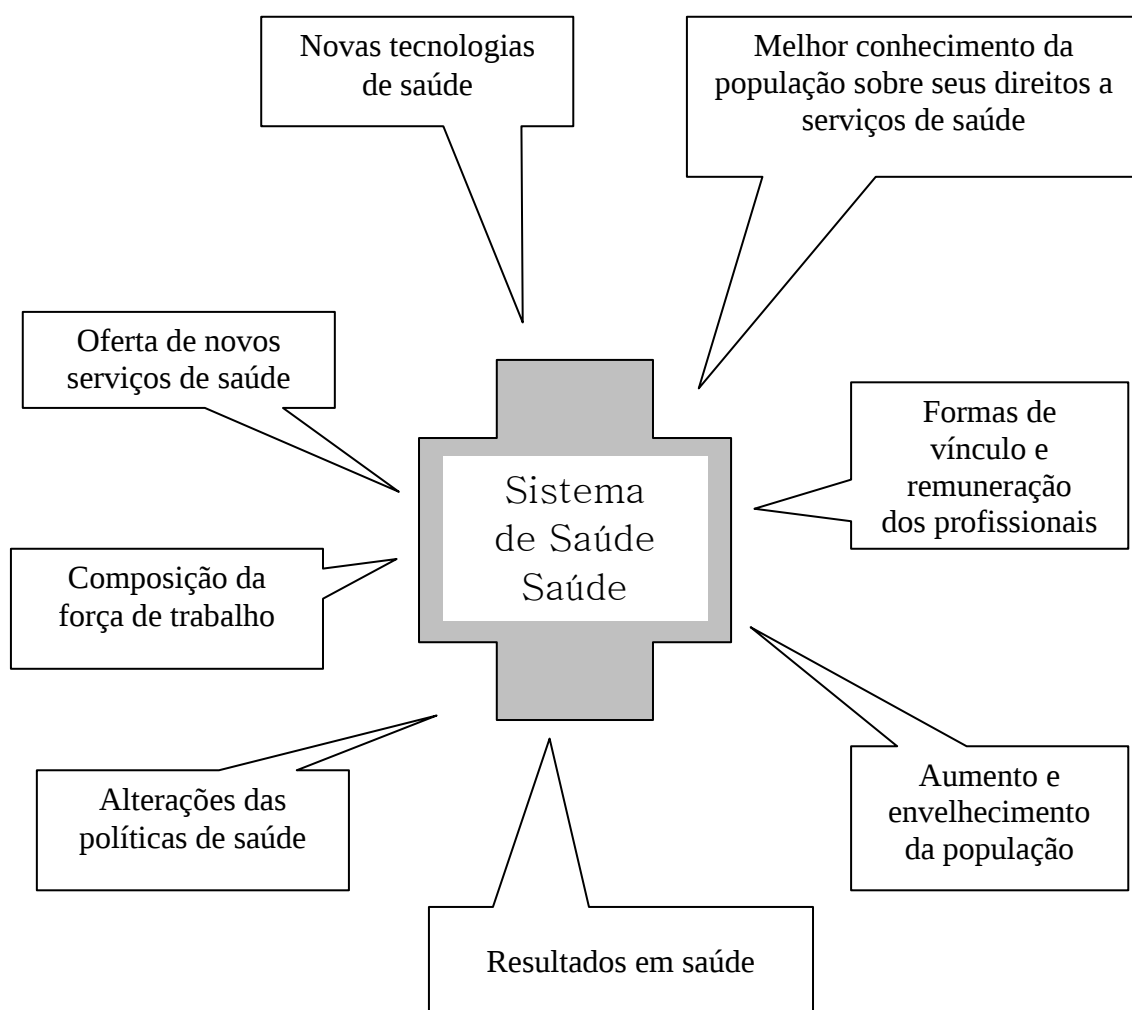
O crescimento substantivo da *legião de trabalhadores* e seu *aquartelamento* nos municípios são, pois, resultado da adoção das proposições fundamentais e organizativas do Sistema Único de Saúde.

Por conseguinte, a atual conformação da força de trabalho no setor saúde tem determinações múltiplas e podem-se atribuir tais características, entre outras razões, aos princípios fundamentais adotados pelo sistema público de saúde, como a universalidade e a integralidade que, somados ao crescimento populacional desde a promulgação da CF/88 e aprovação da Lei Orgânica da

saúde (LF Nº. 8.142/90 e 8.080/90) exigiram – e ainda exigem – a ampliação do contingente de trabalhadores no SUS.

Oliveira²¹ enumera esquematicamente alguns fatores que influenciam o sistema de saúde, sua composição, assim como a quantidade de profissionais inseridos nos serviços.

Figura 1 – Elementos de indução da ampliação da FTS.



Fonte: Fatores de Pressão sobre o Sistema de Saúde.²¹

Adotando o citado esquema com o propósito de examinar as diversas causas que explicam a ampliação da força de trabalho em saúde, identifica-se que:

- 1) Novas tecnologias de saúde – não dispensam a mão de obra, porquanto tais tecnologias, em regra, não se constituem em instrumentos/equipamentos substitutivos, mas apresentam-se como alternativas adicionais de recursos a serem adotados;
- 2) Oferta de novos serviços de saúde – a ampliação da rede pública e privada de cuidados à saúde;
- 3) Alterações das políticas de saúde – importa nos modelos ou paradigmas de atenção em saúde adotados no sistema de saúde;
- 4) Melhor conhecimento da população sobre seus direitos a serviços de saúde – leva à exigência de ampliação de acesso, integralidade e qualidade das ações e serviços;
- 5) Aumento e envelhecimento da população – o crescimento natural da população assistida e as alterações do perfil epidemiológico desta mesma população exigem o crescimento da força de trabalho em saúde.

33

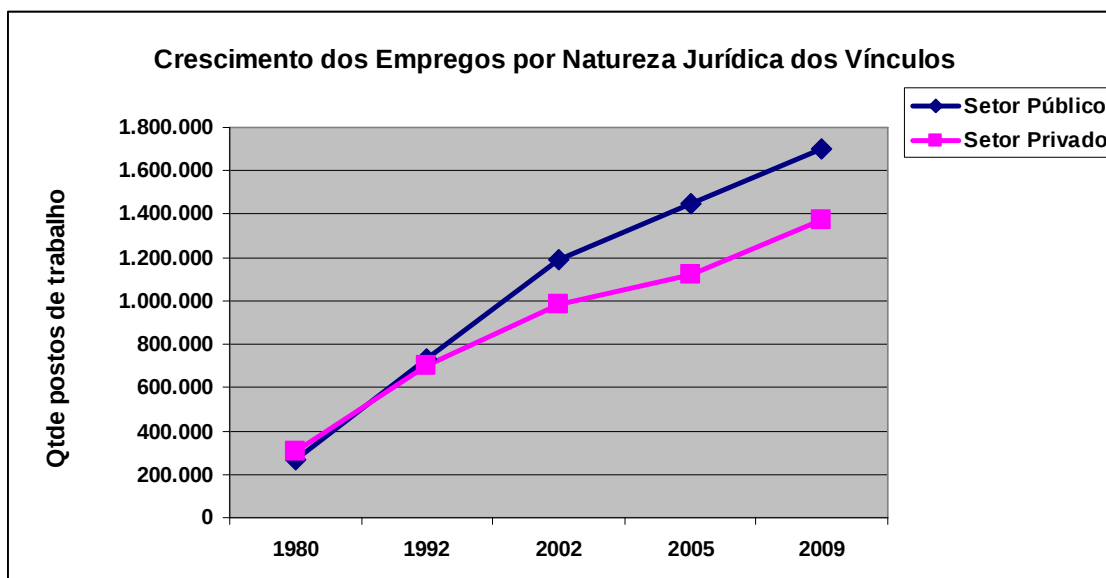
A tabela e gráfico 1 exibem o crescimento da força de trabalho em saúde e ponderam a participação dos setores público e privado na totalização dos vínculos de trabalho de 1980 a 2009.

Tabela 1 - Crescimento dos Vínculos (80 – 92) por Natureza Jurídica do Setor

	1980	1992	2002	2005	2009
Setor Privado	307.673	702.888	987.115	1.117.945	1.375.468
(variação percentual)		(+ 128,45%)	(+ 40,44%)	(+ 13,25%)	(+ 23,04%)
Setor Público	265.956	735.820	1.193.483	1.448.749	1.703.050
(variação percentual)		(+ 176,67%)	(+ 62,20%)	(+ 21,39%)	(+ 17,55%)
	573.629	1.438.708	2.180.598	2.566.694	3.078.518

Fonte: IBGE, Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária, anos indicados.

Gráfico 1



Fonte: IBGE, Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária, anos indicados.

A municipalização prescrita pelo SUS atribui predominância ao âmbito municipal quanto à responsabilidade pelos cuidados à saúde da população, logo os empregos exigidos para tais fins – ampliados por fatores já sinteticamente consignados – passam a ser ofertados e assumidos pelas prefeituras. As pesquisas AMS/IBGE evidenciam a crescente concentração dos empregos nos municípios.

Conforme indica Machado²², no ano de 1980 o setor público contava com contingente de pessoal menor que aquele empregado no setor privado, na razão de 46,4% para 53,6%. Se considerados, à época, apenas os postos de trabalho públicos, pode-se verificar que somavam número próximo a 266 mil empregos e que os governos municipais respondiam apenas à 17,7% destes. Os estados e o governo federal mantinham 36,3% e 46,0 %, respectivamente, do total em empregos públicos.

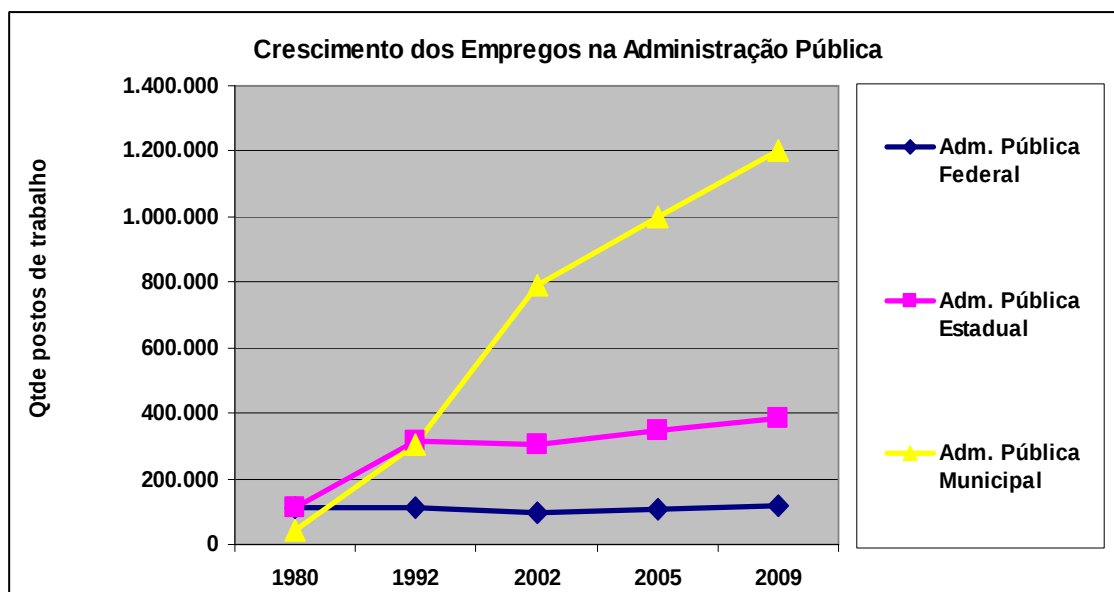
A tabela 2 e gráfico 2 apresentam a evolução dos empregos públicos em saúde, conforme esfera de governo que os sustentam. Indicam a variação percentual sucedida entre os anos de 1980 e 2009.

Tabela 2 - Crescimento dos Vínculos (80 – 92) por Esfera de Governo da Administração Pública

	1980	1992	2002	2005	2009
Adm. Municipal	43.086	306.505	791.377	996.739	1.203.085
(variação percentual)		(+ 611,38%)	(+ 158,19%)	(+ 25,95%)	(+ 20,70%)
Adm. Estadual	109.573	315.328	306.042	346.251	382.733
(variação percentual)		(+ 187,78%)	(- 2,94%)	(+ 13,14)	(+ 10,54%)
Adm. Federal	113.297	113.987	96.064	105.759	117.232
(variação percentual)		(+ 0,6%)	(- 15,7%)	(+ 10,09%)	(+ 10,85%)
	265.956	735.820	1.193.483	1.448.749	1.703.050

Fonte: IBGE, Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária, anos indicados.

Gráfico 2



Fonte: IBGE, Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária, anos indicados.

Ainda de acordo com o estudo em comento, no ano de 2002 os empregos públicos de saúde já superavam os de natureza privada e a gestão municipal – conforme preconizado pelo objetivo de descentralização e municipalização das ações e serviços de saúde – assumia a sustentação e financiamento da maior parte da força de trabalho no sistema público de saúde.

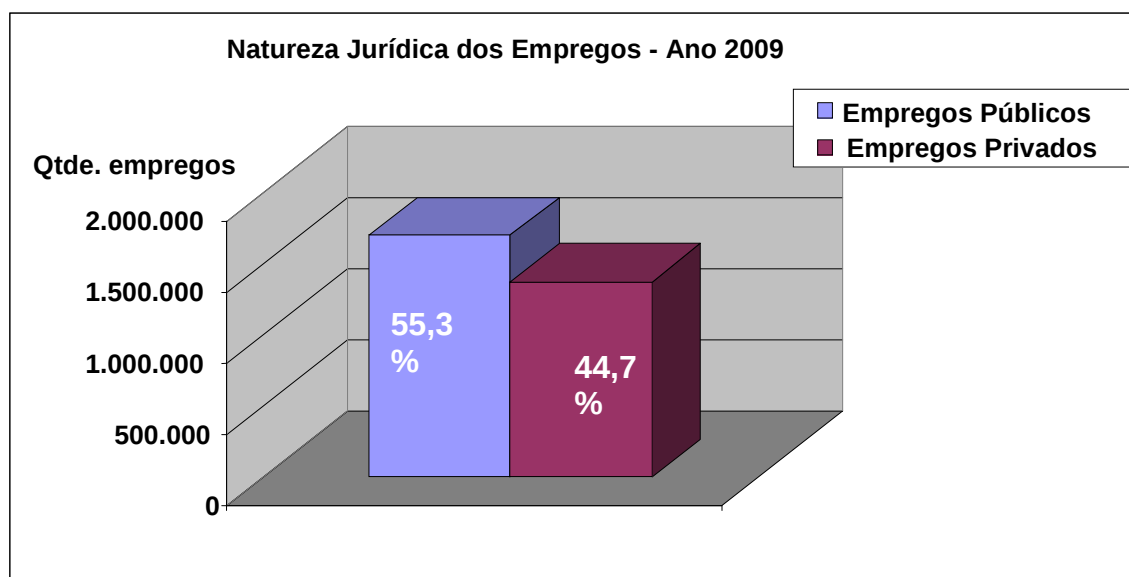
Pesquisa AMS levada a efeito em 2005 dividia os empregos de saúde em 56,4% públicos e 43,6% privados. Já, segundo edição de 2009 da mesma pesquisa, a força de trabalho em saúde evolui para os números que se apresentam nas tabelas 3 e 4 e gráficos 3 e 4.

Tabela 3 – Empregos em Saúde por Natureza Jurídica dos Vínculos – Ano 2009

	Qtde. de empregos	
	nº.abs.	%
Empregos Públicos	1.703.050	55,3
Empregos privados	1.375.468	44,7
Total	3.078.518	100

Fonte: IBGE, Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária, 2009.

Gráfico 3



Fonte: IBGE, Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária, 2009.

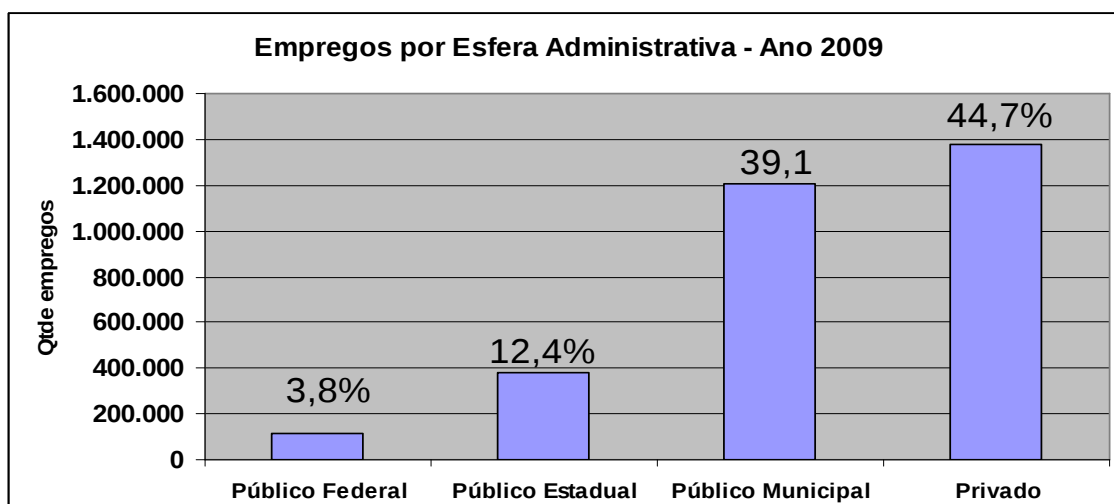
Se por um lado fica demonstrado a maior concentração dos empregos em saúde no setor privado (44,7% do total dos vínculos), quando considerado unicamente o contingente de trabalhadores da rede pública de saúde, verifica-se que os municípios assumem notória predominância em seu provimento, respondendo por nada menos que 70,6% dos postos de trabalho. As secretarias estaduais de saúde contam com 22,5% e o governo federal é responsável por 6,9% do conjunto de empregos em saúde do setor público.

Tabela 4 – Empregos em Saúde: Distribuição segundo Esfera Administrativa – Ano 2009

	Público Federal	Público Estadual	Público Municipal	Privado	TOTAL
nº. abs.	117.232	382.733	1.203.085	1.375.468	3.078.518
%	3,8	12,4	39,1	44,7	100

Fonte: IBGE, Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária, 2009.

Gráfico 4



Fonte: IBGE, Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária, 2009.

6.4. Os Custos Totais dos Projetos

Considerando os vencimentos médios praticados nacionalmente, tomando como base a RAIS/2008 e o número de empregos apontados no CNES no mês de abril de 2010, o Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde (DEGERTS) do Ministério da Saúde desenvolveu, em junho de 2010, cálculos que revelaram a necessidade de cerca de R\$36 bilhões/ano para cobrir o aumento de valor das folhas de pagamento dos serviços públicos de saúde, próprios e da rede complementar ao SUS, uma vez aprovados Projetos de fixação de pisos profissionais.

O resumo abaixo consolida as informações contidas nos quadros subsequentes e descreve o acréscimo dos gastos em folha de pagamentos com parte das categorias profissionais contempladas nos projetos de lei. Conforme mencionado, o estudo é de autoria do DEGERTS e desenvolvido em 2010.

Resumo Impacto		
Assistente Social	R\$	478.745.007,00
Nutricionista	R\$	605.082.055,50
Fonoaudiologia	R\$	528.725.320,50
Farmacêutico	R\$	1.294.914.387,00
Cirurgião Dentista	R\$	4.720.861.255,50
Psicólogo	R\$	1.121.967.814,50
Médico	R\$	13.235.600.196,00
Fisioterapeuta	R\$	1.515.033.117,00
Enfermeiro	R\$	4.383.835.911,00
Técnico Enfermagem	R\$	5.043.696.255,00
Auxiliar Enfermagem	R\$	3.513.985.020,00
Total	R\$	36.442.446.339,00

38

Os quadros que se seguem, de mesma subscrição, discriminam os cálculos por categoria profissional.

Assistente Social	
Profissionais (CNES - ABR/2010)*	19.091
Salário Médio (RAIS)**	R\$ 2.434,00
Piso Reivindicado***	R\$ 3.720,00
Impacto: Diferença entre piso reivindicado e salário médio, multiplicado por profissionais no SUS, mais encargos (50%) multiplicado por 13 meses. O valor total, portanto, refere-se à despesa/ano.	R\$ 478.745.007,00
Fonte: * Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde/MS - CNES (ABR/2010) ** RAIS/2008 - Elaboração: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado – EPSM/NESCON/FM/UFMG *** Câmara Deputados - Senado Federal	

Nutrição	
Profissionais (CNES - ABR/2010)*	10.953
Salário Médio (RAIS)**	R\$ 1.817,00
Piso Reivindicado***	R\$ 4.650,00
Impacto: Diferença entre piso reivindicado e salário médio, multiplicado por profissionais no SUS, mais encargos (50%) multiplicado por 13 meses. O valor total, portanto, refere-se à despesa/ano.	R\$ 605.082.055,50
Fonte: * Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde/MS - CNES (ABR/2010) ** RAIS/2008 - Elaboração: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado – EPSM/NESCON/FM/UFMG *** Câmara Deputados - Senado Federal	

Fonoaudiologia	
Profissionais (CNES - ABR/2010)*	9.017
Salário Médio (RAIS)**	R\$ 1.643,00
Piso Reivindicado***	R\$ 4.650,00
Impacto: Diferença entre piso reivindicado e salário médio, multiplicado por profissionais no SUS, mais encargos (50%) multiplicado por 13 meses. O valor total, portanto, refere-se à despesa/ano.	R\$ 528.725.320,50
Fonte: * Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde/MS - CNES (ABR/2010) ** RAIS/2008 - Elaboração: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado – EPSM/NESCON/FM/UFGM *** Câmara Deputados - Senado Federal	

Farmácia	
Profissionais (CNES - ABR/2010)*	24.974
Salário Médio (RAIS)**	R\$ 1.991,00
Piso Reivindicado***	R\$ 4.650,00
Impacto: Diferença entre piso reivindicado e salário médio, multiplicado por profissionais no SUS, mais encargos (50%) multiplicado por 13 meses. O valor total, portanto, refere-se à despesa/ano.	R\$ 1.294.914.387,00
Fonte: * Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde/MS - CNES (ABR/2010) ** RAIS/2008 - Elaboração: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado – EPSM/NESCON/FM/UFGM *** Câmara Deputados - Senado Federal	

Cirurgião Dentista	
Profissionais (CNES - ABR/2010)*	54.003
Salário Médio (RAIS)**	R\$ 2.517,00
Piso Reivindicado***	R\$ 7.000,00
Impacto: Diferença entre piso reivindicado e salário médio, multiplicado por profissionais no SUS, mais encargos (50%) multiplicado por 13 meses. O valor total, portanto, refere-se à despesa/ano.	R\$ 4.720.861.255,50
Fonte: * Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde/MS - CNES (ABR/2010) ** RAIS/2008 - Elaboração: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado – EPSM/NESCON/FM/UFGM *** Câmara Deputados - Senado Federal	

Psicólogo	
Profissionais (CNES - ABR/2010)*	21.969
Salário Médio (RAIS)**	R\$ 2.031,00
Piso Reivindicado***	R\$ 4.650,00
Impacto: Diferença entre piso reivindicado e salário médio, multiplicado por profissionais no SUS, mais encargos (50%) multiplicado por 13 meses. O valor total, portanto, refere-se à despesa/ano.	R\$ 1.121.967.814,50
Fonte: * Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde/MS - CNES (ABR/2010) ** RAIS/2008 - Elaboração: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado – EPSM/NESCON/FM/UFGM *** Câmara Deputados - Senado Federal	

Medicina	
Profissionais (CNES - ABR/2010)*	215.887
Salário Médio (RAIS)**	R\$ 3.856,00
Piso Reivindicado***	R\$ 7.000,00
Impacto: Diferença entre piso reivindicado e salário médio, multiplicado por profissionais no SUS, mais encargos (50%) multiplicado por 13 meses. O valor total, portanto, refere-se à despesa/ano.	R\$ 13.235.600.196,00
Fonte: * Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde/MS - CNES (ABR/2010) ** RAIS/2008 - Elaboração: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado – EPSM/NESCON/FM/UFGM *** Câmara Deputados - Senado Federal	

Fisioterapeuta	
Profissionais (CNES - ABR/2010)*	26.921
Salário Médio (RAIS)**	R\$ 1.764,00
Piso Reivindicado***	R\$ 4.650,00
Impacto: Diferença entre piso reivindicado e salário médio, multiplicado por profissionais no SUS, mais encargos (50%) multiplicado por 13 meses. O valor total, portanto, refere-se à despesa/ano.	R\$ 1.515.033.117,00
Fonte: * Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde/MS - CNES (ABR/2010) ** RAIS/2008 - Elaboração: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado – EPSM/NESCON/FM/UFGM *** Câmara Deputados - Senado Federal	

Enfermagem	
Profissionais (CNES - ABR/2010)*	112.014
Salário Médio (RAIS)**	R\$ 2.643,00
Piso Reivindicado***	R\$ 4.650,00
Impacto: Diferença entre piso reivindicado e salário médio, multiplicado por profissionais no SUS, mais encargos (50%) multiplicado por 13 meses. O valor total, portanto, refere-se à despesa/ano.	R\$ 4.383.835.911,00
Fonte: * Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde/MS - CNES (ABR/2010) ** RAIS/2008 - Elaboração: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado – EPSM/NESCON/FM/UFGM *** Câmara Deputados - Senado Federal	

Técnicos de Enfermagem	
Profissionais (CNES - ABR/2010)*	155.346
Salário Médio (RAIS)**	R\$ 1.125,00
Piso Reivindicado***	R\$ 2.790,00
Impacto: Diferença entre piso reivindicado e salário médio, multiplicado por profissionais no SUS, mais encargos (50%) multiplicado por 13 meses. O valor total, portanto, refere-se à despesa/ano.	R\$ 5.043.696.255,00
Fonte: * Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde/MS - CNES (ABR/2010) ** RAIS /2008- Elaboração: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado – EPSM/NESCON/FM/UFGM *** Câmara Deputados - Senado Federal	

Atente-se que o valor utilizado pelo DEGERTS, à época, nos cálculos para técnicos de enfermagem não conferem com o previsto no projeto de lei em curso, contudo a diferença não compromete de forma significativa o resultado final.

Auxiliares de Enfermagem	
Profissionais (CNES - ABR/2010)*	245.176
Salário Médio (RAIS)**	R\$ 1.125,00
Piso Reivindicado***	R\$ 1.860,00
Impacto: Diferença entre piso reivindicado e salário médio, multiplicado por profissionais no SUS, mais encargos (50%) multiplicado por 13 meses. O valor total, portanto, refere-se à despesa/ano .	R\$ 3.513.985.020,00
Fonte: * Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde/MS - CNES (ABR/2010) ** RAIS/2008 - Elaboração: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado - EPSM/NESCON/FM/UFMG *** Câmara Deputados - Senado Federal	

6.5. As Despesas com Pessoal e a LRF

A Lei Complementar Federal nº 101/2000, fixa regras para a gestão das finanças públicas. Estabelece limites de gastos públicos de endividamento e de gastos com pessoal. Objetiva, ainda, o controle da elaboração e execução do orçamento público e exige a formulação e divulgação de relatórios que permitem a transparência na execução das finanças dos diversos entes federados.

Como Limites Máximos de Despesas com pessoal foram fixados os seguintes percentuais:

União – 50% da Receita Corrente Líquida (RCL), assim distribuídos:	
Poder Legislativo (inclui T. Contas)	2,5%
Poder Judiciário	6,0%
Ministério Público da União	0,6%
Despesas do DF e ex-territórios	3,0%
Poder Executivo	37,9%
Estados – 60% da RCL:	
Poder Legislativo (inclui T. Contas)	3,0%
Poder Judiciário	6,0%
Ministério Público	2,0%
Poder Executivo	49,0%
Municípios – 60% da RCL:	
Poder Legislativo (inclui T. Contas, quando existente)	6,0%
Poder Executivo	54,0%

Para esclarecer alguns conceitos fundamentais, extraem-se de estudo da estação de trabalho da Rede Observatório de RH em Saúde – ROREHS²³, algumas definições adotadas na LRF.

Receita corrente líquida (RCL)

É a soma das receitas tributárias, de contribuições, patrimoniais, industriais, agropecuárias, de serviços, transferências correntes e outras receitas também correntes, sendo deduzidos:

- a) na União, os valores transferidos aos estados e municípios, por determinação legal ou constitucional, e as contribuições patronais e dos trabalhadores e demais segurados da previdência social para o Regime Geral da Previdência Social e bem como as contribuições para o PIS/PASEP;
- b) nos estados, as parcelas entregues aos municípios por determinação constitucional;
- c) na União, nos estados e nos municípios, a contribuição dos servidores públicos para o custeio de seu sistema de previdência e assistência social e as receitas provenientes da compensação financeira entre os diversos regimes de previdência social para a contagem recíproca do tempo de contribuição, para efeito de aposentadoria.

Despesa Total com Pessoal

Considera-se como Despesa Total com Pessoal o somatório dos gastos do ente da Federação com os ativos, os inativos e os pensionistas, relativos a mandatos eletivos, cargos, funções ou empregos, civis, militares e de membros de Poder, com quaisquer espécies remuneratórias, tais como: vencimentos e vantagens, fixas e variáveis, subsídios, proventos da aposentadoria, reformas e pensões, inclusive adicionais, gratificações, horas extras e vantagens pessoais de qualquer natureza, bem como encargos sociais e contribuições recolhidas pelo ente às entidades de previdência.

Os valores dos contratos de terceirização de mão-de-obra que se referirem à substituição de servidores e empregados públicos serão contabilizados como “Outras Despesas de Pessoal”.

Despesa Líquida com Pessoal

Algumas despesas com pessoal são dedutíveis para o cálculo dos limites estabelecidos pela LRF. São elas: as indenizações por emissão e incentivos à demissão voluntária, as despesas decorrentes de decisão judicial, despesas referentes a recursos anteriores e despesas com inativos e pensionistas com recursos vinculados. Outra categoria de despesa dedutível está composta pelos recursos repassados para manutenção do regime de previdência social próprio (do ente federativo). Quando deduzidas essas despesas, o valor restante corresponde à despesa líquida com pessoal.

Estudo realizado por Medeiros²⁴ estabelece indicador de Despesas Totais com Pessoal (DTP) que retrata as despesas com pessoal nas administrações municipais, em relação à Receita Corrente Líquida do município e reafirma que seu recrudescimento representa riscos dos municípios descumprirem os limites definidos pela LRF com consequentes sanções legais.

O trabalho adota classificação de municípios segundo quartis de distribuição da DTP: até 42,38%; de 42,38 a 45,45%; de 45,45 a 48,35% e acima de 48,35%. Foram considerados 4.356 municípios, vez que estes alimentaram regularmente (no período estudado) as duas importantes bases de dados examinadas e pareadas em suas informações, FINBRA (Finanças do Brasil): relatório das informações sobre despesas e receitas de cada município brasileiro e SIOPS.

Na tabela abaixo (5), apresenta-se a evolução das DTP nos anos de 2004 até 2009, onde se verifica a predisposição de maior comprometimento dos recursos financeiros nos gastos com pessoal.

A tabela expõe uma progressão de despesas na qual, em 2004, mais da metade (53,2%) dos municípios comprometiam o máximo de 42,38% de suas receitas nos gastos com pessoal. Ao longo dos anos de 2005 a 2007 se observa o aumento do número de municípios em quartis superiores (com maiores gastos com pessoal) e em 2008 pode-se distinguir uma redução nesta prevalência.

Tabela 5. Evolução da Despesa Total com Pessoal / 2004 a 2009

Ano	até 42,38%	%	de 42,38 a 45,45%	%	de 45,45 a 48,35%	%	acima de 48,35 %	%
2004	2317	53,2	716	16,4	533	12,2	790	18,1
2005	1746	40,1	728	16,7	659	15,1	1223	28,1
2006	1402	32,2	721	16,6	669	15,4	1564	35,9
2007	1248	28,7	697	16,0	737	16,9	1674	38,4
2008	568	36,0	809	18,6	715	16,4	1264	29,0
2009	692	15,9	461	10,6	583	13,4	2620	60,1

Fonte: FINBRA 2004 a 2009. Formulado a partir de Medeiros²⁴.

Medeiros, examinando as informações elaboradas a partir dos dados coletados e processados, conclui que “Apesar da elevação nesse tipo de despesas nos anos de 2005, 2006 e 2007 e em especial 2009, a constatação de que houve grande proporção de municípios distribuídos nos três primeiros quartis, sugere que as regras de despesas com pessoal não se colocaram como um problema para muitos dos municípios brasileiros no período estudado, uma vez que os quartis de despesas até 48,35% traduzem maior flexibilidade e disponibilidade para as despesas com pessoal.”

Contudo, para os fins da presente dissertação há que se enfatizar que a evolução das despesas totais com pessoal nos municípios culmina em 2009 com o total de 2620 – entre os 4356 estudados – municípios que apresentavam gastos superiores a 48,35%, concentrando, pois, mais de 60% dos municípios no último e mais crítico (do ponto de vista dos limites de gastos determinados pela LRF) quartil. “Assim, os resultados evidenciam que as administrações municipais têm comprometido maior volume de seus recursos com as despesas correntes com pessoal”²⁴.

44

6.6. Despesas Totais em Saúde X Gastos com Pessoal de Saúde

Mantendo, por ora, as restrições financeiras resultantes da suposta aprovação de novo ordenamento jurídico como ponto central de análise, deve-se reputar o devido destaque a um indicador posto à disposição pelo SIOPS: os gastos com pessoal de saúde frente aos gastos totais com saúde.

Mais uma vez recorrendo ao estudo de Medeiros adota-se a fixação de percentis que expressam o grau de comprometimento das despesas do setor saúde dos municípios frente aos gastos com pessoal específico da saúde.

O indicador, então, exprime o quanto as despesas com pessoal de saúde representam no gasto total com saúde naqueles municípios estudados.

Como muito bem explicado pela autora do referido estudo, o indicador permite “aferir qual é o excedente de recursos que fica após pagamento desse componente de despesas [pessoal de saúde] nas estruturas da gestão municipal de saúde”.

O trabalho adota como quartis que levam em conta o montante de recursos empenhados nas Despesas com Pessoal da Saúde: até 41,33%; de 41,33 a 49,34%; de 49,34 a 57,05% e acima de 57,05%.

Na tabela 6, observa-se que, para todos os anos analisados, em mais de 60% dos municípios os gastos com pessoal de saúde excederam a proporção de 41,33% do volume total das despesas do setor.

Nos anos de 2004, 2005, 2006 e 2009, a maior concentração de municípios encontra-se no quartil de despesas superior a 57,05%.

Por conseguinte, tendo como fundamento os dados expostos na tabela abaixo, constata-se a existência de relevante comprometimento dos recursos da saúde com despesas correntes à conta de Pessoal.

Tabela 6. Progressão das Despesas com Pessoal da Saúde frente às Despesas Totais com Saúde, Brasil. 2004 a 2009

Ano	Até 41,33%	%	de 41,33 a 49,34%	%	de 49,34 a 57,05%	%	acima de 57,05 %	%
2004	1057	24,3	892	20,5	953	21,9	1454	33,4
2005	1080	24,8	859	19,7	1014	23,3	1403	32,2
2006	973	22,3	810	18,6	1033	23,7	1540	35,4
2007	1677	38,5	837	19,2	874	20,1	968	22,2
2008	1519	34,9	830	19,1	843	19,4	1164	26,7
2009	753	17,3	1187,	27,2	837	19,2	1579	36,2

Fonte: SIOPS, 2004 a 2009. Formulado a partir de Medeiros²⁴.

7. RESULTADOS

7.1. A Dimensão Financeira

Com o intuito de certificar a avaliação produzida pelo Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde (DEGERTS/MS) e a soma de recursos indispensáveis para saldar a folha de pagamentos que se pode inferir, apresentam-se, na Tabela 7, informações e operações que levam à avaliação de custos com base em informações do ano de 2009.

Tabela 7 – Demonstrativo de Cálculo dos Efeitos Financeiros – Brasil

Brasil				Diferença	X empregos	C/encargos 50%	X 13 salários
Categ.profiss.	Sal. Médio Nacional ¹ R\$	Nr. Empregos ²	Piso Salarial R\$ ³	(Piso – Sal. Médio) R\$	(Difer. x nr. Empregos) R\$	(+ Encargos Trabalhistas) R\$	(Inclui 13º Salário) R\$
Médico	5.370,26	600.399	7.000,00	1.629,74	978.494.266,26	1.467.741.399,39	19.080.638.192,07
Dentista	3.022,13	138.826	7.000,00	3.977,87	552.231.780,62	828.347.670,93	10.768.519.722,09
Enfermeiro	3.055,49	144.260	4.650,00	1.594,51	230.024.012,60	345.036.018,90	4.485.468.245,70
Téc. Enfermag	1.338,28	186.297	2.325,00	986,72	183.822.975,84	275.734.463,76	3.584.548.028,88
A. Enfermag	1.338,28	320.598	1.860,00	521,72	67.262.388,56	250.893.582,84	3.261.616.576,92
A. Social	2.761,91	22.790	3.720,00	958,09	21.834.871,10	32.752.306,65	425.779.986,45
ACS	953,65	225.994 ^b	930,00	(-23,65) ^d			
ACE	953,65	32.294 ^b	930,00	(-23,65) ^d			
Farmacêutico	2.337,66	43.202	4.650,00	2.312,34	99.897.712,68	149.846.569,02	1.948.005.397,26
Fonoaudiólogo	1.912,18	18.241	4.650,00	2.737,82	49.940.574,62	74.910.861,93	973.841.205,09
Nutricionista	2.131,59	17.316	4.650,00	2.518,41	43.608.787,56	65.413.181,34	850.371.357,42
Psicólogo	2.316,02	38.533	4.650,00	2.333,98	89.935.251,34	134.902.877,01	1.753.737.401,13
Fisioterapeuta	2.004,41	52.577	4.650,00	2.645,59	139.097.185,43	208.645.778,15	2.712.395.115,89
T. Ocupacion ^a	2.312,29		4.650,00	2.337,71			
T. Saúde Bucal	889,32	37.010 ^c	1.020,00	130,68	4.836.466,80	7.254.700,20	94.311.102,60
A. Saúde Bucal	889,32	0 ^c	770,00	(-119,32) ^d			
Total							R\$49.939.232.331,50

Fontes:

1. RAIS/2009, segundo o Observatório de RH em Saúde/Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado/NESCON/UFGM. Endereço Eletrônico < <http://epsm.nescon.medicina.ufmg.br/epsm/>>. Acesso em 15/11/2011.
2. AMS/2009 e DATASUS Cadernos de Informações em Saúde (ano base - 2009) em <[http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/ rn.htm](http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/rn.htm)>. Acesso em 27/12/2011.
3. Congresso Nacional.

Observações:

- a) As fontes consultadas (1 e 2) não identificam o nº de postos de trabalho do T. Ocupacional e Parteiras
- b) Dados extraídos da AMS/2009

- c) Os dados da fonte (1) somam os postos de trabalho de Técnicos e Auxiliares de Saúde Bucal
- d) As diferenças de valor negativo não foram consideradas no cálculo.

Desse modo, constata-se a exigência de importância aproximada a 50 bilhões de reais ao ano para fazer frente à diferença entre os dispêndios com pessoal de saúde no território nacional no ano de 2009 e a folha reajustada como consequência da instituição dos pisos propostos.

Como a pesquisa AMS identifica extrema concentração dos empregos em saúde nos municípios (70,4%), são estes os entes federados que seriam responsáveis por arcar com os custos financeiros adicionais.

Por conseguinte, os sistemas municipais de saúde seriam obrigados a assumir a responsabilidade pela suplementação de cerca de 35 bilhões/ano sem correspondente ampliação de arrecadação suficiente aos novos dispêndios.

Com a finalidade de compreender como os efeitos se dariam, concretamente, nas contas das administrações municipais em caso da aprovação dos pisos salariais, sem correspondentes iniciativas que permitissem seu cumprimento, podem ser consideradas as situações de alguns municípios brasileiros, tais como:

- Siriri (SE)
- Natal (RN)
- Acrelândia (AC)
- Goiânia (GO)

Os dois primeiros municípios já excediam, no ano de 2009, o Limite Prudencial estabelecido pela LRF (95% do Limite Máximo, que equivale a 51,3% da RCL). Acrelândia comprometia 51,22% da RCL e Goiânia gozava de situação menos crítica (48,13%) se considerados os demais.

Tomando como modelo o município de Goiânia, a tabela 8 relaciona os salários médios praticados na administração pública no estado de Goiás, a quantidade de postos de trabalho em Goiânia e os pisos profissionais propostos em projetos de Leis.

Tabela 8 – Demonstrativo dos Salários Médios no Estado (2009), nº de empregos/Goiânia e Pisos Nacionais Propostos

RH / SUS	Salário Médio no Estado (R\$) ¹	nr. empregos ²	Pisos Nacionais (R\$) ³
Médico	4.886,74	7314	7.000,00
Dentista	3.016,70	722	7.000,00
Enfermeiro	2.497,15	1160	4.650,00
Téc. Enfermagem	1.024,49	3290	2.325,00
A. Enfermagem	1.024,49	1364	1.860,00
A. Social	2.980,38	316	3.720,00
ACS	1.309,77	487	930,00
ACE	1.309,77	4	930,00
Farmacêutico	2.331,98	416	4.650,00
Fonoaudiólogo	1.955,93	160	4.650,00
Nutricionista	1.987,26	120	4.650,00
Psicólogo	2.735,92	341	4.650,00
Fisioterapeuta	1.847,56	189	4.650,00
T. Ocupacional	1.829,10	0	4.650,00
T. Saúde Bucal	714,74	550	1.020,00
A. Saúde Bucal	714,74	0	770,00

Fontes:

1. RAIS/2009, segundo o Observatório de RH em Saúde/Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado/NESCON/UFMG. Endereço Eletrônico < <http://epsm.nescon.medicina.ufmg.br/epsm/>>. Acesso em 15/11/2011.

2. AMS/2009 e DATASUS Cadernos de Informações em Saúde (ano base - 2009) em <<http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/rn.htm>>. Acesso em 27/12/2011.

3. Congresso Nacional.

Na ausência de fontes de dados que contenham as remunerações praticadas nas administrações públicas municipais, para fins de cálculo dos efeitos financeiros nas folhas de pagamentos foi adotado o salário médio praticado no estado.

O município de Goiânia, de acordo com dados constantes nos Cadernos de Informações em Saúde, produzidos pelo DATASUS com informações referentes ao ano de 2009, comprometia 48,13% da RCL com despesas com pessoal. Encontrava-se, portanto, dentro dos limites estabelecidos pela LRF para o quesito.

Seu gasto em reais, apontados no Relatório de Gestão Fiscal, disponível em <http://www.contaspublicas.caixa.gov.br/sistncon_internet/index.jsp>, endereço eletrônico do SISTN – Consulta Pública, somava R\$888.303.751,36.

Tabela 9 – Demonstrativo de Cálculo dos Efeitos Financeiros no Município de Goiânia (GO)

Município: Goiânia (GO)				Diferença	x empregos	C/ encargos 50%	x 13 salários
Categ. Profiss.	Sal. Médio Estadual R\$	Nr. Empregos	Piso Salarial R\$	(Piso - Sal. Médio) R\$	(Difer. x nr. Empregos) R\$	(+ Encargos trabalhistas) R\$	(Inclui 13º Salário) R\$
Médico	4.886,74	7314	7.000,00	2.113,26	15.456.383,64	23.184.575,46	301.399.480,98
Dentista	3.016,70	722	7.000,00	3.983,30	2.875.942,60	4.313.913,90	56.080.880,70
Enfermeiro	2.497,15	1160	4.650,00	2.152,85	2.497.306,00	3.745.959,00	48.697.467,00
Téc. Enfermag	1.024,49	3290	2.325,00	1.300,51	4.278.677,90	6.418.016,85	83.434.219,05
A. Enfermag	1.024,49	1364	1.860,00	835,51	1.139.635,64	1.709.453,46	22.222.894,98
A. Social	2.980,38	316	3.720,00	739,62	233.719,92	350.579,88	4.557.538,44
ACS	1.309,77	487	930,00			-	-
ACE	1.309,77	4	930,00			-	-
Farmacêutico	2.331,98	416	4.650,00	2.318,02	964.296,32	1.446.444,48	18.803.778,24
Fonoaudiólogo	1.955,93	160	4.650,00	2.694,07	431.051,20	646.576,80	8.405.498,40
Nutricionista	1.987,26	120	4.650,00	2.662,74	319.528,80	479.293,20	6.230.811,60
Psicólogo	2.735,92	341	4.650,00	1.914,08	652.701,28	979.051,92	12.727.674,96
Fisioterapeuta	1.847,56	189	4.650,00	2.802,44	529.661,16	794.491,74	10.328.392,62
T. Ocupacion	1.829,10	0	4.650,00	2.820,90		-	-
T. SaúdeBucal	714,74	550	1.020,00	305,26	167.893,00	251.839,50	3.273.913,50
A.SaúdeBucal	714,74	0	770,00	55,26			
Total					29.546.797,46	44.320.196,19	576.162.550,47

A tabela 9 expõe contabilizações que objetivam avaliar o impacto da adoção dos pisos profissionais, os recursos financeiros adicionais necessários e suas consequências quanto ao cumprimento das determinações da LRF.

O cálculo demonstra que a ampliação dos custos de folha de pagamentos levaria à extraordinário crescimento do percentual dedicado às despesas com pessoal, sendo preciso a suplementação de R\$576.162.550,47 para o custeio das despesas substantivamente acrescidas. Os gastos totais com pessoal alcançariam níveis elevadíssimos, passando a hipotecar 79,35% da Receita Corrente Líquida, sujeitando o município às sanções estabelecidas na LRF.

Tornando ainda mais crítica a situação examinada, deve-se enfatizar que o percentual (50%) empregado no cálculo dos encargos sociais e trabalhistas não reflete rigorosa apuração das diversas possibilidades de regime e de trabalho. Com o objetivo de guardar correspondência com o estudo DEGERTS/MS de 2010 e, desta forma, estabelecer comparação mais clara e direta, foi adotado o mesmo percentual daquela estimativa.

A incidência de obrigações por parte dos “empregadores” se remete diretamente à natureza jurídica do vínculo de trabalho e do empregador “contratante”. Assim, os custos indiretos do trabalho dependem de sua condição como cargo ou emprego público, além do emprego na iniciativa privada que não pode ser ignorado uma vez que fração importante destes postos de trabalho é mantida pela rede complementar do SUS que é, como previsto na Lei 8.080/90, preferencialmente constituída por entidades privadas filantrópicas ou sem fins lucrativos.

Desta maneira, o rigoroso estabelecimento de percentual suficiente para cobertura dos encargos inerentes ao trabalho, faria aumentar ainda mais as despesas em questão.

Observação importante referida ao número de empregos revela a mesma preocupação em considerar a rede complementar, sobretudo a filantrópica e (ou) sem fins lucrativos. Assim sendo, a quantidade de postos de trabalho indicada nas tabelas 7, 8 e 9 incluem aqueles empregos que, embora não sejam de qualquer ente da administração pública, se inserem no SUS, atendendo à população em suas necessidades de cuidados de saúde.

A justificativa para tal consideração se fundamenta no reconhecimento da relevância da rede complementar, ainda atualmente, na prestação de serviços públicos de saúde.

Deve-se ter em conta que muitas entidades filantrópicas / sem fins lucrativos sustentam-se a partir da prestação de serviços de saúde à população, por meio de convênios celebrados com algum dos entes da federação e que, uma vez aprovados os pisos profissionais, os efeitos financeiros dar-se-ão também de maneira importante sobre estas organizações.

É de se esperar que estes estabelecimentos, assim como os próprios municípios, enfrentem severas dificuldades para arcarem com suas folhas de pagamentos e recorram aos tomadores de seus serviços (União, Estados ou Municípios) pleiteando ampliação dos recursos financeiros recebidos como contrapartida dos serviços de saúde ofertados à população.

Em continuação ao exame da dimensão dos efeitos financeiros consequentes a aprovação das remunerações mínimas para profissionais de saúde e a título de

situações exemplificadoras, quando selecionados os municípios abaixo listados é possível constatar os altos níveis de comprometimento dos recursos financeiros da saúde com o pagamento de pessoal e, talvez como consequência direta, os reduzidos recursos disponíveis para investimentos na rede de saúde pública local.

Os dados foram coletados dos Cadernos de Informações em Saúde/DATASUS (ano base - 2009) em <<http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/rn.htm>>. Acesso em 27/12/2011.

- Planaltina (GO)
- Siriri (SE)
- Parnamirim (RN)
- Acrelândia (AC)

Planaltina: gastos com pessoal diante dos gastos totais em saúde = 82,9%;
Despesa com investimentos sobre a despesa total de saúde = 2,6%.

Siriri: gastos com pessoal diante dos gastos totais em saúde = 65,9%;
Despesa com investimentos sobre a despesa total de saúde = 0,4%.

Parnamirim: gastos com pessoal diante dos gastos totais em saúde = 61,4%;
Despesa com investimentos sobre a despesa total de saúde = 5,0%.

Acrelândia: gastos com pessoal diante dos gastos totais em saúde = 61,1%;
Despesa com investimentos sobre a despesa total de saúde = 0,2%.

São consideráveis as exigências de recursos dedicados às despesas com pessoal e estas tomam significativas parcelas do orçamento total do setor saúde nos municípios. Todos os municípios selecionados empenham mais de 60% (Planaltina reserva mais de impressionantes 82%) nesta categoria de despesa.

Outro aspecto igualmente importante diz respeito aos recursos destinados as despesas de investimentos dentro das administrações municipais na saúde. Como se observa nos municípios selecionados como casos ilustrativos, os níveis de investimentos são quase insignificantes em três deles e em Parnamirim, podem ser qualificados como modestos, se comparados às necessidades de fortalecimento da rede própria (pública) de saúde ou às demais despesas do setor.

Investigando os dados do município de Planaltina, é possível constatar a parcela de recursos aplicados na saúde, assim como estimar a ampliação das despesas com pessoal específico do setor como resultado da confirmação dos pisos profissionais.

A tabela 10 exhibe os salários médios praticados nos serviços públicos de saúde no estado de Goiás, o número de empregos do município de Planaltina e os pisos profissionais propostos em projetos de Leis.

Tabela 10 - Demonstrativo dos Salários Médios no Estado, nº de empregos e Pisos Profissionais

Categoria Profissional	Salário Médio no Estado (R\$)¹	nr. empregos²	Pisos Nacionais (R\$)³
Médico	4.886,74	108	7.000,00
Dentista	3.016,70	39	7.000,00
Enfermeiro	2.497,15	37	4.650,00
Téc. Enfermagem	1.024,49	54	2.325,00
A. Enfermagem	1.024,49	36	1.860,00
A. Social	2.980,38	2	3.720,00
ACS	1.309,77	107	930,00
ACE	1.309,77	43	930,00
Farmacêutico	2.331,98	7	4.650,00
Fonoaudiólogo	1.955,93	1	4.650,00
Nutricionista	1.987,26	3	4.650,00
Psicólogo	2.735,92	3	4.650,00
Fisioterapeuta	1.847,56	3	4.650,00
T. Ocupacional	1.829,10	0	4.650,00
T. Saúde Bucal	714,74	38	1.020,00
A. Saúde Bucal	714,74	0	770,00

1. Fonte: RAIS/2009, segundo o Observatório de RH em Saúde/Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado/NESCON/UFMG. Endereço Eletrônico < <http://epsm.nescon.medicina.ufmg.br/epsm/>>. Acesso em 15/11/2011.

2. Fonte: AMS/2009 e DATASUS Cadernos de Informações em Saúde (ano base - 2009) em <<http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/rn.htm>>. Acesso em 27/12/2011.

3. Fonte: Congresso Nacional.

A tabela 11 apresenta cálculos sobre a folha de pagamentos se ratificados os pisos profissionais, os valores suplementares necessários e seus efeitos no que se refere ao gasto com pessoal quando cotejado com os investimentos totais em saúde daquele município.

Tabela 11 – Demonstrativo de Cálculo dos Efeitos Financeiros no Município de Planaltina (GO)

Município: Planaltina (GO)				Diferença	x Empregos	C/ encargos 50%	x 13 salários
Categ. Profiss.	Sal. Médio Estad.	nr. Empregos	Piso Salarial	(Piso - Sal.Méd.)	(Difer x nr. Empregos)	(+ Encargos Trabalhistas)	(Inclui 13º salário)
Médico	4.886,74	108	7.000,00	2.113,26	228.232,08	342.348,12	4.450.525,56
Dentista	3.016,70	39	7.000,00	3.983,30	155.348,70	233.023,05	3.029.299,65
Enfermeiro	2.497,15	37	4.650,00	2.152,85	79.655,45	119.483,18	1.553.281,28
Téc. Enfermag	1.024,49	54	2.325,00	1.300,51	70.227,54	105.341,31	1.369.437,03
A. Enfermag	1.024,49	36	1.860,00	835,51	30.078,36	45.117,54	586.528,02
A. Social	2.980,38	2	3.720,00	739,62	1.479,24	2.218,86	28.845,18
ACS	1.309,77	107	930,00			-	-
ACE	1.309,77	43	930,00			-	-
Farmacêutico	2.331,98	7	4.650,00	2.318,02	16.226,14	24.339,21	316.409,73
Fonoaudiólogo	1.955,93	1	4.650,00	2.694,07	2.694,07	4.041,11	52.534,36
Nutricionista	1.987,26	3	4.650,00	2.662,74	7.988,22	11.982,33	155.770,29
Psicólogo	2.735,92	3	4.650,00	1.914,08	5.742,24	8.613,36	111.973,68
Fisioterapeuta	1.847,56	3	4.650,00	2.802,44	8.407,32	12.610,98	163.942,74
T. Ocupacional	1.829,10	0	4.650,00	2.820,90		-	-
T. Saúde Bucal	714,74	38	1.020,00	305,26	11.599,88	17.399,82	226.197,66
A. Saúde Bucal	714,74	0	770,00	55,26			
Totais					617.679,24	926.518,86	12.044.745,18

A projeção dos custos sobre as despesas com pessoal da saúde no município examinado aponta a necessidade de aporte de novos recursos financeiros. A ausência destes recursos elevaria sobremaneira a taxa de comprometimento dos recursos ordinários do setor saúde com o pagamento de pessoal.

A mesma observação já realizada anteriormente quanto ao percentual (50%) adotado para fazer face aos encargos sociais e trabalhistas se aplica nesta estimativa.

A gestão municipal de saúde em comento, que empregou no ano de 2009 o valor de R\$17.988.885,72 no setor, destinou, desta importância total, a soma de R\$14.911.392,90 (82,9%) para suas despesas com pessoal.

A atualização dos cálculos tomando a suplementação necessária à folha de pagamentos virtualmente reajustada acresce os gastos anuais de folha em R\$12.044.745,18. Na hipótese da inexistência de novos recursos que

ampliassem o orçamento da saúde, os gastos com pessoal próprio passariam a somar R\$26.956.138,08, o que representaria 149,85% do orçamento total da saúde no ano de 2009.

Sendo assim, um suposto remanejamento radical de recursos das demais áreas da Prefeitura que adicionassem 50% ao orçamento da saúde pública seria suficiente, tão somente, ao cumprimento das despesas com pessoal de saúde.

7.2. Outras Possíveis Antinomias

Conforme já exposto, as considerações acerca dos elementos econômicos implicados na questão em estudo revelam a carência de recursos que deem conta dos novos dispêndios com folha de pagamentos e alertam para a concentração do contingente de trabalhadores nos municípios com consequente convergência de gastos para estes entes federados.

Atentando para outra face da iniciativa parlamentar em debate, expõem-se determinações jurídicas que permitem inferir a produção de situação de conflito entre leis que, de um lado imporiam a fixação de pisos salariais e, de outro, potencialmente fariam extrapolar os gastos máximos com pessoal ordenado pela Lei de Responsabilidade Fiscal nos municípios que já se encontram próximo ao limite prudencial (95% do Limite Legal).

Todavia, as aparentes contrariedades entre dispositivos legais e constitucionais não se resumem às situações que levem as administrações públicas a excederem os limites de gastos exigidos pela Lei de Responsabilidade Fiscal, este é apenas um dos antagonismos identificados.

A análise da situação exige estudos mais extensos sob o ponto de vista da legislação e revelam conflitos potenciais que se referem às determinações relativas ao teto salarial do servidor público, a constitucionalidade da fixação de remunerações por meio de Leis federais que devem ser cumpridas pelos quadros de profissionais nos estados e municípios, assim como da efetividade da extensão do alcance destas leis sobre servidores estatutários e aqueles regidos pela CLT.

No que se refere ao ordenamento acerca do Teto Salarial do Servidor Público, conforme estabelecido na Constituição Federal, Art. 37, inciso XI, o subsídio recebido pelo chefe do executivo municipal é balizador da remuneração percebida pelo funcionalismo municipal. O limite de remuneração para o servidor da administração pública federal e estadual também estão estabelecidos constitucionalmente.

Abaixo se transcreve disposição constitucional referente à questão.

“a remuneração e o subsídio dos ocupantes de cargos, funções e empregos públicos da administração direta, autárquica e fundacional, dos membros de qualquer dos Poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, dos detentores de mandato eletivo e dos demais agentes políticos e os proventos, pensões ou outra espécie remuneratória, percebidos cumulativamente ou não, incluídas as vantagens pessoais ou de qualquer outra natureza, não poderão exceder o subsídio mensal, em espécie, dos Ministros do Supremo Tribunal Federal, **aplicando-se como limite, nos Municípios, o subsídio do Prefeito**, e nos Estados e no Distrito Federal, o subsídio mensal do Governador no âmbito do Poder Executivo, o subsídio dos Deputados Estaduais e Distritais no âmbito do Poder Legislativo e o subsídio dos Desembargadores do Tribunal de Justiça, limitado a noventa inteiros e vinte e cinco centésimos por cento do subsídio mensal, em espécie, dos Ministros do Supremo Tribunal Federal, no âmbito do Poder Judiciário, aplicável este limite aos membros do Ministério Público, aos Procuradores e aos Defensores Públicos”

55

Adotando a proposição de que a citada norma se configura como um obstáculo a efetivação dos projetos de lei investigados, uma vez que a remuneração dos agentes públicos encontra limites no valor do subsídio do Prefeito, foi empreendida intensiva busca de fontes de informações que reunissem as remunerações dos prefeitos em nível nacional ou regional.

Acessados “Portais de Transparência”, sites de Tribunais de Contas Estaduais e de entidades municipalistas, além das “Contas Nacionais” no site do IBGE, não ofereceram o conhecimento pretendido.

Como este estudo se apresenta como proposta de intervenção concreta nas ações, serviços e (ou) políticas de saúde (requisito essencial estabelecido na modalidade de formação pós-graduada do Mestrado Profissional) e se oferece

como modelo de análise dos diversos aspectos relacionados à fixação de pisos profissionais, é justificável seu desenvolvimento ainda que na ausência, por ora, de fonte oficial destas informações específicas. A dificuldade seguramente seria superada com a mediação do Ministério da Saúde, uma vez que venha a considerar o estudo pertinente e que proporcione importantes contribuições ao assunto.

Deste modo, no intuito de demonstrar a possível dificuldade ora referida, recorre-se à matéria veiculada no site PGCNOTICIAS.COM²⁵, portal de notícias da cidade de General Carneiro (PR), que informa haver extraído informações do Tribunal de Contas do Paraná em dezembro de 2009 e relaciona os salários de prefeitos paranaenses. A matéria foi publicada em 27/06/2010 e registra o valor de R\$3.500,00 (três mil e quinhentos reais) como subsídio recebido pelo prefeito do município de Sapopema, à época.

Como visto, a remuneração do servidor público é fixada ou alterada por lei específica, mas observado o teto máximo de remuneração previsto na CF/88.

Tomando como parâmetro o aludido subsídio do maior cargo do poder executivo em Sapopema (PR), fica patente o conflito com os valores previstos como pisos profissionais para 10 das 17 categorias contempladas nas proposições em tramitação no Senado federal e Câmara dos Deputados.

Outra consideração derivada do estudo da legislação reclama a devida atenção, pois não estão pacificados os entendimentos sobre as dimensões legais e constitucionais que se relacionam às iniciativas de fixação de pisos remuneratórios profissionais. Longe de alcançar consonância entre juristas, doutrinadores e magistrados, a compreensão da legislação apresenta pontos de vista distintos e por vezes, contrários.

O desacordo se manifesta em diversos pontos de análise de elementos legais ou constitucionais que procedem da iniciativa parlamentar da criação dos pisos profissionais.

A investigação do tema dentro do domínio das leis e de suas compreensões traz à luz posições que afirmam a autonomia dos municípios no que diz respeito à competência privativa destes na política de administração adotada.

Esta concepção considera que o estabelecimento de pisos por meio de Lei Federal consiste em ofensa aos princípios federativos previstos na Constituição.

Julgamento diverso encontra abrigo entre aqueles que sustentam ser uma Lei Federal adequada e suficiente para a fixação de pisos salariais, uma vez que seria prerrogativa exclusiva da União dispor sobre matérias que regulamentam o trabalho no Estado Brasileiro.

A tese da autonomia administrativa dos entes federados encontra esteio em prescrições constitucionais que, embora não manifestas, são reconhecidos em jurisprudência do Supremo Tribunal Federal (STF), pelo princípio da simetria de poderes entre os entes federados, que afirma ser a iniciativa de Leis que disponham sobre servidores públicos de competência do respectivo ente federado.

Logo, diante da organização político-administrativa da República e da predominância do interesse, seria atribuição do município legislar sobre matéria de interesse local, conforme ordenado pela combinação dos artigos 61, § 1º, II, “a”; 18 caput; e, 30, inciso I, abaixo reproduzidos.

57

Art. 61. A iniciativa das leis complementares e ordinárias cabe a qualquer membro ou comissão da Câmara dos Deputados, do Senado Federal ou do Congresso Nacional, ao Presidente da República, ao Supremo Tribunal Federal, aos Tribunais Superiores, ao Procurador-Geral da República e aos cidadãos, na forma e nos casos previstos nesta Constituição.

§ 1º **São de iniciativa privativa do Presidente da República** as leis que:

(...)

II - disponham sobre:

a) criação de cargos, funções ou empregos públicos na administração direta e autárquica ou **aumento de sua remuneração**;

Art. 18. A organização político-administrativa da República Federativa do Brasil compreende a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, **todos autônomos, nos termos desta Constituição.**

Art. 30. Compete aos Municípios:

I - legislar sobre assuntos de interesse local;

Consoante princípio da predominância do interesse compete à União as matérias em que predomine o interesse nacional, aos Estados as de interesse regional e aos Municípios as de interesse local²⁶.

Ademais, em favor do ponto de vista “municipalista”:

Art. 37. A administração pública direta e indireta de qualquer dos Poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios obedecerá aos princípios de legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência e, também, ao seguinte:

(...)

X - **a remuneração dos servidores públicos e o subsídio de que trata o § 4º do art. 39 somente poderão ser fixados ou alterados por lei específica, observada a iniciativa privativa em cada caso**, assegurada revisão geral anual, sempre na mesma data e sem distinção de índices;

Outro argumento utilizado afirma que não são aplicáveis os salários profissionais estabelecidos por lei aos servidores da União e os de todos os Estados e Municípios que tenham instituído seu regime jurídico próprio, visto que estes não são regidos pelo direito do trabalho, mas se encontram no âmbito do direito administrativo²⁷.

Alternativamente, aqueles que sustentam o privilégio da União na regulação da matéria, reportam-se ao Título III que trata da Organização do Estado, especialmente ao Art. 22 que consagra à União a competência de legislar sobre:

(inciso) XVI - organização do sistema nacional de emprego e condições para o exercício de profissões;

A organização político-administrativa do Estado Brasileiro prevê o que seja competência **exclusiva** e competência **privativa** da União. A primeira situação diz respeito a faculdades que não podem ser conferidas, enquanto a segunda é passível de delegação. No caso, a atribuição de regular as condições para o exercício profissional foi exercido pela própria União, como previsto no artigo 22, inciso XVI. Portanto, sem causar qualquer ofensa ao disposto na Carta Constitucional.

Exemplificando a correção da iniciativa pode-se recorrer ao acórdão STF que declarou **constitucional** a Lei 11.738/08, que cria o piso salarial nacional dos professores da rede pública.

No ano de 2008, os governadores do Paraná, Santa Catarina, Rio Grande do Sul, Ceará e Mato Grosso do Sul ajuizaram Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI 4.167/DF) em razão da criação do piso nacional dos professores atuantes na rede pública de ensino.

Abaixo transcrita a ementa da referida Lei.

LEI Nº 11.738, DE 16 DE JULHO DE 2008. Regulamenta a alínea “e” do inciso III do caput do art. 60 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o piso salarial profissional nacional para os profissionais do magistério público da educação básica.

Como resultado do julgamento da ADI, os ministros julgaram ser **“constitucional a norma geral federal que fixou o piso salarial dos professores** do ensino médio com base no vencimento, e não na remuneração global.” Reconheceram, pois, **“Competência da União para dispor sobre normas gerais relativas ao piso de vencimento dos professores** da educação básica, de modo a utilizá-lo como mecanismo de fomento ao sistema educacional e de valorização profissional, e não apenas como instrumento de proteção mínima ao trabalhador”.²⁸

Este capítulo do trabalho apresentou esforço de examinar os aspectos derivados do arcabouço jurídico brasileiro concernente ao assunto abordado. Foram referidos ordenamentos constitucionais e infraconstitucionais com o propósito de enfatizar as controvérsias que se colocam diante da iniciativa parlamentar de fixação de mínimos de remuneração profissional por meio de Legislação Federal. Por conseguinte, não era finalidade esgotar o assunto de modo a firmar posição supostamente “correta”, contudo o exame do tema serve para por à vista elemento que reclama soluções definitivas, de forma alguma podendo ser negligenciado.

8. DISCUSSÃO

A importância do setor saúde se revela, suficientemente, por sua condição de direito inalienável da população inscrito na CF/88. Todavia seu destaque se dá, ainda, como pungente e estratégico ramo de atividades da economia, segundo aqueles que sustentam o conceito do Complexo Econômico Industrial da Saúde, como se pode observar no relatório final da Subcomissão Especial de Desenvolvimento do Complexo Industrial da Saúde²⁹.

Semelhantes argumentos já se apresentavam anteriormente, como, por exemplo, se poderia observar na exposição de Carlos A. G. Gadelha³⁰, à época Vice-Presidente de Produção e Inovação em Saúde/Fiocruz, por oportunidade do Seminário Valor Econômico, em março de 2010. Sua apresentação sobre o “Complexo Econômico-Industrial da Saúde: visão geral” esclarecia sobre a importante conexão entre o SUS e a base produtiva e de inovação em saúde, enfatizando:

- Saúde como uma oportunidade estratégica para a política nacional de desenvolvimento
- Dimensão e perspectiva do mercado nacional: consumo de massa em forte expansão
- Sistema Universal de Saúde: elevada e crescente demanda pública
- Saúde como um campo intensivo em conhecimento e inovação e sob alta competitividade internacional (uma das grandes apostas do futuro)
- Desenvolvimento tecnológico que impacta na estrutura econômica e produtiva nacionais
- Sinergia com um novo modelo de desenvolvimento nacional
- Indutor de crescimento econômico: uma das áreas mais dinâmicas do desenvolvimento (consumo de massa, geração de emprego, investimento e inovação)
- Importante fator de geração de Inovação: P&D, tecnologias estratégicas e educação.

Desta perspectiva pode-se compreender a relevância da conjugação dos direitos constitucionais que asseguram as ações e serviços voltados aos cuidados em saúde da população e das atividades produtivas do setor.

A sinergia que pode ser estabelecida nesta articulação fortalece o ramo produtivo-econômico, dentre outras razões, pela demanda e consumo crescentes estabelecidos por um sistema universal e integral que por seu turno se beneficia do desenvolvimento nacional de inovações tecnológicas. Este, uma vez adequadamente impulsionado e regulado pelo Estado, fortalece o crescimento econômico e social, gerando divisas, reduzindo dependência externa e ampliando a capacidade de arrecadação e reinvestimentos na saúde pública.

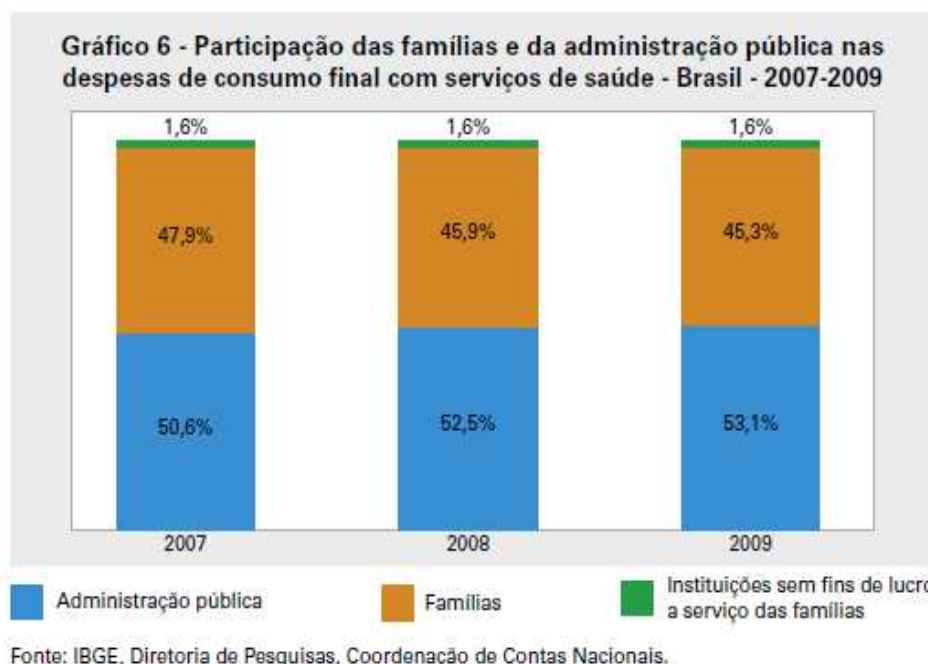
Outras informações de base econômica com fortes implicações na política de saúde encontram-se nas estatísticas da OMS e na Conta-Satélite de Saúde, extensão do Sistema de Contas Nacionais (STN), trabalho instituído por Portaria Interministerial que compreende os Ministérios da Fazenda, da Saúde e do Planejamento, Orçamento e Gestão.

61

Segundo as Estatísticas da Organização Mundial da Saúde³¹, a despesa total em saúde, no ano de 2009, representou nada menos que 9% do Produto Interno Bruto e subdividia-se em 4,1% como fração correspondente às despesas públicas gerais e 4,9% como despesas privadas.

Por outro lado, a Conta-Satélite de Saúde Brasil 2007-2009³² indica que o gasto com consumo final de bens e serviços alcançou 283,6 bilhões de reais em 2009, equivalendo a 8,8% do PIB do mesmo ano.

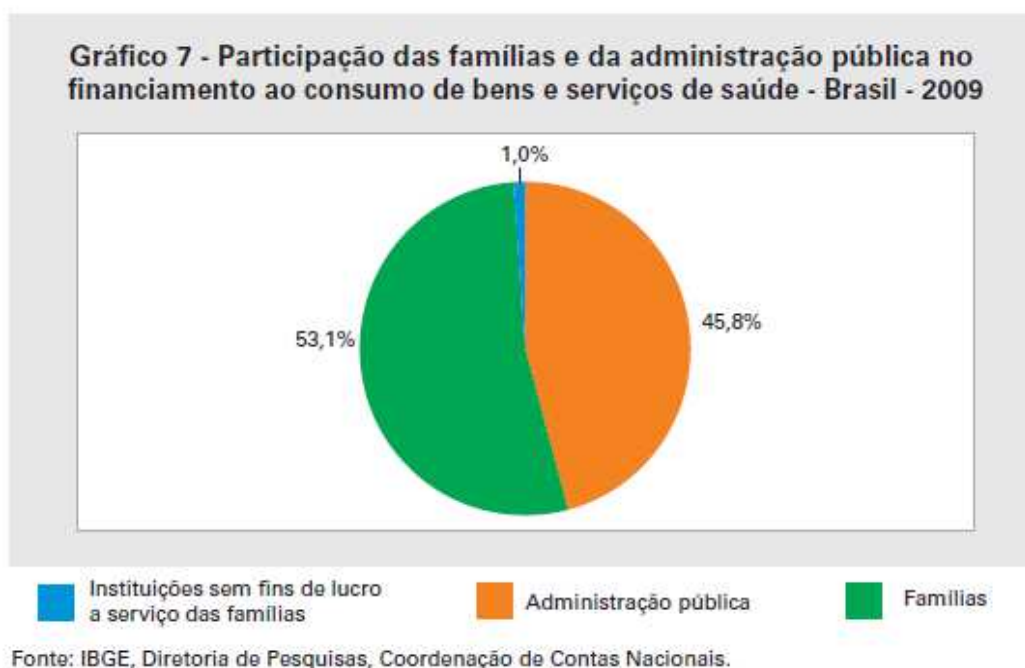
A desagregação da despesa com o consumo final de serviços entre administração pública, famílias e instituições sem fins de lucro a serviço das famílias, expõe a participação de cada setor e é demonstrado no quadro seguinte, extraído do trabalho em comento.



Observa-se que, em 2009, a administração pública foi responsável por 53,1% do gasto com consumo final de serviços de saúde.

Quando levados em conta os bens relacionados à saúde e não apenas os serviços, as famílias respondem pela maior parte das despesas de consumo final em saúde, conforme se observa no quadro reproduzido do mesmo estudo.

62



A respeito da participação do gasto público frente às despesas totais com saúde é pertinente tecer considerações sobre a isenção fiscal das famílias com o consumo de bens e serviços de saúde.

De acordo com Marinho e Ocké-Reis³³ em texto publicado no periódico Valor Econômico de 28/10/2011 a renúncia de arrecadação fiscal alcançou R\$ 12,5 bilhões em 2006. Esta renúncia, na visão dos autores, constitui subsídios governamentais que acabam por favorecer o mercado dos serviços de saúde, à medida que a concessão de deduções fiscais patrocina os gastos das famílias com planos de saúde, serviços privados e medicamentos.

Sayd³⁴ analisa o que refere como renúncia fiscal, representada pelas deduções concedidas no Imposto de Renda com as despesas de saúde no setor privado. Afirma que os abatimentos das despesas com saúde, concedidos a pessoas físicas e jurídicas, caracterizam renúncia de receitas, gerando perdas governamentais que podem ser concebidas como despesas e que estas ampliam o nível de desequilíbrio na distribuição de recursos.

O raciocínio desenvolvido é evidente: quanto maior os rendimentos auferidos pelos contribuintes, maior sua capacidade de gastos e, conseqüentemente superiores são as deduções que equivaleriam, assim, à assistência financeira governamental³⁴.

Fazendo coro com os argumentos apresentados por Sayd, Ocké-Reis e Santos³⁵ apresentam crítica ao subsídio contido na renúncia, alertando que “os indivíduos localizados no topo da distribuição de renda – que abatem seus gastos no Imposto de Renda – receberiam em termos *per capita* uma quantidade maior de recursos”.

Examinando os gastos relativos ao consumo de bens e serviços de saúde e os subsídios governamentais promovidos por meio da concessão de deduções fiscais – como àquelas associadas ao IRPF, IRPJ, medicamentos ou serviços de saúde filantrópicos – se impõe a exigência da reflexão acerca da participação da administração pública em seu financiamento, como tratado em estudos variados: kilsztajn, Camara e Carmo³⁶; Pellegrini Filho³⁷; e, Conta-Satélite de Saúde Brasil³², dentre outros.

Tomando como ilustrativo o citado artigo de Marinho e Ocké-Reis³³, a ponderação que pode ser feita diz respeito à consideração deste “gasto público”, uma vez que a opção pela não arrecadação representam gastos tributários que podem ser concebidos como gastos indiretos do governo. Logo, seria aceitável que tais despesas se incluíssem na categoria dos gastos públicos com saúde, sendo subtraídas do total das despesas das famílias e outras categorias não governamentais.

Embora o ajuste, se admissível, revele maior participação pública no financiamento da saúde, não lhe confere qualquer caráter de equidade, vez que este gasto governamental indireto se dê na forma de subvenção a um circunscrito grupo de contribuintes e, mais grave, maior àqueles com maior capacidade de consumo.

Inicialmente, o exame dos aspectos econômicos e fiscais, além daqueles referidos às capacidades produtivas do setor, podem aparentar extravio com relação ao tema eleito como objeto do estudo, contudo serve à ênfase que o setor requer na consideração de sua importância e, por consequência, na inegável relevância que assume o trabalho em saúde.

Ainda que a matéria estabelecida como alvo de investigação se reporte especificamente aos serviços relacionados com a atenção à saúde e ao conjunto de trabalhadores deste segmento de atividades, as referências iniciais deste capítulo dão base às argumentações sobre a capacidade de produção de riquezas, empregos e desenvolvimento econômico e social. Desta forma, apontam para a potencial faculdade do setor em oferecer soluções aos próprios desafios, vez que, além de incorporar os cuidados à saúde da população, constitui-se em importante setor de geração de divisas nacionais.

Retornando do contexto em que se insere, à questão em particular, conforme demonstrado no capítulo 7, item 1, se consagrados os Projetos de Lei que criam pisos profissionais representariam acréscimo direto de montante em torno de 50 bilhões/ano com a folha de pagamentos dos serviços de atenção à saúde. Ademais, deve-se considerar que mesmo a aprovação de parte dos referidos projetos iria gerar impactos que extrapolam o reajuste da remuneração da própria categoria profissional contemplada.

Exemplo da observação seria a confirmação da criação de piso salarial para auxiliares de enfermagem. O PL 4.924/2009 estabelece a remuneração mínima de R\$1.860,00 para a profissão que se caracteriza pela exigência de escolarização correspondente ao ensino fundamental.

Como prescrito pela Constituição Federal em seu artigo 39, parágrafo 1º, incisos I e II, os entes federados devem instituir planos de cargos e carreiras e os vencimentos dos servidores irão observar, entre outras exigências, a complexidade do cargo e requisitos para sua investidura.

Por conseguinte, existem as circunstâncias em que a aprovação do piso profissional para uma única categoria provocaria efeitos em todas as ocupações naquelas administrações públicas em que os cargos de nível médio não percebam salários superiores a R\$1.860,00. Pelas mesmas prescrições constitucionais, a adequação dos vencimentos dos servidores de nível médio, por sua vez, obrigaria o ajustamento da remuneração do conjunto de cargos de nível superior.

Frente à inexistência de fonte de informações nacionais que reúna dados sobre a remuneração praticada nos municípios, é inexequível a elaboração de estimativa de custos do impacto financeiro resultante de tal possibilidade.

O ensaio proposto parte do pressuposto de que a administração pública estaria obrigada ao cumprimento do(s) piso(s) aprovado(s) – assunto tratado no capítulo 7, item 2 – e chama atenção para a necessária participação do Poder Executivo das distintas esferas de governo na busca de soluções que evitariam surpresas na condução da administração pública com previsíveis demandas judiciais.

Como visto, a proposta de recuperação dos salários de algumas categorias profissionais de saúde, concebida pelo Poder Legislativo Federal, deve encontrar expressivos embaraços que dizem respeito ao conhecido subfinanciamento da saúde pública e outros obstáculos de ordem jurídica que justificam a seguinte afirmação de Melo²⁷: “levantamento feito na base histórica da legislação federal revela que pouquíssimas são as profissões que tiveram seu salário profissional fixado em lei.”

A tarefa de recuperação dos salários dos trabalhadores do SUS se inclui entre os condicionantes que determinam a consolidação do sistema público de saúde e, segundo Marques e Mendes³⁸ “a continuidade da institucionalização do SUS universal exige, de forma primordial, a redefinição da posição econômica e política assumida pelo governo atual, o que implicará o abandono das “estratégias” ortodoxas adotadas pelo governo democrático e popular.”

No entanto, se a envergadura do problema exige alternativas que fogem a eventuais e moderados incrementos de financiamento, deve-se encará-lo como oportunidade de extensão e qualificação do sistema.

A vinculação de ganhos na remuneração ao estabelecimento e estrito cumprimento de pactos entre os distintos níveis de gestão e com os profissionais da saúde poderia contribuir com programas de fortalecimento das ações, serviços e políticas de saúde pública, fixando objetivos, metas, prazos, produtos e sistema de avaliação de desempenho construído sobre indicadores objetivos, transparentes e mensuráveis, relacionados à ampliação do acesso com a desejável qualidade das ações de prevenção, recuperação e promoção da saúde. Assumiria, pois, especial importância na política de despreciação do trabalho⁹ e na instituição de Planos de Cargos e carreiras no SUS¹².

A reorientação das prioridades de investimentos públicos que venham a satisfazer as necessidades de custeio do SUS; a extinção das subvenções concedidas à parte dos contribuintes na forma de isenções fiscais que, em 2006, somaram cerca de 12,5 bilhões de reais e que se pode supor maior com o crescimento da economia ao longo dos anos seguintes; a instituição de fundo especial semelhante ao Fundeb; e mesmo a controversa contribuição social para a saúde (CSS) – cujo equivalente extinto em 2007 previa arrecadação de cerca de 40 bilhões de reais para o ano subsequente – não são novidades, contudo constituem-se em estratégias, recursos ou alternativas que merecem consideração e debate no esforço em distinguir fontes de suficiente capacidade de financiamento.

Sob o ponto de vista relacionado às questões de ordem legal, com o propósito de examinar possibilidades que ofereçam saídas para limitações conferidas pela LRF e limites de remuneração de servidores públicos, são examinadas duas alternativas de modelo jurídico institucional.

As duas formas organizativas submetidas ao exame são os Consórcios Públicos e as Fundações Públicas de Direito Privado, as últimas conhecidas e aqui nomeadas como Fundações Estatais, que poderiam ser empregadas em uma perspectiva associativa entre municípios – assim constituindo uma articulação interfederativa que tenha o propósito de contornar os problemas neste campo – ou sua adoção poderia ser posta em prática por municípios de forma particular, especialmente quando se tratam de gestões locais de saúde de grande porte e (ou) com expressivo contingente de trabalhadores.

Desta forma, as Organizações Sociais (OS), as Organizações da sociedade civil de interesse público (Oscip) e os Serviços Sociais Autônomos (SSA), por apenas atuarem em colaboração, mas não integrarem a administração pública direta ou indireta, conforme explicitado na CF/88, incisos XIX e XX, não foram consideradas.

A exclusão é consequência de sua natureza jurídica, porquanto a atuação de tais entidades deva se dar, no âmbito da prestação de serviços públicos, de forma auxiliar e acessória, não podendo, portanto, este tipo de organização, assumir os serviços. Tal ressalva já se encontra prevista na Lei 8.080/1990, § 2º, quando estabelece que a iniciativa privada possa participar do Sistema Único de Saúde - SUS, *em caráter complementar*.

Precedendo o estudo das aludidas alternativas de gestão que possam dar respostas aos embaraços quanto ao teto da remuneração de servidores públicos e quanto aos gastos com pessoal, cabe considerar que condição especial e determinante, que contornaria as restrições em exame, diz respeito à autonomia orçamentária das organizações públicas.

Emprestando de Ramos³⁹ os argumentos apresentados na análise das aplicações da LRF sobre as Empresas de Economia Mista Municipal e estendo o raciocínio a outros entes jurídicos do âmbito da administração pública indireta, pode-se inferir que as empresas estatais dependentes são aquelas que recebem, do ente controlador, recursos financeiros para o pagamento de custeio ou das despesas com pessoal, conforme disposto na Lei Complementar N. 101/2000.

Desta categoria excluem-se, portanto, as entidades que independem do tesouro público por não receberem subvenção ou subsídio e tampouco possuírem dotação orçamentária específica (ibid.).

Sustentando a afirmação, o autor cita duas fontes:

Livre da LRF está, p.ex., uma empresa pública que obtém, ela mesma, recursos necessários ao seu próprio custeio, mesmo que, para tanto, venda mercadorias e serviços à Prefeitura ou ao Estado [grifamos]" (Lei de Responsabilidade Fiscal: Manual Básico. Tribunal de Contas do Estado de São Paulo. www.tce.sp.gov.br. Junho de 2000. pg. 10); e,

"Vale observar que uma empresa, mesmo estatal, que presta serviço ao estado e, portanto, recebe recursos contra a prestação destes serviços não é considerada dependente [grifamos].

A condição de dependência só ocorre pela transferência a título de subvenção ou subsídio. (...)” (Parâmetros Para Uma Gestão Fiscal Responsável. Governo do Estado da Bahia. Secretaria da Fazenda / no mesmo sentido: Entendendo a LRF. Edson Ronaldo Nascimento e Ilvo Debus. www.bndes.gov.br).

68

Como consequência, salvo melhor entendimento as organizações instituídas pelo Poder Público, ainda que compreendidas no campo da administração pública indireta, desde que não integrem o orçamento do ente público, não estão cingidas pela Lei de Responsabilidade Fiscal.

Retomando a análise das modalidades de gestão anteriormente citadas, os Consórcios Públicos criados pela Lei 11.105 de 2005 e regulamentados pelo Decreto Nº 6.017 de 17 de janeiro de 2007, são entidades de gestão associada de serviços públicos, criadas por meio da confirmação de protocolo de intenções anteriormente firmado pelos chefes do Poder Executivo dos municípios associados.

Esta forma de associação pública, tratada no artigo 241, CF/88, se inclui como entidade da administração indireta de cada um dos entes associados e para estes tem o propósito de prestação de serviços públicos de forma descentralizada.

De acordo com Nunes⁴⁰, o consórcio público municipal é entidade estatal *dependente* e integra o orçamento geral dos Municípios consorciados. Este requisito, como visto, sepultaria sua adoção como solução às restrições jurídicas em questão, entretanto a Lei nº 11.107/2005 ao dispor sobre normas de contratação de consórcios públicos, regulamenta a possibilidade de sua contratação pela administração direta ou indireta dos entes da Federação consorciados (art. 2, parágrafo 1, III). Também no sentido de prever a prestação indireta de serviços por parte dos Consórcios Públicos, a Portaria nº 72, de 01 de fevereiro de 2012 (Ministério da Fazenda – Secretaria do Tesouro Nacional) estabelece que são recursos dos Consórcios Públicos (artigo 4º):

(...)

V – receita de prestação de serviços;

VI – recursos financeiros transferidos pelos entes da Federação consorciados, com base no contrato de rateio;

VII – outras receitas próprias.

§ 1º Os entes consorciados somente entregarão recursos financeiros ao consórcio público mediante contrato de rateio.

Restaria esclarecer se prestação de serviços a determinado órgão público (que o institui e controla, à luz de contrato celebrado em torno de metas de desempenho e compromissos firmados entre as partes) com correspondente pagamento pela execução destes serviços se constituiria “entrega de recursos financeiros mediante contrato de rateio”, portanto diretamente vinculado à elaboração e execução do orçamento do ente público ou iria configurar pagamento como contraparte dos serviços prestados, assemelhando, então, o Consórcio Público às demais organizações da rede complementar ao SUS.

Se entendidos como pagamento de serviços, a receita pela contratação dos Consórcios seria consequência da *venda* de serviços e não se misturariam aos recursos entregues em virtude de contratos de rateio que devem ser obrigatoriamente classificados, nas contas dos entes consorciados, segundo a destinação que, por óbvio, refletem as finalidades da transferência.

Por sua vez, a Fundação Estatal (FE) é entidade pública prevista no art. 37, XIX da CF, sem fins lucrativos, com personalidade jurídica de direito privado e integrante da administração pública, pois é criada pelo Poder Público. Dotada

de autonomia gerencial, orçamentária e financeira, vincula-se a seu órgão instituidor na área de atuação na qual se insere sua atividade.

Esta forma jurídico-institucional, assumida pelo Estado, não integra o orçamento público, suas receitas advêm de celebração de contrato estatal de serviços firmado com o ente instituidor, que a supervisiona. Como “A LRF adota o critério de dependência financeira como traço distintivo para a sua aplicabilidade às entidades da administração indireta”⁴¹, conclui-se que a FE não está submetida às determinações da LRF, particularmente no que se refere aos gastos máximos com pessoal. De acordo com tal concepção, encontram-se trabalhos da Fundação Estatal Saúde da Família/Fesf-SUS⁴², Ministério da Saúde/Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão⁴³ e Vargas⁴⁴.

Conforme Cammarota⁴¹, tampouco “se aplica à fundação estatal o teto constitucional de remuneração dos servidores (art. 37 – XI)”. Ratificando a afirmação, verifica-se em Santos⁴⁵ que a FE:

Também elimina o problema do teto remuneratório – dor de cabeça de muitos municípios – principalmente os de difícil acesso, que nem sempre conseguem atrair profissionais especializados e competentes, como médicos, em razão dos salários dos prefeitos serem incompatíveis com os de mercado.

Sendo assim, atualmente dispõem-se alternativas de gestão pública que, se oferecem como soluções possíveis aos óbices legais considerados, desde que, a criação de uma organização que não esteja submetida às restrições da LRF, não represente um mero subterfúgio como forma intermediada de provimento de recursos humanos – ainda que por meio da realização de concurso público – que evite a contabilização dos gastos como despesa com pessoal.

Outra opção se encontra na apreciação, debate e eventual apoio a algum dos diversos projetos de lei que objetivam promover alterações na LRF, especialmente no que tange às limitações das despesas com pessoal no serviço público.

As formulações cujo propósito seja a alteração da Lei, devem dedicar especial cuidado na garantia dos dispositivos de acompanhamento do uso dos recursos públicos – Relatório de Gestão Fiscal (RGF) e o Relatório Resumido de Execução Orçamentária (RREO) – que estabelecem maior transparência e permitem efetiva e permanente ação dos órgãos de fiscalização e de controle social.

A modificação específica dos limites fixados para os gastos com pessoal deve se acompanhar de providências quanto ao desenvolvimento de metodologia de dimensionamento de pessoal, segundo o porte populacional e grau de incorporação tecnológica dos sistemas locais de saúde, além de exigir planos de carreira específicos para saúde nos diversos entes federados. As medidas permitiriam distinguir, de fato, a força de trabalho no SUS e impediriam circunstancial crescimento inadequado e excessivo de pessoal a fim de atender exigência de provimento de profissionais em outros setores do serviço público.

9. CONCLUSÕES

A busca pela recuperação salarial dos vencimentos dos trabalhadores de saúde é preocupação tangível e necessária entre os próprios trabalhadores, gestores de saúde, governantes em geral e até mesmo em meio aos usuários do SUS, pois que todos reconhecem que a satisfação no trabalho é determinante da qualidade e compromisso e reflexo das condições nas quais o trabalho em saúde se desenvolve.

Com o propósito de atuar sobre tal situação, o Congresso Nacional atualmente analisa projetos de lei que objetivam fixar salários profissionais nacionais como remuneração mínima a que diversas categorias fariam jus pelo exercício de suas atividades. A justificação apresentada na quase totalidade dos referidos projetos afirma que os vencimentos praticados nos serviços de saúde não são condizentes com o necessário e merecido reconhecimento e valorização de profissões tidas como imprescindíveis na atenção à saúde da população.

A elogiável iniciativa dos legisladores, entretanto, encontra restrições, algumas potenciais, outras concretas. As determinações legais podem se apresentar como limitações à efetivação dos Pisos. Os recursos financeiros, sem dúvidas, são dificuldades inevitáveis.

Desta forma, devem-se estudar estratégias e recursos que superem os obstáculos e se constituam saídas jurídicas e de financiamento compartilhado, entre os três níveis de governo, da folha de pagamentos do setor saúde.

Como contribuição à análise e identificação de possíveis soluções, o presente trabalho, de natureza exploratória, reclama estudos subseqüentes de maior profundidade proporcionados pelo acesso pleno á importantes bases de dados que estabeleçam exatos efeitos nos municípios – maiores empregadores públicos em saúde.

Gestão dos serviços com modelos jurídico-institucionais alternativos adotados em associações interfederativas ou por municípios de forma singular; financiamento tripartite da folha de pagamentos condicionado ao cumprimento de metas e objetivos que assegurem a ampliação e qualificação da atenção em saúde, assim como à instituição de planos de carreiras e desprecarização dos vínculos de trabalho; são opções que se colocam mesmo diante da hipótese de

rejeição dos projetos de lei pelo Congresso Nacional ou da isenção de seu acatamento frente ao regime jurídico especial do serviço público.

Como setor que se caracteriza pela intensidade de mão de obra, que excedeu – em 2009 – a marca dos três milhões de emprego, o financiamento é questão especial em função do montante de recursos indispensáveis à implementação de efetiva política de remuneração para o pessoal de saúde, e não somente às categorias contempladas nos citados projetos de lei.

10. COMENTÁRIOS FINAIS

Após a entrada da dissertação em banca prévia, foi publicado Boletim de Acompanhamento de Proposições – serviço da Câmara dos Deputados que informa movimentações de projetos – sobre apresentação de parecer do relator do Projeto de Lei nº 5.440/2009 na Comissão de Finanças e Tributação, Deputado José Guimarães (CE).

No teor do relatório, o Deputado faz menção ao § 1º do art. 17 da LRF onde fica estabelecido que atos que criarem ou aumentarem despesas obrigatórias e de caráter permanente – características intrínsecas a todas as proposições de fixação de piso salarial profissional – devem se acompanhar de previsões de impacto financeiro e orçamentário, além de indicar origem e recursos para seu custeio.

O relator, igualmente, aduz o disposto no art. 88 da Lei de Diretrizes Orçamentárias para 2012 onde se exige que as proposições legislativas que impliquem na redução da receita ou aumento da despesa da União apresentem estimativas e adequação orçamentária e financeira entre outros condicionantes.

Checando o conjunto de projetos em análise neste trabalho, verifica-se que nenhum deles atende às exigências apresentadas pelo Deputado relator. Portanto, revela-se nova dificuldade ao êxito da iniciativa de fixação de pisos salariais como política de remuneração para os trabalhadores do setor de prestação de serviços públicos de saúde.

O estudo desenvolvido e apresentado por meio desta dissertação é abordagem inicial da questão. Seja pela complexidade do tema que reclama seu aprofundamento com amplo acesso às bases de dados já citadas, seja pela incorporação do exame do crescimento do número de municípios a partir da promulgação da CF/88 e suas capacidades de produção de riquezas e ainda do estudo de experiências internacionais de fixação de patamares mínimos de remuneração pra profissionais de saúde, futuras iniciativas de pesquisas sobre alternativas de estabelecimento de políticas salariais no setor saúde devem sobrevir, conformando importante campo de contribuição à formulação de políticas em Gestão do Trabalho na Saúde.

Além do acesso irrestrito aos dados das bases adotadas no estudo, especial desafio é a pesquisa sobre subsídios dos prefeitos municipais e da remuneração do quadro de servidores públicos das distintas esferas de governo, informação *invisível* nas supostas fontes verificadas, como os próprios órgãos oficiais de informação das municipalidades. O problema pode ser superado com a aprovação da Lei nº 12.527 em novembro de 2011 e sua entrada em vigência a partir do dia 16 do mês corrente. A Lei em comento regula e garante o acesso à informação dos órgãos públicos e entidades privadas desde que subvencionadas por recursos públicos.

11. REFERÊNCIAS

1. Machado MH, Oliveira ES, Moysés NMN, e outros. Tendências do Mercado de Trabalho em Saúde no Brasil. 2011(mimeo).
2. Brasil. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, Relatório Final da VIII Conferência Nacional de Saúde. Brasília, DF, 1986.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Princípios e diretrizes para a gestão do trabalho no SUS (NOB/RH-SUS) / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – 3. ed. rev. atual. – Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
4. Brasil. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, Relatório Final da I Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde. Brasília, DF, 1986.
5. Brasil. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, Relatório Final da II Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde. Brasília, DF, 1994.
6. Brasil. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, Relatório Final da 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Brasília, DF, 2006.
7. Pierantoni CR. As Reformas do Estado, da Saúde e Recursos Humanos: Limites e Possibilidades. Ciência e Saúde Coletiva. Ano/vol. 6, número 002. ABRASCO. Rio de Janeiro, 2001.
8. Campos AG. Novos Aspectos da Regulação do Trabalho no Brasil. Qual o Papel do Estado? Instituto De Pesquisa Econômica Aplicada. Texto para discussão nº. 1407. Rio de Janeiro: Ipea, 2009. Disponível em <http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/td_1407.pdf>. [Acessado em: 23 jun. 2011].
9. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho. Desprecarização do Trabalho no SUS: perguntas e respostas. Brasília, 2006.

10. Toledo Junior FC. O FUNDEB e os mínimos constitucionais da Educação. Jus Navigandi, Teresina, ano 15, n. 2653, 6 out. 2010. Disponível em: <<http://jus.uol.com.br/revista/texto/17567>>. [Acessado em: 23/06/2011].
11. Brasil. Lei Complementar nº. 101, de 4 de maio de 2000. Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências. Brasil, 2000. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/LCP/Lcp101.htm. [Acessado em: 23/06/2011].
12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. PCCS-SUS: Diretrizes Nacionais para a Instituição de Planos de Carreiras, Cargos e Salários no Âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, 2006.
13. Ponto de Pauta. Diálogo Municipalista tem participação efetiva de prefeitos e vices. Ponto de Pauta, Site jornalístico. Postado em 13/04/2011. Disponível em <<http://www.pontodepauta.com.br/site/noticias.php?idNoticia=5932>>. [Acessado em 23/06/2011].
14. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal, 1988.
15. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estatísticas da Saúde— Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária 2009. IBGE, 2010.
16. Vitalino HA, Cutrim LSO, Marquez MS, e outros. De Recursos Humanos a Trabalhador do SUS: a Política de Gestão do Trabalho no SUS. In: Moysés NMN. Curso de Especialização em Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. (org.). Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, 2009.
17. Brasil. Ministério da Saúde; Ministério da Educação e Cultura; Organização Pan-Americana da Saúde. Programa de Preparação Estratégica de Pessoal da Saúde, Brasília, DF, 1976.

18. Brasil. Ministério da Saúde; Ministério da Previdência e Assistência Social; Ministério da Educação. Comissão Nacional da Reforma Sanitária, Documentos III, Rio de Janeiro, 1987.
19. Brasil. Presidência da República, Câmara da Reforma do Estado. Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado, Brasília, 1995.
20. Oliveira SP. Modelo de previsão de demanda de médicos para internação pelo SUS. Divulgação em Saúde para Debate, Rio de Janeiro, maio 2010.
21. Oliveira SP. Modelo de previsão de demanda de médicos para internação pelo SUS: estudo de caso para o Estado do Rio de Janeiro [tese]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social, 2007.
22. Machado MH. Trabalhadores da saúde e sua trajetória na reforma sanitária. In: Lima, NT (Org.) Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.
23. Observatório de Recursos Humanos em Saúde (NESP/CEAM/UnB). Despesa com Pessoal e Lei de Responsabilidade Fiscal: Uma Análise da Situação na União, nas Unidades Federadas e nos Municípios. Brasília - DF. Brasil, 2006. Disponível em <http://www.observarh.org.br/observarh/repertorio/Repertorio_ObservaRH/NESP-UnB/Despesa_pessoal_LRF.pdf>. [Acessado em: 23/06/2011].
24. Medeiros KR. Lei de Responsabilidade Fiscal e Despesas com Pessoal da Saúde: um estudo dos municípios brasileiros [dissertação]. Recife: Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, 2011.
25. PGCNOTICIAS.COM. Prefeitos ganham mais que presidente Lula no Paraná. Disponível em: http://www.pgcnoticias.com.br/mostrar.php?tipo=noticia&id_noticia=2231. [Acessado em 21/01/2012].

26. Garrido EPL. O Pacto federativo no Brasil. Confederação Nacional dos Municípios, Departamento Jurídico. Disponível em:
<http://portal.cnm.org.br/sites/9000/9070/Estudos/PoliticaeEleicoes/pacto_federativo.pdf>. [Acessado em 14/10/2011]
27. Melo CVB. Salário Profissional e Piso Salarial. Câmara dos Deputados, Consultoria Legislativa da Área V - Direito do Trabalho e Processual do Trabalho. Nota Técnica. MAIO/2011.
28. Ação Direta de Inconstitucionalidade Nº 4.167. Distrito Federal. Relator: Ministro Joaquim Barbosa. Brasília, 27 de abril de 2011. O documento pode ser acessado no endereço eletrônico
<http://www.stf.jus.br/portal/autenticacao/> sob o número 1199172.
29. Comissão de Seguridade Social e Família da Câmara dos Deputados. Relatório Final da Subcomissão Especial de Desenvolvimento do Complexo Industrial em Saúde, Produção de Fármacos, Equipamentos e outros Insumos. Outubro de 2011.
30. Gadelha CAG. Seminário Valor Econômico. Complexo Econômico-Industrial da Saúde: visão geral. Fundação Oswaldo Cruz, Vice-Presidência de Produção e Inovação em Saúde. Março de 2010.
31. World Health Organization, 2009. Estatísticas da Organização Mundial da Saúde. França. Disponível em:
<http://www.who.int/whosis/whostat/EN_WHS09_Full.pdf>. [Acessado em 30/01/2012].
32. Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Contas Nacionais, Contas Nacionais nº 37. Conta-Satélite de Saúde 2007-2009. Rio de Janeiro, 2012.
33. Marinho A, Ocké-Reis CO. Por que o SUS Perde com os Subsídios na Saúde? Valor Econômico de 28/10/2011. Disponível em
<<http://www.saudecomdilha.com.br/index.php/2011/10/28/porque-o-sus-perde-com-os-subsidios-na-saude/>>. [Acessado em 31/01/2012].

34. Sayd PD. Renúncia fiscal e equidade na distribuição de recursos para a saúde. 2003 [dissertação]. Rio de Janeiro, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 2003.
35. Ocké-Reis CO, Santos FP. Mensuração dos gastos tributários em saúde - 2003-2006. Brasília, DF: IPEA, 2011.
36. Kilsztajn S, Camara MB, Carmo MSN. Gasto privado com saúde por classes de renda. Rev. Assoc. Med. Bras. [online]. 2002, vol.48, n.3, pp. 258-262. ISSN 0104-4230. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-42302002000300041>.
37. Pellegrini Filho A. Quem paga a conta da saúde? Disponível em: http://cmdss2011.org/site/?post_type=opinioes&p=8171&preview=true. [Acessado em 11/02/2012].
38. Marques RM, Mendes A. Os dilemas do financiamento do SUS no interior da seguridade social. Economia e Sociedade, Campinas, janeiro 2005.
39. Ramos TL. A Lei de Responsabilidade Fiscal e as Empresas de Economia Mista Municipais. Disponível em <http://www.egov.ufsc.br/portal/sites/default/files/anexos/20831-20832-1-PB.pdf>. [Acessado em 18/02/2012].
40. Nunes SA. JurisWay Sistema Educacional Online. Disponível em http://www.jurisway.org.br/v2/dhall.asp?id_dh=4265. [Acessado em 18/02/2012].
41. Cammarota FC. Fundação Estatal: Fundamentos legais e institucionais. Secretaria de Gestão do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Disponível em: http://www.conass.org.br/admin/arquivos/seminario_alternativas_gerencia_unidades_publicas/apresenta_fundacao_estatal_fabio_cidreira.pdf. [Acessado em 18/02/2012].
42. Fundação Estatal Saúde da Família / FESF-SUS. A Bahia unida por um novo caminho para a saúde da família. Salvador, 2009.

43. Brasil. Ministério da Saúde; Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Fundação Estatal. Metas, gestão profissional e direitos preservados. Informações sobre o Projeto de Lei Complementar enviado ao Congresso Nacional pelo Governo Federal. Série C. Projetos, Programas e Relatórios. Brasília, Agosto de 2007.
44. Vargas P. Fundações Estatais e Setor Saúde. Disponível em:
<http://www.planejamento.gov.br/secretarias/upload/Arquivos/seges/fundacao_estatal/artigos/080703_PFE_Art_setorSaude.pdf>. [Acessado em 18/02/2012].
45. Santos L. A Gestão do SUS e a Fundação Estatal. Janeiro, 2010. Biblioteca Virtual em Saúde. Disponível em:
<<http://blogs.bvsalud.org/ds/2010/01/18/a-gestao-do-sus-e-a-fundacao-estatal/>>. [Acessado em 18/02/2012].

12. ANEXOS

ANEXO 1

PROJETOS DE LEI QUE FIXAM PISOS PROFISSIONAIS NACIONAIS

Profissão / Ocupação	Projeto	PISO
Médico Cirurgião Dentista	PLS 140/2009	R\$ 7.000,00
Enfermeiro Técnico de Enfermagem Auxiliar de Enfermagem Parteira	PL 4924/2009	R\$4.650,00 R\$2.325,00 R\$1.860,00 R\$1.860,00
Assistente Social	PL 5278/2009	R\$ 3.720,00
Agente Comunitário de Saúde Agente de Combate às Endemias	PLS 196/2009	R\$ 930,00
Farmacêutico	PL 5359/2009	R\$ 4.650,00
Fonoaudiólogo	PL 5394/2009	R\$ 4.650,00
Nutricionista	PL 5439/2009	R\$ 4.650,00
Psicólogo	PL 5440/2009	R\$ 4.650,00
Fisioterapeuta Terapeuta Ocupacional	PL 5979/2009	R\$ 4.650,00
Técnico em Saúde Bucal Auxiliar em Saúde Bucal	PL 1187/2011	R\$1.020,00 R\$770,00

PROJETO DE LEI DO SENADO Nº 140, DE 2009

Altera dispositivos da Lei nº 3.999, de 15 de dezembro de 1961, para fixar o valor do piso salarial e a jornada de trabalho dos médicos e cirurgiões-dentistas, e dá outras providências.

O CONGRESSO NACIONAL decreta:

Art. 1º Os arts. 5º, 7º e 8º da Lei nº 3.999, de 15 de dezembro de 1961, passam a vigorar com a seguinte redação:

“Art. 5º O piso salarial dos médicos e dos cirurgiões-dentistas é fixado em R\$ 7.000,00 (sete mil reais) mensais.” (NR)

“Art. 7º O piso salarial a que se refere o art. 5º será reajustado, para a Preservação de seu poder aquisitivo, anualmente, pela variação acumulada do Índice Nacional de Preços ao Consumidor – INPC, calculado e divulgado pela Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, ou de outro índice que vier a substituí-lo, entre o mês do reajuste anterior, inclusive, e o mês imediatamente anterior ao reajuste de cada ano.” (NR)

“Art. 8º

a) para médicos e cirurgiões-dentistas, de 4 (quatro) horas diárias ou 20 (vinte) horas semanais;

.....” (NR)

Art. 2º Esta Lei entra em vigor após decorridos 90 (noventa) dias de sua publicação oficial.

**PROJETO DE LEI Nº 4.924, DE 2009
(Do Sr. MAURO NAZIF)**

Dispõe sobre o Piso Salarial do Enfermeiro, do Técnico de Enfermagem, do Auxiliar de Enfermagem e da Parteira.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º Esta lei altera a Lei n.º 7.498, de 25 de junho de 1986, que “Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências”, a fim de estabelecer o piso salarial do Enfermeiro, do Técnico de Enfermagem, do Auxiliar de Enfermagem e da Parteira.

Art. 2º A Lei n.º 7.498, de 1986, passa a vigorar acrescida do seguinte art. 15-A:

Art. 15-A. É devido o piso salarial de R\$ 4.650,00 (quatro mil e seiscentos e cinquenta reais) ao Enfermeiro, a ser reajustado:

I – no mês de publicação desta lei, pela variação acumulada do Índice Nacional de Preços ao Consumidor – INPC, elaborado pela Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, de março de 2009, inclusive, ao mês imediatamente anterior ao do início de vigência desta lei;

II – anualmente, a partir do ano subsequente ao do reajuste mencionado no inciso I deste artigo, no mês correspondente ao da publicação desta lei, pela variação acumulada do INPC nos doze meses imediatamente anteriores.

*Parágrafo único. O piso salarial dos profissionais de que tratam os arts. 7º, 8º e 9º desta lei é fixado com base no piso estabelecido no **caput** deste artigo para o Enfermeiro, na razão de:*

I – cinquenta por cento para o Técnico de Enfermagem;

II – quarenta por cento para o Auxiliar de Enfermagem e para a Parteira.

Art. 3º Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.

JUSTIFICAÇÃO

A legislação trabalhista brasileira determina uma série de garantias da remuneração devida aos trabalhadores. Mauricio Godinho Delgado¹ relaciona entre elas o salário profissional, que está inserido nas proteções jurídicas do valor do salário, denominado de patamar salarial mínimo imperativo, podendo ser genérico, para todo o mercado, ou especial, relativo a determinadas profissões ou categorias profissionais especiais. Essa proteção, na Constituição Federal, está prevista nos seguintes termos:

Art. 7º São direitos dos trabalhadores urbanos e rurais, além de outros que visem à melhoria de sua condição social:

V - piso salarial proporcional à extensão e à complexidade do trabalho;

O piso salarial é conhecido em nossa legislação ordinária como salário mínimo profissional, que, segundo ainda Delgado², *é fixado por lei, sendo deferido a profissional cujo ofício seja regulamentado também por diploma legal*.

Hoje, profissionais de várias atividades, principalmente as relacionadas à saúde, além de uma carga horária elevada, acumulam mais de um emprego com o intuito de conseguir uma remuneração digna. Mesmo assim, em muitos casos, esse objetivo não é alcançado.

A jornada de trabalho desgastante, associada ao estresse pelos deslocamentos entre os diversos locais da prestação dos serviços, compromete irremediavelmente tanto a saúde do profissional quanto a qualidade do atendimento ao paciente. Isso acaba prejudicando a totalidade da população que, a cada dia, tem seu sofrimento aumentado com a deterioração do sistema de saúde do País.

Entendemos, assim, que a fixação do piso salarial por lei torna-se crucial para o bom desempenho de determinadas atividades, na medida em que dará melhores condições de trabalho aos profissionais que, percebendo uma remuneração condizente com suas responsabilidades, poderão exercer o ofício em apenas um estabelecimento. A presente medida se justifica também como fator de valorização do profissional que, após anos e anos de estudo de graduação e especialização, ainda necessita estar constantemente se atualizando para bem atender os pacientes.

Estudos e informações às quais tivemos acesso por meio dos profissionais de Enfermagem nos levam à conclusão de que o mais próximo do ideal de remuneração desses trabalhadores seria um piso salarial equivalente a dez salários mínimos (R\$ 4.650,00, em valores de fevereiro de 2009) para o Enfermeiro, sendo que cinquenta por cento dessa importância seria o piso para o Técnico em Enfermagem, e quarenta por cento, o do Auxiliar de Enfermagem e o da Parteira.

Queremos com essa iniciativa, como já nos referimos acima, não somente valorizar os profissionais, como também contribuir para a melhoria de seu desempenho, sobretudo no que se relaciona com o atendimento à população. Por essas razões, pedimos o apoio dos Ilustres Pares para a aprovação deste projeto de lei.

Sala das Sessões, em de de 2009.

Deputado MAURO NAZIF

PROJETO DE LEI No 5.278, DE 2009
(Da Sra. Alice Portugal)

Altera a Lei n.º 8.662, de 7 de junho de 1993, para dispor sobre o salário mínimo profissional do Assistente Social.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º Esta lei altera a Lei n.º 8.622, de 7 de junho de 1993, que “Dispõe sobre a profissão de Assistente Social, e dá outras providências”, a fim de estabelecer o piso salarial da categoria.

Art. 2º O art. 2º da Lei n.º 8.662, de 7 de junho de 1993, passa a vigorar acrescido do seguinte § 2º, renumerando-se o parágrafo único para § 1º:

“Art. 2º

§ 2º Para uma jornada de seis horas diárias e trinta horas semanais, é devido aos Assistentes Sociais o piso salarial de R\$ 3.720,00 (três mil, setecentos e vinte reais), a ser reajustado:

I – no mês de publicação desta lei, pela variação acumulada do Índice Nacional de Preços ao Consumidor – INPC, elaborado pela Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, de fevereiro de 2009, inclusive, ao mês imediatamente anterior ao do início de vigência desta lei;

II – anualmente, a partir do ano subsequente ao do reajuste mencionado no inciso I deste artigo, no mês correspondente ao da publicação desta lei, pela variação acumulada do INPC nos doze meses imediatamente anteriores.” (NR)

Art.3º Esta lei entra em vigor na data da sua publicação.

Sala das Sessões, em de de 2009.

JUSTIFICAÇÃO

Os Assistentes Sociais, embora tenham sua profissão regulamentada desde 1957, não contam com uma lei estabelecendo o piso salarial para os profissionais de Serviço Social, como ocorre com diversas outras profissões regulamentadas.

A fixação de um piso salarial para os Assistentes Sociais é de suma importância para essa destacada categoria profissional que conta, em todo o País, com cerca de 82 mil profissionais registrados nos respectivos conselhos regionais.

Eis *O perfil profissional do Assistente Social no Brasil*, resultado de pesquisa realizada, em 2004, pelo Conselho Federal de Serviço Social – CFESS, responsável pela coordenação geral, e pela Universidade Federal de Alagoas – UFAL, responsável pela coordenação técnica:

· 97% dos profissionais são do sexo feminino;

- 77,19% possuem apenas um vínculo empregatício;
- 78% atuam no serviço público, sendo 41% na esfera municipal; 24%, na estadual e 13%, na federal;
- apenas 28% têm jornada de trabalho de 30 horas;
- 45% têm remuneração de 4 a 6 salários mínimos e 20%, de 7 a 9 salários mínimos;
- 55,34% possuem apenas graduação e 36,26%, especialização.

Os dados e informações acima nos convencem da necessidade de se fixar, por meio de lei ordinária, o piso salarial dos Assistentes Sociais em R\$ 3.720,00 (correspondente a 8 salários mínimos do valor em vigor em fevereiro de 2009, que é R\$ 465,00) para uma jornada de trabalho de 30 horas semanais.

Desde seus primórdios aos dias atuais, a profissão de Assistente Social tem se redefinido, considerando sua inserção na realidade social do Brasil, entendendo que seu significado social se expressa pela demanda de atuar nas desigualdades sociais e econômicas. Trata-se, pois, de um campo de atuação profissional que se torna visível na pobreza, na violência, na fome, no desemprego, buscando atender às necessidades da coletividade, lutando contra a exclusão social.

Os assistentes sociais são profissionais capacitados para analisar a realidade social de forma que possam intervir nas questões sociais através da elaboração, execução e avaliação de políticas sociais que tenham como meta o desenvolvimento humano.

A atuação do assistente social se dá, prioritariamente, por meio de instituições que prestam serviços públicos destinados a atender pessoas e comunidades, que buscam apoio para desenvolverem sua autonomia, participação, exercício de cidadania e acesso aos direitos sociais e humanos. Ele está capacitado, sob o ponto de vista teórico, político e técnico, a investigar, formular, gerir, executar, avaliar e monitorar políticas sociais, programas e projetos nas áreas de saúde, educação, assistência e previdência social, habitação etc.

No Brasil, o Sistema Único de Saúde não sobrevive sem a ação dedicada do Assistente Social seja na formulação de políticas sociais que previnam doenças, seja na gestão de tais políticas visando o bem estar da população. Também o Estatuto da Criança e do Adolescente, uma conquista histórica dos cidadãos brasileiros, não teria razão de ser sem a efetiva participação do Assistente Social nos conselhos nacional, estaduais e municipais e na assistência ao menor e ao adolescente vítima de abusos, maus tratos, da delinquência, da fome e da miséria.

Com sua formação humanista, comprometida com valores que dignificam e respeitam as pessoas em suas diferenças e potencialidades, sem discriminação de qualquer natureza, o Assistente Social merece o reconhecimento da sociedade e do Estado pelos relevantes serviços que presta em prol do bem comum. E este reconhecimento deve-se dar na garantia de condições dignas de trabalho para que sua atuação se realize de forma competente e efetiva e na remuneração adequada de seu trabalho árduo, razão pela qual encareço aos nobres pares a aprovação do presente projeto.

Deputada Federal ALICE PORTUGAL

PROJETO DE LEI DO SENADO Nº 196, DE 2009

Acrescenta na Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, os artigos 9º-A a 9º-C, para instituir o piso salarial profissional nacional dos Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate às Endemias.

O CONGRESSO NACIONAL decreta:

Art. 1º A Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, passa a vigorar acrescida dos seguintes artigos:

“Art. 9º-A. O piso salarial profissional nacional dos Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate às Endemias será de R\$ 930,00 (novecentos e trinta reais) mensais para profissionais com formação em nível médio.

§ 1º O piso salarial profissional nacional é o valor abaixo do qual a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios não poderão fixar o vencimento inicial das carreiras dos Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate às Endemias, para a jornada de, no máximo, quarenta horas semanais.

§ 2º Não se aplica a exigência a que se refere o *caput* deste artigo, relativa à formação, aos profissionais que, na data de publicação desta Lei, estejam exercendo atividades próprias de Agentes Comunitários de Saúde ou Agentes de Combate às Endemias.

Art. 9º-B. O valor de que trata o art. 9-A será integralizado de forma progressiva e proporcional no decorrer de 12 (doze) meses da entrada em vigor da presente Lei, admitindo, neste prazo, que o piso salarial compreenda vantagens pecuniárias, pagas a qualquer título, nos casos em que a aplicação do disposto neste artigo resulte em valor inferior ao de que trata o art. 9-A desta Lei, sendo resguardadas as vantagens daqueles que percebam valores acima do referido nesta Lei.

Art. 9º-C. A União deverá efetuar, por meio de recursos de seu orçamento, repasse financeiro, na forma e limites previamente estabelecidos pelo Ministério da Saúde, aos entes federativos responsáveis pela contratação dos Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate às Endemias, a fim de garantir o piso mínimo de vencimento de que trata o art. 9º-A.

Parágrafo único. O Ministério da Saúde fará acompanhamento técnico da destinação dos recursos repassados aos entes federativos, condicionando o repasse dos recursos do PAB Variável da Atenção Básica à comprovação do cumprimento do disposto no art. 9-A.

Art. 9º-D. O piso salarial profissional nacional dos Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate às Endemias será atualizado anualmente, no mês de janeiro, pelos índices oficiais de inflação registrados no ano anterior.”

Art. 9-E. Os Estados, o Distrito Federal e os Municípios deverão elaborar ou adequar seus Planos de Carreira e Remuneração dos Profissionais Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate às Endemias até o prazo estabelecido no art. 9º-B, tendo em vista o cumprimento do piso salarial profissional, e ainda, a forma de ingresso ao serviço público através do processo seletivo público, nos termos do art. 9º, *caput*.

Art. 2º Os arts. 6º e 7º da Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, passam a vigorar com as seguintes redações:

“Art. 6º

III – haver concluído o ensino médio.

Art. 7º

II – haver concluído o ensino médio.” (NR)

Art. 3º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

JUSTIFICAÇÃO

Esta proposição tem o objetivo de fixar um piso nacional para as remunerações dos profissionais que desempenham as funções de Agente Comunitário de Saúde ou de Agente de Combate às Endemias. O trabalho desempenhado pelos Agentes Comunitários de Saúde na prevenção de doenças e preservação da saúde é reconhecido por todos. Sua atuação focada em comunidades carentes, prestando serviços domiciliares e promovendo a disseminação de informações sobre o combate a doenças e a necessidade da manutenção de hábitos saudáveis, tem apresentado resultados positivos em todas as regiões do País. A atividade dos Agentes de Combate às Endemias mostra-se igualmente indispensável aos programas governamentais de saúde.

A Lei nº 11.350, de 2006, regulamentou em âmbito nacional as atividades dessas categorias de agentes públicos da saúde, em cumprimento ao mandamento constitucional insculpido no art. 198, § 5º, da Lei Maior.

Todavia, não foram incluídos nessa lei mecanismos para garantir que esses profissionais recebam uma retribuição condigna, o que é preocupante, pois sua atuação mostra-se ainda mais relevante nas localidades mais carentes, em estados e municípios que apresentam enormes dificuldades para suportar o ônus financeiro das ações públicas de saúde. Para solucionar esse problema, o projeto inclui disposição que assegura o repasse de recursos da União para complementação das necessidades desses estados e municípios.

Certos de estarmos contribuindo para a promoção da saúde em todo o Brasil, rogamos o apoio de nossos Pares a este projeto.

**Sala das Sessões,
Senadora Patrícia Saboya**

**PROJETO DE LEI No 5.359 , DE 2009
(Do Sr. MAURO NAZIF)**

Dispõe sobre o exercício da profissão farmacêutica e do piso salarial profissional da categoria, e dá outras providências.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º Esta lei dispõe sobre o exercício da profissão farmacêutica e o piso salarial profissional da categoria.

Art. 2º O exercício da profissão farmacêutica compreende:

I – a manipulação e o comércio dos medicamentos ou remédios magistrais;

II – a manipulação e o fabrico dos medicamentos galênicos e das especialidades farmacêuticas;

III – o comércio direto com o consumidor de todos os medicamentos oficiais, especialidades farmacêuticas, produtos químicos, galênicos, biológicos e plantas de aplicações terapêuticas;

IV – o fabrico dos produtos biológicos e químicos oficinais;

V – as análises reclamadas pela clínica médica;

VI – a função de químico bromatologista, biologista e legista.

§ 1º As atribuições dispostas nos incisos III e VI deste artigo são privativas do farmacêutico.

§ 2º O fabrico de produtos biológicos a que se refere o inciso IV deste artigo somente será permitido ao médico que não exerça a clínica.

Art. 3º As atribuições estabelecidas no art. 2º desta lei não podem ser exercidas por mandato ou representação.

Art. 4º É devido ao profissional de Farmácia o piso salarial de R\$ 4.650,00 (quatro mil e seiscentos e cinquenta reais), a ser reajustado:

I – no mês de publicação desta lei, pela variação acumulada do Índice Nacional de Preços ao Consumidor – INPC, elaborado pela Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, em maio de 2009, inclusive, ao mês imediatamente anterior ao do início de vigência desta lei;

II – anualmente, a partir do ano subsequente ao do reajuste mencionado no inciso I deste artigo, no mês correspondente ao da publicação desta lei, pela variação acumulada do INPC nos doze meses imediatamente anteriores.”

Art. 5º São revogados os arts. 2º e 3º do Decreto n.º 20.377, de 8 de setembro de 1931.

Art. 6º Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.

JUSTIFICAÇÃO

O Decreto n.º 20.377, de 8 de setembro de 1931, do Governo Provisório de Getúlio Vargas, regulamentou o exercício da profissão farmacêutica no Brasil.

Décadas depois, a Lei n.º 5.991, de 17 de dezembro de 1973, que dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, revogou o Decreto n.º 20.377, de 1931, ressalvados apenas seus arts 2º e 3º.

O art. 2º do referido decreto determina quais são as atribuições da atividade farmacêutica e o art. 3º estabelece que elas não podem ser exercidas por mandato ou representação.

Sugerimos, com esta proposta legislativa, que esse decreto seja retirado totalmente do nosso ordenamento jurídico, com a revogação dos artigos remanescentes, ressalvadas as disposições quanto ao exercício da profissão farmacêutica em uma nova lei que disponha também sobre o piso salarial da categoria profissional.

A legislação trabalhista brasileira determina uma série de garantias da remuneração devida aos trabalhadores. Mauricio Godinho Delgado, em sua obra “Curso de Direito do Trabalho”, relaciona entre elas o salário profissional, que está inserido nas proteções jurídicas do valor do salário, denominado de patamar salarial mínimo imperativo, podendo ser genérico, para todo o mercado, ou especial, relativo a determinadas profissões ou categorias profissionais especiais. Essa proteção, na Constituição Federal, está prevista nos seguintes termos:

Art. 7º São direitos dos trabalhadores urbanos e rurais, além de outros que visem à melhoria de sua condição social:

.....

V - piso salarial proporcional à extensão e à complexidade do trabalho;

.....

O piso salarial é conhecido em nossa legislação ordinária como salário mínimo profissional, que, segundo ainda Delgado é *fixado por lei, sendo deferido a profissional cujo ofício seja regulamentado também por diploma legal. São exemplos expressivos de salário mínimo profissional os estipulados para médicos (Lei n.º 3.999, de 1961; OJ 53, SDI/TST) e para engenheiros (Lei n.º 4.950-A, de 1966; OJ 30, SDI/TST), além de outros profissionais que tenham diploma legal regulamentador específico.*

Hoje, profissionais de várias atividades, principalmente as relacionadas à saúde, além de uma carga horária elevada, acumulam mais de um emprego com o intuito de conseguir uma remuneração digna. Mesmo assim, em muitos casos, esse objetivo não é alcançado.

A jornada de trabalho desgastante, associada ao estresse pelos deslocamentos entre os diversos locais da prestação dos serviços, compromete irremediavelmente tanto a saúde do profissional quanto a qualidade do atendimento ao paciente. Isso acaba prejudicando a totalidade da população que, a cada dia, tem seu sofrimento aumentado com a deterioração do sistema de saúde do País.

Entendemos, assim, que a fixação do piso salarial por lei torna-se crucial para o bom desempenho de determinadas atividades, na medida em que dará melhores condições de trabalho aos profissionais que, percebendo uma remuneração condizente com suas responsabilidades, poderão exercer o ofício em apenas um estabelecimento.

A presente medida se justifica também como fator de valorização do profissional que, após anos e anos de estudo de graduação e especialização, ainda necessita estar constantemente se atualizando para bem atender os pacientes.

Estudos e informações às quais tivemos acesso por meio dos profissionais de farmácia nos levam à conclusão de que o mais próximo do ideal de remuneração desses trabalhadores seria um piso salarial equivalente a dez salários mínimos, ou seja, R\$ 4.650,00, em valores de maio de 2009.

Queremos com essa iniciativa, como já nos referimos acima, não somente valorizar os profissionais, como também contribuir para a melhoria de seu desempenho, sobretudo no que se relaciona com o atendimento à população. Acrescente-se ainda a necessidade de aprimoramento legislativo com a revogação total do Decreto n.º 20.377, de 1931, ressalvadas as disposições acerca das atribuições do profissional de Farmácia em um novo diploma legal.

Essas são as razões pelas quais pedimos o apoio dos Ilustres Pares para a aprovação deste projeto de lei.

Sala das Sessões, em de de 2009.
Deputado MAURO NAZIF

PROJETO DE LEI Nº 5.394, DE 2009
(Do Sr. MAURO NAZIF)

Altera a Lei n.º 6.965,
de de dezembro de
1981, a fim de dispor
sobre o piso salarial do
Fonoaudiólogo.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º Esta lei altera a Lei n.º 6.965, de 9 de dezembro de 1981, que “Dispõe sobre a regulamentação da Profissão de Fonoaudiólogo, e determina outras providências”, a fim de dispor sobre o piso salarial da categoria.

Art. 2º A Lei n.º 6.965, de 1981, passa a vigorar acrescido do seguinte artigo:

“Art. 3º-A. É devido ao Fonoaudiólogo o piso salarial de R\$ 4.650,00 (quatro mil seiscentos e cinquenta reais), a ser reajustado:

I – no mês de publicação desta lei, pela variação acumulada do Índice Nacional de Preços ao Consumidor – INPC, elaborado pela Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, de fevereiro de 2009, inclusive, ao mês imediatamente anterior ao do início de vigência desta lei;

II – anualmente, a partir do ano subsequente ao do reajuste mencionado no inciso I deste artigo, no mês correspondente ao da publicação desta lei, pela variação acumulada do INPC nos doze meses imediatamente anteriores.”

Art. 3º Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.

JUSTIFICAÇÃO

A legislação trabalhista brasileira determina uma série de garantias da remuneração devida aos trabalhadores. Mauricio Godinho Delgado¹ relaciona entre elas o salário profissional, que está inserido nas proteções jurídicas do valor do salário, denominado de patamar salarial mínimo imperativo, podendo ser genérico, para todo o mercado, ou especial, relativo a determinadas profissões ou categorias profissionais especiais. Essa proteção, na Constituição Federal, está prevista nos seguintes termos:

Art. 7º São direitos dos trabalhadores urbanos e rurais, além de outros que visem à melhoria de sua condição social:

.....

V - piso salarial proporcional à extensão e à complexidade do trabalho;

.....

O piso salarial é conhecido em nossa legislação ordinária como salário mínimo profissional, que, segundo ainda Delgado², *é fixado por lei, sendo deferido a profissional cujo ofício seja regulamentado também por diploma legal. São exemplos expressivos de salário mínimo profissional os estipulados para médicos (Lei n.º 3.999, de 1961; OJ 53, SDI/TST) e para engenheiros (Lei n.º 4.950-A, de 1966; OJ 30, SDI/TST), além de outros profissionais que tenham diploma legal regulamentador específico.*

Hoje, profissionais de várias atividades, principalmente as relacionadas à saúde, além de uma carga horária elevada, acumulam mais de um emprego com o intuito de conseguir uma remuneração digna. Mesmo assim, em muitos casos, esse objetivo não é alcançado.

A jornada de trabalho desgastante, associada ao estresse pelos deslocamentos entre os diversos locais da prestação dos serviços, compromete irremediavelmente tanto a saúde do profissional quanto a qualidade do atendimento ao paciente. Isso acaba prejudicando a totalidade da população que, a cada dia, tem seu sofrimento aumentado com a deterioração do sistema de saúde do País.

¹ Delgado, Maurício Godinho – Curso de direito do trabalho – 4. Ed. – São Paulo: LTr, 2005, pags. 753-760.

² Idem Nota 2.

Entendemos, assim, que a fixação do piso salarial por lei torna-se crucial para o bom desempenho de determinadas atividades na medida em que dará melhores condições de trabalho aos profissionais que, percebendo uma remuneração condizente com suas responsabilidades, poderão exercer o ofício em apenas um estabelecimento.

A presente medida se justifica também como fator de valorização do profissional que, após anos e anos de estudo de graduação e especialização, ainda necessita estar constantemente se atualizando para bem atender os pacientes.

Este projeto, especificamente, visa alterar a Lei 6.965, de 1981, que “Dispõe sobre a regulamentação da profissão de Fonoaudiólogo, e determina outras providências”, a fim de estabelecer o piso da categoria em R\$ 4.650,00.

Queremos com essa iniciativa, como já nos referimos acima, não somente valorizar o profissional, como também contribuir para a melhoria de seu desempenho, sobretudo no que se relaciona com o atendimento à população, razão pela qual pedimos o apoio dos Ilustres Pares para a aprovação deste projeto de lei.

Sala das Sessões, em de de 2009.
Deputado MAURO NAZIF

**PROJETO DE LEI Nº. 5.439, DE 2009
(Do Sr. MAURO NAZIF)**

Dispõe sobre o
piso salarial do
Nutricionista.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º Esta lei altera a Lei n.º 8.234, de 17 de setembro de 1991, que “Regulamenta a profissão de Nutricionista e determina outras providências”, a fim de estabelecer o piso salarial da categoria.

Art. 2º O art. 3º da Lei n.º 8.234, de 1991, passa a vigorar acrescido do seguinte parágrafo único:

“Art. 3º

Parágrafo único. É devido aos Nutricionistas o piso salarial de R\$ 4.650,00 (quatro mil e seiscentos e cinquenta reais), a ser reajustado:

I – no mês de publicação desta lei, pela variação acumulada do Índice Nacional de Preços ao Consumidor – INPC, elaborado pela Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, de fevereiro de 2009, inclusive, ao mês imediatamente anterior ao do início de vigência desta lei;

II – anualmente, a partir do ano subsequente ao do reajuste mencionado no inciso I deste artigo, no mês correspondente ao da publicação desta lei, pela variação acumulada do INPC nos doze meses imediatamente anteriores.”

Art. 3º Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.

JUSTIFICAÇÃO

A legislação trabalhista brasileira determina uma série de garantias da remuneração devida aos trabalhadores. Mauricio Godinho Delgado¹ relaciona entre elas o salário profissional, que está inserido nas proteções jurídicas do valor do salário, denominado de patamar salarial mínimo imperativo, podendo ser genérico, para todo o mercado, ou especial, relativo a determinadas profissões ou categorias profissionais especiais. Essa proteção, na Constituição Federal, está prevista nos seguintes termos:

Art. 7º São direitos dos trabalhadores urbanos e rurais, além de outros que visem à melhoria de sua condição social:

.....

V - piso salarial proporcional à extensão e à complexidade do trabalho;

.....

O piso salarial é conhecido em nossa legislação ordinária como salário mínimo profissional, que, segundo ainda Delgado², *é fixado por lei, sendo deferido a profissional cujo ofício seja regulamentado também por diploma legal.*

Hoje, profissionais de várias atividades, principalmente as relacionadas à saúde, além de uma carga horária elevada, acumulam mais de um emprego com o intuito de conseguir uma remuneração digna. Mesmo assim, em muitos casos, esse objetivo não é alcançado.

A jornada de trabalho desgastante, associada ao estresse pelos deslocamentos entre os diversos locais da prestação dos serviços, compromete irremediavelmente tanto a saúde do profissional quanto a qualidade do atendimento ao paciente. Isso acaba prejudicando a totalidade da população que, a cada dia, tem seu sofrimento aumentado com a deterioração do sistema de saúde do País.

¹ Delgado, Maurício Godinho – Curso de direito do trabalho – 4. Ed. – São Paulo: LTr, 2005, pags. 753-760.

² Idem Nota 2.

Entendemos, assim, que a fixação do piso salarial por lei torna-se crucial para o bom desempenho de determinadas atividades na medida em que dará melhores condições de trabalho aos profissionais que, percebendo uma remuneração condizente com suas responsabilidades, poderão exercer o ofício em apenas um estabelecimento.

A presente medida se justifica também como fator de valorização do profissional que, após anos e anos de estudo de graduação e especialização, ainda necessita estar constantemente se atualizando para bem atender os pacientes.

Este projeto, especificamente, visa alterar a Lei n.º 8.234, de 1991, que “Regulamenta a profissão de Nutricionista e determina outras providências”, a fim de estabelecer o piso salarial da categoria profissional em R\$ 4.650,00.

Queremos com essa iniciativa, como já nos referimos acima, não somente valorizar o profissional, como também contribuir para a melhoria de seu desempenho, sobretudo no que se relaciona com o atendimento à população. Por essas razões, pedimos o apoio dos Ilustres Pares para a aprovação deste projeto de lei.

Sala das Sessões, em de de 2009.
Deputado MAURO NAZIF

PROJETO DE LEI Nº. 5.440, DE 2009
(Do Sr. MAURO NAZIF)

Dispõe sobre o piso
salarial dos
profissionais de
Psicologia.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º Esta lei altera a Lei n.º 5.766, de 20 de dezembro de 1971, que “Cria o Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Psicologia, e dá outras Providências”, a fim de estabelecer o piso salarial do profissional de Psicologia.

Art. 2º A Lei n.º 5.766, de 1971, passa a vigorar acrescida do seguinte art. 34-A:

“Art. 34-A É devido aos profissionais de Psicologia o piso salarial de R\$ 4.650,00 (quatro mil e seiscentos e cinquenta reais), a ser reajustado:

I – no mês de publicação desta lei, pela variação acumulada do Índice Nacional de Preços ao Consumidor – INPC, elaborado pela Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, de fevereiro de 2009, inclusive, ao mês imediatamente anterior ao do início de vigência desta lei;

II – anualmente, a partir do ano subsequente ao do reajuste mencionado no inciso I deste artigo, no mês correspondente ao da publicação desta lei, pela variação acumulada do INPC nos doze meses imediatamente anteriores.”

Art. 3º Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.

JUSTIFICAÇÃO

A legislação trabalhista brasileira determina uma série de garantias da remuneração devida aos trabalhadores. Mauricio Godinho Delgado¹ relaciona entre elas o salário profissional, que está inserido nas proteções jurídicas do valor do salário, denominado de patamar salarial mínimo imperativo, podendo ser genérico, para todo o mercado, ou especial, relativo a determinadas profissões ou categorias profissionais especiais. Essa proteção, na Constituição Federal, está prevista nos seguintes termos:

Art. 7º São direitos dos trabalhadores urbanos e rurais, além de outros que visem à melhoria de sua condição social:

.....

V - piso salarial proporcional à extensão e à complexidade do trabalho;

.....

O piso salarial é conhecido em nossa legislação ordinária como salário mínimo profissional, que, segundo ainda Delgado¹, *é fixado por lei, sendo deferido a profissional cujo ofício seja regulamentado também por diploma legal.*

Hoje, profissionais de várias atividades, principalmente as relacionadas à saúde, além de uma carga horária elevada, acumulam mais de um emprego com o intuito de conseguir uma remuneração digna. Mesmo assim, em muitos casos, esse objetivo não é alcançado.

¹ Delgado, Maurício Godinho – Curso de direito do trabalho – 4. Ed. – São Paulo: LTr, 2005, pags. 753-760.

² Idem Nota 2.

A jornada de trabalho desgastante, associada ao estresse pelos deslocamentos entre os diversos locais da prestação dos serviços, compromete irremediavelmente tanto a saúde do profissional quanto a qualidade do atendimento ao paciente. Isso acaba prejudicando a totalidade da população que, a cada dia, tem seu sofrimento aumentado com a deterioração do sistema de saúde do País.

Entendemos, assim, que a fixação do piso salarial por lei torna-se crucial para o bom desempenho de determinadas atividades, na medida em que dará melhores condições de trabalho aos profissionais que, percebendo uma remuneração condizente com suas responsabilidades, poderão exercer o ofício em apenas um estabelecimento.

A presente medida se justifica também como fator de valorização do profissional que, após anos e anos de estudo de graduação e especialização, ainda necessita estar constantemente se atualizando para bem atender os pacientes.

Este projeto, especificamente, visa estabelecer o piso salarial dos profissionais de Psicologia em R\$ 4.650,00, cujo exercício profissional é regulamentado pelas seguintes normas:

- **Lei nº 4.119, de 27 de agosto de 1962**, que *Dispõe sobre os cursos de formação em psicologia e regulamenta a profissão de psicólogo*;
- **Decreto-lei nº 706, de 25 de julho de 1969**, que *Estende aos portadores de certificado de curso de pós-graduação em psicologia e psicologia educacional, o direito assegurado pelo art. 19 da Lei nº 4.119/62*;
- **Lei nº 5.766, de 20 de dezembro de 1971**, que *Cria o Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Psicologia e dá outras providências*;
- **Decreto nº 79.822, de 17 de junho de 1977**, que *Regulamenta a Lei nº 5.766/71*.

Apesar de a Lei n.º 4.119, de 1962, dispor sobre a regulamentação da profissão de psicólogo, optamos por alterar a Lei n.º 5.766, de 1971, que criou o Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Psicologia, a fim de estabelecer, por lei, o piso salarial dos profissionais de Psicologia. Isso se justifica em vista de a lei regulamentadora da profissão estar, hoje, bastante

fragmentada e desatualizada, notadamente com relação à terminologia utilizada para designar os profissionais de Psicologia.

Queremos com essa iniciativa, como já nos referimos acima, não somente valorizar o profissional, como também contribuir para a melhoria de seu desempenho, sobretudo no que se relaciona com o atendimento à população, razão pela qual pedimos o apoio dos Ilustres Pares para a aprovação deste projeto de lei.

Sala das Sessões, em de de 2009.
Deputado MAURO NAZIF

PROJETO DE LEI Nº 5.979, DE 2009
(Do Sr. MAURO NAZIF)

Acrescenta dispositivo à Lei n.º 8.856, de 1º de março de 1.994, a fim de dispor sobre o piso salarial dos profissionais fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º A Lei n.º 8.856, de 1º de março de 1994, passa a vigorar acrescida do seguinte art.1º-A:

“Art. 1º-A. É devido aos fisioterapeutas e aos terapeutas ocupacionais o piso salarial de R\$ 4.650,00 (quatro mil seiscentos e cinquenta reais), a ser reajustado:

I – no mês de publicação desta lei, pela variação acumulada do Índice Nacional de Preços ao Consumidor – INPC, elaborado pela Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, de agosto de 2009, inclusive, ao mês imediatamente anterior ao do início de vigência desta lei;

II – anualmente, a partir do ano subsequente ao do reajuste mencionado no inciso I deste artigo, no mês correspondente ao da publicação desta lei, pela variação acumulada do INPC nos doze meses imediatamente anteriores.”

Art. 2º Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.

JUSTIFICAÇÃO

O piso salarial proporcional à extensão e à complexidade do trabalho é um direito do trabalhador previsto no inciso V do art. 7º da Constituição Federal.

Essa forma de remuneração é de suma importância para determinadas categorias profissionais cujos trabalhadores, por terem jornada de trabalho reduzida, e, por isso, em muitos casos, salários muito baixos, prestam serviços em diversos locais, a fim de conseguir rendimentos que lhes possam proporcionar uma relativa qualidade de vida.

Com um piso salarial apropriado, os profissionais, notadamente aqueles ligados às áreas médicas, poderão prescindir de uma jornada de trabalho incessante que irremediavelmente compromete tanto sua saúde como a qualidade do atendimento à população.

Assim, a fixação do piso salarial torna-se providencial para um melhor desempenho de determinadas atividades na medida em que resulta na melhoria das condições de trabalho aos profissionais que, ao auferirem uma

remuneração condizente com suas responsabilidades, poderão se dedicar exclusivamente a um só emprego.

Essa iniciativa também tem o condão de valorizar o profissional que, após anos e anos de estudo de graduação e especialização, ainda necessita de constante atualização para bem atender aqueles que necessitam de seus cuidados.

Após reuniões com os profissionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, concluímos pelo estabelecimento de um piso salarial de R\$ R\$ 4.650,00 (quatro mil, seiscentos e cinquenta reais), para uma jornada de trabalho de 30 horas semanais, fixada pela Lei n.º 8.856, de 1º de março de 1994, que ora alteramos.

Esse valor corresponde a uma justa contraprestação pelos serviços altamente especializados dispensados pelos fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais aos seus pacientes. Hoje, esses profissionais atuam em diversas áreas do conhecimento, das típicas até as mais amplas, abarcando ramos de várias especialidades médicas.

Os fisioterapeutas atuam nas áreas de Dermatologia, rendimento esportivo, saúde do trabalho, Geriatria, Gerontologia, Neurologia, Ortopedia, Traumatologia e Reumatologia.

Os terapeutas ocupacionais, por seu turno, desenvolvem atividades relevantes no atendimento às pessoas com sequelas de acidentes vasculares cerebrais ou com deficiência mental, distúrbios de aprendizagem, psicoses ou distúrbios psicóticos, paralisia cerebral, síndromes genéticas, deficiência visual parcial ou total, congênitas ou adquiridas e depressões psiconeuróticas.

Atuam também no tratamento de pacientes com traumatismos de medula vertebral, queimaduras de membros superiores, hanseníase, distúrbios reumáticos de membros superiores. Ou seja, atuam na prevenção de doenças, no desenvolvimento de habilidades e na reabilitação das pessoas com a capacidade física e mental reduzida.

Ante o exposto, pedimos aos Ilustres Pares o apoio para a aprovação do presente projeto de lei que muito contribuirá para a valorização dos profissionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional.

Sala das Sessões, em de 2009.
Deputado MAURO NAZIF

PROJETO DE LEI Nº. 1.187, DE 2011
(Da Deputada Gorete Pereira)

Altera a Lei nº 11.889, de 24 de dezembro de 2008, que regulamenta o exercício das profissões de Técnico em Saúde Bucal - TSB e de Auxiliar em Saúde Bucal – ASB, para instituir piso salarial profissional nacional.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º Esta Lei insere parágrafos na Lei nº 11.889, de 24 de dezembro de 2008, para instituir piso salarial profissional nacional para as profissões de Técnico em Saúde Bucal - TSB e de Auxiliar em Saúde Bucal – ASB.

Art. 2º Fica acrescido ao art. 5º da Lei nº 11.889, de 24 de dezembro de 2008, o seguinte § 3º:

“Art. 5º.....

§ 3º Para uma jornada de oito horas diárias e quarenta semanais, será devido ao Técnico em Saúde Bucal - TSB o piso salarial de R\$ 1.020,00 (Um mil e vinte reais) mensais, a ser reajustado anualmente, no mês correspondente ao da publicação desta lei, pela variação acumulada do Índice Nacional de Preços ao Consumidor (INPC), da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) nos doze meses imediatamente anteriores.”

Art. 3º Fica acrescido ao art. 9º da Lei nº 11.889, de 24 de dezembro de 2008, o seguinte parágrafo único:

“Art. 9º

Parágrafo único. Para uma jornada de oito horas diárias e quarenta semanais, será devido Auxiliar em Saúde Bucal - ASB o piso salarial de R\$ 770,00 (Setecentos e setenta reais) mensais, a ser reajustado anualmente, no mês correspondente ao da publicação desta lei, pela variação acumulada do Índice Nacional de Preços ao Consumidor (INPC), da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) nos doze meses imediatamente anteriores.”

Art. 4º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

JUSTIFICAÇÃO

A saúde bucal no Brasil apresenta grandes desafios. Dados do Ministério da Saúde indicaram que nos meados dessa década existiam cerca de 30 milhões

de “desdentados” no País (três em cada grupo de quatro idosos de 65 aos 74 anos) e que 13% dos adolescentes nunca tinham ido ao dentista.

Entre as atividades necessárias para reverter essa situação, está a valorização dos profissionais do setor. Além do imprescindível trabalho dos Odontólogos, é preciso considerar a atuação dos Técnicos e Auxiliares em Saúde Bucal.

O Congresso Nacional já reconheceu, por meio da Lei nº 11.889, de 24 de dezembro de 2008, as profissões de Técnico em Saúde Bucal - TSB e de Auxiliar em Saúde Bucal – ASB. Contudo, a referida lei não instituiu pisos salariais para essas categorias, de modo que esse projeto vem preencher essa lacuna.

Para tanto, conto com o apoio dos ilustres pares a fim de aprovar a proposição nessa Casa.

Sala das Sessões, em de de 2011.
Deputada GORETE PEREIRA